



ASSEMBLEA DELLA ASSOCIAZIONE “PRIMA LA COMUNITÀ”

24 ottobre 2020

Nuove **preoccupazioni si addensano all’orizzonte** a causa della diffusione del contagio senza controllo, la lotta al virus durerà molto e questa prospettiva provoca inquietudine e smarrimento per le conseguenze sulla salute delle persone e per le ricadute sociali ed economiche sulle nostre comunità. È evidente come il sistema di welfare, risorsa di equilibrio e solidarietà sociale, profondamente ridimensionato stia allargando la forbice delle disuguaglianze educative, economiche, sociali e sanitarie mettendo in luce gravi carenze a tutti i livelli e soprattutto tra nord e sud, nelle periferie urbane e nelle zone interne del paese

Gli errori e le carenze della medicina territoriale, in particolare nella prevenzione e ancora prima nella promozione della salute, evidenti nella prima fase, non hanