

PNRR MISSIONE 5 COMPONENTE 3 INVESTIMENTO 1.1.1

SERVIZI E INFRASTRUTTURE SOCIALI DI COMUNITÀ'

CURA, PROSSIMITÀ ED INNOVAZIONE NEI SERVIZI SOCIO SANITARI

L'ESPERIENZA DI ENNA



Documento realizzato nell'ambito del Servizio di Mainstreaming, prevista dall'Azione 6
del Progetto e curata dall'Associazione Centro Studi C.E.S.T.A

INDICE

Introduzione

Premessa generale e finalità della pubblicazione

PARTE I

Introduzione generale al progetto

Origine e quadro di riferimento

Il PNRR e i Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità

Obiettivi strategici e destinatari dell'intervento

PARTE II

Contesto territoriale e analisi dei bisogni

Il territorio di riferimento

Fragilità sociali e sanitarie emergenti

Bisogni complessi e vulnerabilità multidimensionale

PARTE III

Impianto progettuale e metodologia di intervento

Struttura del progetto

Approccio integrato socio-sanitario

Centralità della persona e personalizzazione degli interventi

PARTE IV

Governance e integrazione dei servizi

Modello organizzativo e coordinamento

Lavoro multidisciplinare e presa in carico integrata

Ruolo della rete territoriale e del Terzo Settore

PARTE V

Azione 1 – I servizi di comunità

Accoglienza e presa in carico

Profili degli utenti accolti

Percorsi multidisciplinari

Accompagnamento verso l'autonomia

Risultati e prospettive

PARTE VI

Azione 2 – Ambulatorio di Etnopsichiatria

L'approccio etnopsichiatrico

Utenti seguiti e integrazione con i CSM

Cura transculturale e salute mentale

Sinergia con gli altri servizi progettuali

Valore clinico e sociale dell'intervento

PARTE VII

Azione 3 – I servizi di Telemedicina

Telemedicina come strumento di prossimità

Tipologie di servizi attivati

Tele-visita di vulnologia

Tele-consulto

Tele-riabilitazione

Tele-etnopsichiatria

Tele-assistenza sociale

Tele-psicologia

Dati di utilizzo e risultati

Gradimento degli utenti e dei familiari

Innovazione organizzativa e continuità della cura

PARTE VIII

Valutazione dell'impatto del progetto

Impatto sugli utenti

Impatto sui servizi e sugli operatori

Impatto sul sistema territoriale

Sostenibilità e trasferibilità dell'esperienza

PARTE IX

Conclusioni

Sintesi dei risultati raggiunti

Lezioni apprese

Prospettive di sviluppo futuro

PARTE I – INTRODUZIONE

Fragilità, prossimità e nuovi modelli di cura

Il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità, promosso dall’Azienda Sanitaria Provinciale di Enna nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 – Inclusione e Coesione, si colloca all’interno di un contesto storico e sociale caratterizzato da profonde trasformazioni nei bisogni di salute e di assistenza. Le dinamiche demografiche, economiche e culturali degli ultimi decenni hanno progressivamente reso più complesso il rapporto tra cittadini e servizi, evidenziando i limiti di modelli di intervento centrati esclusivamente sulla risposta sanitaria o assistenziale tradizionale.

La fragilità, oggi, non può più essere interpretata come una condizione circoscritta o temporanea. Essa assume sempre più spesso un carattere multidimensionale, intrecciando aspetti sanitari, psicologici, sociali, economici e relazionali. Persone affette da patologie croniche, soggetti con disagio psichico, migranti, individui in condizioni di povertà o isolamento sociale condividono spesso un’esperienza comune di vulnerabilità, aggravata dalla difficoltà di accesso ai servizi e dalla frammentazione delle risposte istituzionali.

In questo scenario, emerge con forza la necessità di ripensare i modelli di cura e di assistenza, superando la logica dell’intervento settoriale per approdare a una visione integrata e orientata alla persona. Il progetto dell’ASP di Enna nasce precisamente da questa esigenza: costruire un sistema di servizi capace di intercettare la complessità dei bisogni e di accompagnare le persone lungo percorsi di cura continuativi, coerenti e personalizzati.

La nozione di prossimità rappresenta uno dei cardini concettuali dell’intero impianto progettuale. Prossimità non significa soltanto vicinanza geografica, ma implica una presenza costante, accessibile e riconoscibile dei servizi nei luoghi di vita delle persone. Significa ridurre le distanze – fisiche, simboliche e relazionali – che spesso separano i cittadini più fragili dalle istituzioni, generando sfiducia e rinuncia alla cura.

Accanto alla prossimità, un altro elemento centrale è la continuità della cura. La discontinuità degli interventi, le interruzioni nei percorsi assistenziali e la mancanza di coordinamento tra servizi rappresentano fattori di rischio significativi, soprattutto per le persone in condizioni di vulnerabilità complessa. Il progetto si propone di contrastare tali criticità attraverso un modello organizzativo fondato sull’integrazione tra ambito sanitario e sociale, sulla multidisciplinarità e sulla condivisione delle responsabilità di presa in carico.

La metafora del ponte sintetizza efficacemente la visione che sottende il progetto. Un ponte come struttura che collega, che permette il passaggio e che sostiene il movimento. Un ponte tra cura e

inclusione, tra servizi specialistici e comunità, tra interventi in presenza e strumenti digitali. Il ponte non elimina la fragilità, ma consente di attraversarla, accompagnando le persone in un percorso di riconquista di senso, dignità e autonomia.

All'interno di questa cornice, il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità si articola in una pluralità di azioni integrate, ciascuna delle quali contribuisce alla costruzione di un modello unitario di welfare di comunità. I servizi di comunità, l'Ambulatorio di Etnopsichiatria e i servizi di telemedicina non rappresentano interventi isolati, ma parti di un sistema coerente, orientato alla centralità della persona e alla valorizzazione delle relazioni.

Un ulteriore elemento qualificante del progetto riguarda l'attenzione al tempo della cura. La presa in carico non è intesa come una sequenza di prestazioni, ma come un processo che richiede ascolto, gradualità e rispetto dei tempi individuali. Questo approccio si rivela particolarmente rilevante nei confronti di persone che hanno vissuto esperienze di esclusione, trauma o istituzionalizzazione, per le quali la relazione di fiducia con i servizi rappresenta una condizione imprescindibile per l'efficacia degli interventi.

Il progetto si propone inoltre come spazio di apprendimento organizzativo. L'introduzione di nuove modalità operative, la sperimentazione di strumenti innovativi e il lavoro in rete tra diversi attori hanno generato occasioni di riflessione e di crescita professionale, contribuendo a rafforzare le competenze degli operatori e la capacità del sistema di adattarsi ai cambiamenti.

Questa pubblicazione si pone l'obiettivo di raccontare il progetto non soltanto attraverso i dati e le attività svolte, ma anche attraverso il significato che esso assume nel panorama delle politiche sociali e sanitarie territoriali. Raccontare un'esperienza significa, infatti, restituire la complessità dei processi, dare voce alle pratiche e valorizzare i percorsi costruiti insieme alle persone e alle comunità.

PARTE II

Il quadro di riferimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Inclusione sociale, coesione territoriale e nuovi paradigmi di welfare

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta uno strumento strategico di programmazione e investimento finalizzato a sostenere la ripresa economica e sociale del Paese, promuovendo al contempo processi di modernizzazione e riduzione delle disuguaglianze. All'interno di questo quadro, la Missione 5 – Inclusione e Coesione assume un ruolo centrale, ponendo al centro delle politiche pubbliche il tema della fragilità sociale e della coesione territoriale.

La Missione 5 si articola attorno a un'idea di sviluppo che riconosce l'interdipendenza tra crescita economica, benessere sociale e qualità dei servizi. In questa prospettiva, l'inclusione non è intesa come un obiettivo residuale, ma come una condizione necessaria per la sostenibilità complessiva del sistema. Il rafforzamento delle infrastrutture sociali e dei servizi di comunità viene individuato come uno degli strumenti principali per contrastare le disuguaglianze e promuovere la partecipazione attiva dei cittadini.

Il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità dell'ASP di Enna si colloca pienamente in questa cornice strategica, interpretando le linee guida del PNRR in chiave territoriale e operativa. L'intervento si inserisce infatti nell'ambito delle politiche volte a sostenere i territori più fragili, caratterizzati da criticità strutturali e da una minore accessibilità ai servizi essenziali. In tali contesti, la realizzazione di servizi di prossimità rappresenta un fattore decisivo per garantire equità e coesione.

Uno degli elementi qualificanti del PNRR è l'attenzione alla integrazione tra politiche e servizi. Il Piano sollecita un superamento della frammentazione degli interventi, promuovendo modelli di governance capaci di mettere in rete soggetti diversi e di valorizzare le competenze presenti nei territori. In questo senso, il progetto dell'ASP di Enna assume un valore esemplare, poiché costruisce un sistema di interventi fondato sulla collaborazione tra ambito sanitario, sociale e comunitario.

La Missione 5 pone inoltre un forte accento sulla centralità della persona e sulla personalizzazione degli interventi. Le politiche di inclusione sono chiamate a riconoscere la pluralità dei bisogni e delle traiettorie di vita, evitando approcci standardizzati e poco aderenti alle specificità individuali. Il progetto risponde a questa sollecitazione attraverso la costruzione di percorsi di presa in carico flessibili e adattabili, capaci di evolvere in relazione ai bisogni emergenti.

Un ulteriore asse strategico del PNRR riguarda la riduzione delle disuguaglianze territoriali. Le aree interne e i territori caratterizzati da bassa densità di servizi rappresentano una delle principali sfide per le politiche pubbliche. In questo contesto, il rafforzamento delle infrastrutture sociali e l'introduzione di

strumenti innovativi, come la telemedicina, assumono un ruolo cruciale. Il progetto dell'ASP di Enna affronta questa sfida proponendo soluzioni che combinano presenza territoriale e utilizzo delle tecnologie digitali, riducendo le distanze e ampliando le opportunità di accesso.

Il PNRR promuove anche una visione del welfare orientata alla prevenzione e all'anticipazione dei bisogni. Investire in servizi di comunità significa intervenire prima che le condizioni di fragilità si aggravino, riducendo il ricorso a interventi emergenziali e ad alta intensità. In questa prospettiva, il progetto si configura come un investimento non solo in termini di risorse economiche, ma anche di capitale sociale e umano.

Particolare rilievo assume, infine, il tema della sostenibilità degli interventi. Il PNRR richiede che le azioni finanziate siano in grado di produrre effetti duraturi, evitando il rischio di interventi temporanei e privi di continuità. Il progetto del Consorzio Umana Solidarietà affronta questa sfida attraverso la costruzione di modelli organizzativi integrati e la valorizzazione delle competenze professionali, ponendo le basi per una stabilizzazione delle pratiche avviate.

In conclusione, il quadro di riferimento del PNRR offre una cornice concettuale e operativa all'interno della quale il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità trova piena legittimazione e coerenza. L'esperienza descritta in questa pubblicazione dimostra come le politiche nazionali possano tradursi in interventi concreti e radicati nel territorio, capaci di rispondere in modo efficace ai bisogni delle persone e di contribuire al rafforzamento del welfare di comunità.

PARTE III

Il contesto territoriale

Caratteristiche socio-demografiche, fragilità e bisogni emergenti

Il territorio della provincia di Enna presenta caratteristiche peculiari che incidono in modo significativo sull'organizzazione e sull'efficacia dei servizi socio-sanitari. Si tratta di un'area prevalentemente interna, con una conformazione geografica che comporta una dispersione dei centri abitati e una ridotta accessibilità a molte infrastrutture e servizi. Questa condizione territoriale rappresenta uno dei principali fattori di criticità, soprattutto per le fasce di popolazione più vulnerabili, che incontrano maggiori difficoltà nel raggiungere i luoghi di cura e di assistenza.

Dal punto di vista demografico, la provincia di Enna è interessata da un progressivo invecchiamento della popolazione, accompagnato da un calo delle nascite e da fenomeni di spopolamento di alcuni comuni. L'aumento dell'età media comporta una maggiore incidenza di patologie croniche e condizioni di non autosufficienza, con un conseguente incremento della domanda di servizi sanitari e sociali continuativi. In assenza di un adeguato supporto territoriale, tali condizioni rischiano di tradursi in isolamento sociale e in un peggioramento della qualità della vita delle persone anziane e delle loro famiglie.

Accanto a queste dinamiche, il territorio ennese è attraversato da fenomeni di fragilità socio-economica, legati a tassi di disoccupazione elevati, precarietà lavorativa e situazioni di povertà materiale. Questi fattori incidono direttamente sulla salute delle persone, contribuendo a determinare condizioni di disagio psichico e relazionale. La fragilità economica, infatti, si intreccia spesso con difficoltà di accesso ai servizi, generando un circolo vizioso che amplifica le disuguaglianze.

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dalla presenza di persone migranti, provenienti da diversi contesti geografici e culturali. Sebbene il territorio non sia caratterizzato da grandi flussi migratori stabili, esso accoglie persone che spesso presentano bisogni complessi, legati a esperienze di migrazione forzata, trauma e sradicamento. La presa in carico di questi utenti richiede competenze specifiche e un approccio sensibile alle dimensioni culturali e simboliche della sofferenza, come dimostrato dall'esperienza dell'Ambulatorio di Etnopsichiatria.

Nel contesto descritto, emerge con chiarezza come la frammentazione dei servizi rappresenti una delle principali criticità. La separazione tra ambito sanitario e ambito sociale, la mancanza di coordinamento tra i diversi livelli di intervento e la discontinuità dei percorsi assistenziali possono determinare situazioni

di abbandono o di presa in carico inefficace. Questo rischio è particolarmente elevato per le persone con vulnerabilità complesse, che necessitano di interventi integrati e continuativi.

Il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità nasce proprio dalla necessità di rispondere a queste criticità, proponendo un modello di intervento capace di valorizzare il territorio come risorsa e non solo come luogo di carenza. La comunità viene intesa come spazio di relazioni, di solidarietà e di costruzione di senso, all'interno del quale i servizi possono svolgere una funzione di accompagnamento e di supporto.

La scelta di investire sui servizi di prossimità rappresenta una risposta strategica alle difficoltà di accesso tipiche delle aree interne. Portare i servizi più vicino alle persone, sia attraverso strutture comunitarie sia mediante strumenti digitali, significa ridurre le barriere fisiche e simboliche che spesso ostacolano la fruizione delle prestazioni. In questo senso, la telemedicina assume un ruolo complementare e non sostitutivo dei servizi territoriali, contribuendo a garantire continuità e tempestività degli interventi.

Il contesto territoriale dell'ASP di Enna è inoltre caratterizzato da una rete di servizi e di competenze che, se adeguatamente integrate, possono costituire un importante punto di forza. La presenza di professionalità sanitarie e sociali, di realtà del Terzo Settore e di esperienze consolidate di lavoro comunitario rappresenta una base solida su cui costruire modelli innovativi di welfare. Il progetto ha cercato di valorizzare questa rete, promuovendo forme di collaborazione e di condivisione delle responsabilità.

Un aspetto rilevante riguarda infine la percezione dei servizi da parte dei cittadini. In contesti caratterizzati da fragilità e marginalità, la fiducia nelle istituzioni può risultare compromessa. Il progetto ha posto particolare attenzione alla costruzione di relazioni di fiducia, riconoscendo che l'accesso ai servizi non dipende soltanto dalla loro disponibilità formale, ma anche dalla capacità di essere percepiti come accoglienti, comprensibili e affidabili.

In conclusione, il contesto territoriale in cui si inserisce il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità evidenzia una serie di criticità strutturali e sociali, ma anche potenzialità significative. L'intervento promosso dall'ASP di Enna si configura come una risposta articolata e consapevole a tali sfide, orientata a rafforzare il sistema dei servizi e a promuovere un welfare di comunità capace di adattarsi alle specificità del territorio e ai bisogni delle persone.

PARTE IV

Governance e integrazione dei servizi

Un modello collaborativo per la presa in carico multidimensionale

La complessità dei bisogni affrontati dal progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità rende evidente come nessun servizio, preso singolarmente, sia in grado di fornire risposte efficaci e durature. In questo senso, la governance del progetto si configura come uno degli elementi centrali dell'intero impianto, poiché definisce le modalità attraverso cui i diversi attori coinvolti collaborano, condividono responsabilità e costruiscono percorsi di presa in carico integrati.

Il modello di governance adottato si fonda su una visione sistematica del welfare, nella quale l'ambito sanitario e quello sociale non sono considerati compartimenti separati, ma dimensioni complementari di un unico processo di cura. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna ha svolto un ruolo di coordinamento e regia, favorendo il dialogo tra servizi e promuovendo una logica di integrazione orientata alla centralità della persona.

Un aspetto qualificante della governance è rappresentato dalla multidisciplinarità. Le diverse figure professionali coinvolte – mediche, psicologiche, sociali ed educative – hanno operato all'interno di un quadro condiviso di obiettivi e di metodologie. Questo approccio ha consentito di superare la frammentazione degli interventi e di costruire percorsi unitari, capaci di rispondere in modo più efficace alla complessità dei bisogni individuali.

La presa in carico multidimensionale si è tradotta in pratiche di lavoro che prevedono momenti strutturati di confronto e di condivisione delle informazioni. La definizione dei progetti individualizzati è avvenuta attraverso un'analisi congiunta delle condizioni sanitarie, psicologiche e sociali delle persone coinvolte, evitando letture riduttive o esclusivamente cliniche della fragilità. Questo processo ha favorito una maggiore coerenza degli interventi e una più chiara definizione delle responsabilità.

La governance del progetto ha inoltre valorizzato il contributo del Terzo Settore, riconoscendone il ruolo fondamentale nella realizzazione di interventi di prossimità e nella costruzione di relazioni significative con le persone in condizioni di vulnerabilità. Le realtà del Terzo Settore coinvolte hanno apportato competenze specifiche e una conoscenza approfondita dei contesti di fragilità, contribuendo a rendere i servizi più flessibili e adattabili ai bisogni emergenti.

Un altro elemento centrale del modello di governance riguarda l'attenzione alla continuità assistenziale. La collaborazione tra i diversi servizi ha consentito di accompagnare le persone lungo percorsi di cura

articolati, riducendo il rischio di interruzioni e di passaggi non governati tra un servizio e l'altro. In questo senso, la governance non si limita a coordinare le attività, ma svolge una funzione di garanzia della qualità e della coerenza degli interventi.

L'integrazione dei servizi si è espressa anche attraverso l'adozione di strumenti operativi condivisi e di modalità di comunicazione strutturate. La possibilità di confrontarsi in modo sistematico ha favorito una maggiore tempestività nelle risposte e una più efficace gestione delle situazioni complesse. Questo aspetto si è rivelato particolarmente rilevante nei casi di utenti con vulnerabilità multiple, per i quali la tempestività e la coerenza degli interventi rappresentano fattori decisivi.

La governance del progetto ha inoltre promosso una cultura della responsabilità condivisa, nella quale il successo degli interventi non è attribuito a singoli servizi o professionisti, ma al funzionamento complessivo del sistema. Questa prospettiva ha contribuito a rafforzare il senso di appartenenza e di corresponsabilità tra gli operatori, favorendo un clima di collaborazione e di fiducia reciproca.

Un ulteriore aspetto riguarda la capacità del modello di governance di adattarsi ai cambiamenti e ai bisogni emergenti. La flessibilità organizzativa ha consentito di rimodulare gli interventi in relazione alle esigenze degli utenti e alle condizioni del contesto, evitando rigidità che avrebbero potuto compromettere l'efficacia del progetto. In questo senso, la governance si configura come un processo dinamico, in continua evoluzione.

In conclusione, la governance e l'integrazione dei servizi rappresentano uno dei punti di forza del progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità. Attraverso un modello collaborativo e multidisciplinare, il progetto ha costruito un sistema di presa in carico capace di rispondere in modo articolato e coerente alla complessità dei bisogni, ponendo le basi per uno sviluppo futuro del welfare di comunità orientato alla qualità, alla prossimità e alla centralità della persona.

PARTE V

Azione 1 – I servizi di comunità

Accoglienza, multidisciplinarità e percorsi di autonomia

L’Azione 1 del progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità è dedicata allo sviluppo e al consolidamento dei servizi di comunità, intesi come spazi di accoglienza e di presa in carico integrata per persone in condizioni di vulnerabilità complessa. Questa azione rappresenta uno dei pilastri dell’intero impianto progettuale, poiché incarna in modo concreto la visione di welfare di prossimità che attraversa il progetto.

I servizi di comunità non sono stati concepiti esclusivamente come luoghi di protezione o di risposta ai bisogni primari, ma come contesti relazionali nei quali è possibile avviare percorsi di ricostruzione personale e sociale. L’accoglienza in comunità costituisce, in questo senso, un passaggio fondamentale per persone che hanno vissuto esperienze di fragilità prolungata, spesso caratterizzate da isolamento, discontinuità assistenziale e perdita di riferimenti stabili.

Nel corso del progetto, i servizi di comunità hanno accolto otto utenti con vulnerabilità sia fisiche sia psichiche. Si tratta di persone accomunate dalla presenza di bisogni complessi e multidimensionali, che richiedono interventi articolati e personalizzati. L’accoglienza in comunità ha rappresentato per questi utenti un momento di stabilizzazione, ma anche l’inizio di un percorso orientato al recupero dell’autonomia e della partecipazione attiva alla vita sociale.

Uno degli elementi qualificanti dell’Azione 1 è rappresentato dall’approccio multidisciplinare adottato nella presa in carico. Le diverse figure professionali coinvolte hanno lavorato in modo integrato, condividendo obiettivi, strumenti e responsabilità. Questo lavoro di équipe ha consentito di affrontare le diverse dimensioni della vulnerabilità – sanitaria, psicologica, sociale ed educativa – evitando interventi frammentati e poco efficaci.

La definizione dei progetti individualizzati ha costituito un momento centrale del percorso di presa in carico. Per ciascun utente è stato elaborato un progetto che ha tenuto conto della storia personale, delle risorse disponibili e delle difficoltà specifiche. Tale progettazione ha previsto obiettivi realistici e progressivi, orientati non soltanto alla gestione del bisogno immediato, ma anche alla costruzione di prospettive future.

La vita quotidiana in comunità ha svolto un ruolo fondamentale nel processo di accompagnamento. Le attività proposte hanno incluso momenti di cura personale, gestione della quotidianità, socializzazione e

partecipazione ad attività educative e ricreative. Attraverso queste esperienze, gli utenti hanno potuto sperimentare nuove modalità di relazione e di organizzazione della propria vita, rafforzando competenze spesso compromesse da lunghi periodi di marginalità.

Un aspetto centrale dell’Azione 1 riguarda l’orientamento ai percorsi di autonomia. L’autonomia non è stata intesa come un obiettivo immediato o uniforme, ma come un processo graduale, costruito nel tempo e adattato alle possibilità di ciascuna persona. In questo senso, il lavoro svolto ha richiesto un costante equilibrio tra protezione e responsabilizzazione, evitando sia forme di assistenzialismo passivo sia richieste eccessivamente gravose per gli utenti.

La collaborazione con i servizi sanitari e sociali territoriali ha rappresentato un ulteriore elemento di forza dell’Azione 1. Il dialogo con i Centri di Salute Mentale e con gli altri servizi coinvolti ha garantito continuità assistenziale e coerenza nei percorsi di presa in carico. Questa integrazione ha contribuito a ridurre il rischio di interruzioni e a sostenere il processo di accompagnamento verso l’autonomia.

Dal punto di vista metodologico, l’Azione 1 ha valorizzato un approccio centrato sulla relazione di cura. L’ascolto, il rispetto dei tempi individuali e la costruzione di un clima di fiducia hanno rappresentato condizioni imprescindibili per l’efficacia degli interventi. In questo senso, la comunità è diventata uno spazio di riconoscimento e di legittimazione della persona, oltre che di risposta ai bisogni materiali.

I risultati raggiunti attraverso i servizi di comunità evidenziano l’importanza di interventi capaci di tenere insieme accoglienza, cura e progettualità. Gli utenti coinvolti hanno potuto intraprendere percorsi di maggiore autonomia, rafforzando competenze personali e relazionali e riattivando risorse spesso rimaste inespresse. Pur nella consapevolezza dei limiti e delle difficoltà, l’esperienza dell’Azione 1 offre indicazioni significative per lo sviluppo futuro di servizi di comunità orientati all’inclusione e alla partecipazione.

In conclusione, l’Azione 1 si configura come un’esperienza emblematica di welfare di comunità, nella quale la cura si intreccia con la relazione e con la progettualità. Attraverso l’accoglienza di persone con vulnerabilità complesse e il lavoro multidisciplinare svolto, il progetto ha dimostrato come sia possibile costruire percorsi di presa in carico che non si limitino alla gestione dell’emergenza, ma aprano spazi di possibilità e di cambiamento.

PARTE VI

Azione 2 – Ambulatorio di Etnopsichiatria

Cura transculturale, salute mentale e integrazione dei servizi

L’Azione 2 del progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità è dedicata all’Ambulatorio di Etnopsichiatria e rappresenta uno degli interventi di maggiore valore innovativo dell’intero impianto progettuale. Questa azione nasce dalla consapevolezza che la salute mentale, in particolare nei contesti caratterizzati da pluralità culturale e mobilità umana, non può essere affrontata attraverso modelli clinici standardizzati, ma richiede approcci capaci di integrare dimensione psicopatologica, culturale e sociale.

L’etnopsichiatria si fonda su una concezione della sofferenza psichica come esperienza profondamente situata, influenzata dai contesti culturali, simbolici e relazionali di riferimento. In questa prospettiva, il sintomo non è considerato esclusivamente come espressione di una patologia individuale, ma come manifestazione di un disagio che si colloca all’interno di una storia di vita, spesso segnata da eventi traumatici, processi migratori e rotture dei legami sociali.

L’Ambulatorio di Etnopsichiatria si è rivolto in particolare a utenti in carico ai Centri di Salute Mentale, molti dei quali immigrati provenienti da diverse aree della Sicilia. Si tratta di persone che presentano bisogni complessi, spesso caratterizzati da una sovrapposizione di disagio psichico, vulnerabilità sociale e difficoltà di integrazione. Per questi utenti, l’accesso ai servizi di salute mentale tradizionali può risultare problematico, sia per barriere linguistiche e culturali, sia per una diffusa sfiducia nei confronti delle istituzioni.

L’Azione 2 ha risposto a tali criticità offrendo uno spazio di cura specificamente orientato all’ascolto e alla comprensione dei vissuti individuali. L’ambulatorio è stato concepito come un luogo protetto, nel quale la persona potesse raccontare la propria storia e attribuire significato alla sofferenza, senza il rischio di essere ridotta a una diagnosi o a un’etichetta clinica. Questo approccio ha favorito la costruzione di una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul riconoscimento reciproco.

Un elemento centrale dell’Azione 2 è rappresentato dalla sinergia con i Centri di Salute Mentale. L’ambulatorio non ha operato come servizio isolato, ma come parte integrante di un sistema di presa in carico più ampio. La collaborazione con i CSM ha consentito di garantire continuità assistenziale e di integrare gli interventi etnopsichiatrici con i percorsi terapeutici già in atto. Questo dialogo costante ha ridotto il rischio di sovrapposizioni e ha rafforzato la coerenza dei percorsi di cura.

L'approccio adottato ha previsto l'utilizzo di strumenti clinici flessibili, capaci di adattarsi alle esigenze specifiche degli utenti. Accanto ai colloqui clinici, sono stati valorizzati dispositivi di mediazione culturale e, in alcuni casi, pratiche espressive e narrative che hanno consentito di ampliare le possibilità di comunicazione. Questi strumenti si sono rivelati particolarmente efficaci nei casi in cui la sofferenza non trovava un'espressione immediata nel linguaggio verbale.

L'Azione 2 ha inoltre beneficiato dell'integrazione con le altre azioni progettuali. In particolare, il collegamento con i servizi di telemedicina ha consentito di garantire continuità della cura anche nei momenti in cui la presenza fisica risultava complessa. La tele-etnopsichiatria ha rappresentato una modalità di supporto importante, permettendo di mantenere il contatto terapeutico e di evitare interruzioni nei percorsi di presa in carico.

Dal punto di vista degli utenti, l'Ambulatorio di Etnopsichiatria ha rappresentato uno spazio di riconoscimento e legittimazione della sofferenza. La possibilità di essere ascoltati in modo non giudicante e di vedere riconosciuti i propri riferimenti culturali ha contribuito a ridurre il senso di isolamento e di incomprensione spesso sperimentato. Questo aspetto ha favorito una maggiore adesione ai percorsi terapeutici e una partecipazione più attiva alla cura.

L'esperienza dell'Azione 2 ha avuto ricadute significative anche sul piano delle pratiche professionali. L'introduzione di un approccio etnopsichiatrico ha stimolato una riflessione più ampia sul significato della salute mentale e sulla necessità di adottare sguardi plurali nella lettura del disagio. Tale riflessione ha contribuito a diffondere una maggiore sensibilità interculturale all'interno dei servizi coinvolti, arricchendo le competenze degli operatori.

In un contesto come quello attuale, caratterizzato da crescenti fenomeni di mobilità e da una pluralità di appartenenze culturali, l'esperienza dell'Ambulatorio di Etnopsichiatria assume un valore che va oltre i confini del progetto. Essa dimostra come sia possibile costruire servizi di salute mentale capaci di dialogare con la complessità del mondo contemporaneo, evitando semplificazioni e risposte standardizzate.

In conclusione, l'Azione 2 si configura come un'esperienza di grande rilevanza clinica, sociale e culturale. Attraverso l'Ambulatorio di Etnopsichiatria, il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità ha offerto una risposta innovativa e integrata ai bisogni di salute mentale di persone vulnerabili, contribuendo a rafforzare il sistema dei servizi e a promuovere un approccio alla cura fondato sul riconoscimento, sull'ascolto e sulla relazione.

PARTE VII

Azione 3 – I servizi di Telemedicina

Continuità della cura, prossimità digitale e innovazione organizzativa

L’Azione 3 del progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità è dedicata allo sviluppo dei servizi di telemedicina e rappresenta uno degli assi strategici attraverso cui il progetto ha affrontato le criticità legate all’accessibilità e alla continuità assistenziale. In un territorio caratterizzato da dispersione geografica, difficoltà di spostamento e presenza di aree interne, la telemedicina si configura come uno strumento capace di ridurre le distanze e di garantire una presenza costante dei servizi nella vita delle persone.

L’introduzione della telemedicina non è stata concepita come una semplice innovazione tecnologica, ma come una scelta organizzativa e culturale. L’obiettivo non era quello di sostituire la relazione di cura in presenza, bensì di rafforzarla e renderla più continua nel tempo. In questa prospettiva, la tecnologia diventa un mezzo al servizio della prossimità, e non un elemento di distanziamento o di standardizzazione dell’intervento.

Nel corso del progetto, i servizi di telemedicina hanno coinvolto complessivamente 280 utenti, offrendo un insieme articolato di prestazioni che hanno interessato sia l’ambito sanitario sia quello psicologico e sociale. I servizi attivati comprendono la tele-visita di vulnologia, il tele-consulto, la tele-riabilitazione, la tele-etnopsichiatria, la tele-assistenza sociale e la tele-psicologia. Questa pluralità di interventi riflette una concezione ampia della telemedicina, intesa come supporto integrato ai diversi percorsi di presa in carico.

La tele-visita di vulnologia ha consentito di monitorare condizioni cliniche che richiedono controlli frequenti e continuità di osservazione, riducendo la necessità di spostamenti e garantendo una maggiore tempestività negli interventi. Questo servizio si è rivelato particolarmente utile per utenti con difficoltà motorie o residenti in zone distanti dai presidi sanitari, contribuendo a migliorare l’aderenza ai percorsi di cura.

Il tele-consulto ha svolto una funzione di raccordo tra professionisti, facilitando il confronto multidisciplinare e supportando i processi decisionali. Attraverso il tele-consulto è stato possibile condividere informazioni, valutazioni e strategie di intervento, rafforzando l’integrazione tra i diversi servizi coinvolti e migliorando la qualità complessiva della presa in carico.

La tele-riabilitazione ha rappresentato un ulteriore ambito di intervento significativo. Grazie all’utilizzo di strumenti digitali, gli utenti hanno potuto proseguire i percorsi riabilitativi anche in contesti domiciliari, mantenendo una continuità che spesso risulta difficile da garantire con modalità esclusivamente in

presenza. Questo approccio ha consentito di adattare gli interventi alle condizioni individuali e ai contesti di vita, valorizzando il ruolo attivo della persona nel percorso di cura.

Particolarmente rilevante è stata l'integrazione della telemedicina con gli interventi di salute mentale. La tele-etnopsichiatria e la tele-psicologia hanno consentito di garantire continuità assistenziale agli utenti seguiti dall'Ambulatorio di Etnopsichiatria e dai servizi di salute mentale, rafforzando la relazione terapeutica e riducendo il rischio di interruzioni. In molti casi, la possibilità di accedere a colloqui a distanza ha facilitato il mantenimento del contatto con i servizi, soprattutto per persone che incontrano difficoltà a partecipare a incontri in presenza con regolarità.

La tele-assistenza sociale ha svolto un ruolo importante nell'accompagnamento degli utenti verso i servizi territoriali e nei percorsi di inclusione sociale. Attraverso il contatto a distanza, è stato possibile fornire supporto informativo, orientamento e monitoraggio delle situazioni di fragilità, contribuendo a rafforzare il legame tra le persone e la rete dei servizi.

Un elemento di particolare rilievo dell'Azione 3 riguarda il riscontro positivo da parte degli utenti e dei loro familiari. Alla Direzione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna sono pervenute lettere di apprezzamento relative ai servizi di telemedicina, che testimoniano il valore percepito dell'intervento. Le comunicazioni ricevute sottolineano non solo l'utilità pratica dei servizi, ma anche la qualità della relazione instaurata con i professionisti, evidenziando un senso di vicinanza e di attenzione nonostante la mediazione tecnologica.

Dal punto di vista organizzativo, l'Azione 3 ha contribuito allo sviluppo di nuove competenze professionali. Gli operatori sono stati chiamati a rivedere le proprie modalità di lavoro, adattando strumenti e linguaggi alla relazione di cura a distanza. Questo processo ha favorito un apprendimento significativo, stimolando una riflessione sulle potenzialità e sui limiti della telemedicina e sulla necessità di mantenere sempre centrale la dimensione umana dell'intervento.

L'integrazione dei servizi di telemedicina con le altre azioni progettuali ha rappresentato un ulteriore elemento di forza. La possibilità di collegare la telemedicina ai servizi di comunità e all'Ambulatorio di Etnopsichiatria ha consentito di costruire percorsi di presa in carico coerenti e continuativi, riducendo il rischio di frammentazione degli interventi. In questo senso, la telemedicina ha svolto una funzione di raccordo, rafforzando la rete dei servizi attorno alla persona.

In conclusione, l'Azione 3 dimostra come la telemedicina possa essere efficacemente integrata all'interno di un modello di welfare di comunità, a condizione che sia orientata alla centralità della persona e alla qualità della relazione di cura. L'esperienza maturata nel progetto dell'ASP di Enna evidenzia il potenziale

di questi strumenti nel promuovere prossimità, continuità assistenziale ed equità di accesso, offrendo indicazioni preziose per lo sviluppo futuro dei servizi socio-sanitari territoriali.

PARTE VIII

Valutazione dell'impatto del progetto

Risultati, trasformazioni e apprendimento organizzativo

La valutazione dell'impatto del progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità richiede uno sguardo capace di cogliere non solo i risultati immediatamente misurabili, ma anche le trasformazioni più profonde che l'intervento ha prodotto nei percorsi delle persone, nelle pratiche professionali e nell'organizzazione dei servizi. In questo senso, l'impatto del progetto si configura come un processo multilivello, che interessa simultaneamente la dimensione individuale, quella organizzativa e quella territoriale.

Un primo livello di valutazione riguarda l'impatto sugli utenti coinvolti. Le azioni progettuali hanno contribuito a migliorare in modo significativo la continuità della cura e la qualità della presa in carico, soprattutto per persone in condizioni di vulnerabilità complessa. L'integrazione tra servizi di comunità, ambulatorio di etnopsichiatria e telemedicina ha consentito di costruire percorsi più stabili e riconoscibili, riducendo il rischio di interruzioni e di abbandono dei servizi.

Per gli utenti accolti nei servizi di comunità, l'impatto si è tradotto in un miglioramento delle condizioni di vita e in un progressivo rafforzamento delle competenze personali e relazionali. L'accompagnamento multidisciplinare e l'attenzione alla dimensione quotidiana hanno favorito il recupero dell'autonomia e della capacità di progettare il futuro. Pur nella diversità delle situazioni individuali, i percorsi avviati evidenziano l'efficacia di interventi orientati non solo alla protezione, ma anche alla responsabilizzazione.

Nel caso degli utenti seguiti dall'Ambulatorio di Etnopsichiatria, l'impatto del progetto si è manifestato soprattutto nella possibilità di accedere a uno spazio di cura capace di riconoscere la complessità delle esperienze migratorie e dei vissuti di sofferenza. L'approccio transculturale ha favorito una maggiore adesione ai percorsi terapeutici e ha contribuito a ridurre il senso di isolamento e di incomprensione, spesso sperimentato da persone con background migratorio.

Anche i servizi di telemedicina hanno prodotto un impatto rilevante sugli utenti, migliorando l'accessibilità e la continuità assistenziale. Il coinvolgimento di 280 utenti testimonia la capacità

dell'intervento di rispondere a bisogni diffusi e diversificati. Le lettere di apprezzamento pervenute alla Direzione dell'ASP di Enna rappresentano un indicatore qualitativo significativo del valore percepito dei servizi da parte degli utenti e dei loro familiari, confermando l'importanza della relazione di cura anche a distanza.

Un secondo livello di valutazione riguarda l'impatto sui servizi e sulle pratiche professionali. Il progetto ha favorito lo sviluppo di una cultura del lavoro integrato e multidisciplinare, superando approcci settoriali e frammentati. Gli operatori coinvolti hanno avuto l'opportunità di confrontarsi con nuove modalità operative, di acquisire competenze aggiuntive e di riflettere criticamente sulle proprie pratiche.

L'introduzione dei servizi di telemedicina ha stimolato un processo di apprendimento organizzativo, richiedendo un adattamento delle modalità di comunicazione e di gestione della relazione di cura. Questo processo ha contribuito a rafforzare la capacità dei servizi di rispondere in modo flessibile ai bisogni emergenti, valorizzando l'innovazione come strumento al servizio della persona.

L'esperienza dell'Ambulatorio di Etnopsichiatria ha inoltre avuto un impatto significativo sulla sensibilità interculturale dei servizi. L'attenzione alla dimensione culturale della sofferenza ha arricchito le pratiche cliniche e socio-sanitarie, promuovendo un approccio più attento alla complessità dei vissuti individuali. Questo cambiamento di prospettiva rappresenta uno degli esiti più rilevanti del progetto, poiché incide sulla qualità complessiva della presa in carico.

Un terzo livello di valutazione riguarda l'impatto sul sistema territoriale. Il progetto ha contribuito a rafforzare la rete dei servizi e la capacità di risposta del welfare locale, promuovendo una maggiore integrazione tra ambito sanitario e sociale. La collaborazione tra i diversi attori coinvolti ha favorito una gestione più efficace delle situazioni complesse e ha ridotto il rischio di sovrapposizioni o di vuoti assistenziali.

Dal punto di vista della programmazione, il progetto ha offerto indicazioni preziose per lo sviluppo futuro delle politiche socio-sanitarie territoriali. L'esperienza maturata dimostra l'importanza di investire in servizi di prossimità e in modelli integrati di presa in carico, capaci di adattarsi alle specificità dei territori e dei bisogni delle persone. In questo senso, il progetto può essere considerato una buona pratica, potenzialmente trasferibile ad altri contesti.

Un aspetto centrale della valutazione riguarda la sostenibilità degli interventi. Il progetto ha posto le basi per una stabilizzazione delle pratiche avviate, attraverso il rafforzamento delle competenze professionali e la costruzione di reti collaborative. Sebbene la continuità degli interventi richieda ulteriori investimenti e scelte strategiche, l'esperienza realizzata rappresenta un patrimonio importante per il territorio.

In conclusione, la valutazione dell'impatto del progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità evidenzia come le azioni realizzate abbiano prodotto effetti significativi e duraturi, andando oltre la dimensione quantitativa delle attività svolte. I risultati ottenuti confermano il valore di un approccio integrato e orientato alla persona, capace di coniugare prossimità, continuità della cura e innovazione organizzativa.

PARTE IX

Conclusioni

Prospettive di sviluppo e lezioni apprese

Il progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità rappresenta un'esperienza significativa nel panorama delle politiche socio-sanitarie territoriali, in quanto ha saputo coniugare innovazione organizzativa, integrazione dei servizi e attenzione alla centralità della persona. Le azioni realizzate offrono una lettura articolata delle trasformazioni in atto nel welfare locale e forniscono indicazioni rilevanti per lo sviluppo futuro dei servizi di prossimità.

Uno degli elementi di maggiore rilievo emersi dall'esperienza progettuale riguarda la capacità di rispondere alla complessità dei bisogni attraverso approcci integrati e multidisciplinari. Le persone coinvolte nel progetto presentavano vulnerabilità multiple, spesso intrecciate tra dimensione sanitaria, psicologica e sociale. La costruzione di percorsi unitari di presa in carico ha consentito di superare logiche frammentarie e di offrire risposte più coerenti e continuative, rafforzando l'efficacia complessiva degli interventi.

L'esperienza dei servizi di comunità ha dimostrato come l'accoglienza possa diventare uno spazio di trasformazione, nel quale la protezione si accompagna alla responsabilizzazione e alla progettualità. I percorsi avviati con gli utenti accolti evidenziano l'importanza di investire in modelli di intervento che non si limitino alla gestione dell'emergenza, ma che siano orientati alla costruzione di autonomia e di inclusione sociale. In questo senso, la comunità si configura come un luogo di relazione e di riconoscimento, capace di generare cambiamento.

L'Ambulatorio di Etnopsichiatria ha rappresentato un ulteriore elemento di innovazione, introducendo uno sguardo transculturale nella presa in carico della sofferenza psichica. L'attenzione alla dimensione culturale e simbolica del disagio ha arricchito le pratiche di cura e ha contribuito a migliorare l'accessibilità dei servizi di salute mentale per persone con background migratorio. Questa esperienza sottolinea la

necessità di sviluppare modelli di cura capaci di dialogare con la pluralità dei vissuti e delle appartenenze culturali.

I servizi di telemedicina hanno evidenziato il potenziale delle tecnologie digitali nel rafforzare la prossimità e la continuità assistenziale. L'esperienza maturata dimostra come la telemedicina possa essere efficacemente integrata in un modello di welfare di comunità, a condizione che sia orientata alla qualità della relazione di cura e non alla sola efficienza organizzativa. Il riscontro positivo degli utenti e dei loro familiari conferma il valore di questi strumenti nel migliorare l'accesso ai servizi e nel ridurre le disuguaglianze territoriali.

Dal punto di vista organizzativo, il progetto ha favorito un processo di apprendimento collettivo, stimolando la riflessione sulle pratiche professionali e sulle modalità di collaborazione tra servizi. La governance adottata ha promosso una cultura della corresponsabilità e della condivisione, rafforzando la capacità del sistema territoriale di affrontare situazioni complesse. Questo patrimonio di competenze e relazioni rappresenta uno degli esiti più importanti del progetto.

Le lezioni apprese dall'esperienza indicano alcune direttive fondamentali per il futuro. In primo luogo, emerge la necessità di consolidare e stabilizzare le pratiche avviate, garantendo continuità agli interventi più efficaci. In secondo luogo, appare fondamentale continuare a investire nella formazione degli operatori e nello sviluppo di competenze multidisciplinari e interculturali. Infine, il progetto evidenzia l'importanza di una programmazione orientata alla prossimità e alla personalizzazione degli interventi, capace di adattarsi alle specificità dei territori.

In un contesto segnato da trasformazioni sociali rapide e da nuove forme di vulnerabilità, l'esperienza del progetto Servizi e Infrastrutture Sociali di Comunità offre un contributo significativo al dibattito sul futuro del welfare. Essa dimostra come sia possibile costruire servizi capaci di coniugare innovazione e umanità, tecnologia e relazione, cura e inclusione. Le prospettive di sviluppo che si aprono a partire da questa esperienza rappresentano una sfida e, al tempo stesso, un'opportunità per rafforzare un modello di welfare territoriale più equo, integrato e orientato alla persona.

Questo prodotto è stato realizzato dal gruppo PNRR di Enna coordinato dalla Dott.ssa Vania Marchionna.



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le politiche di coesione

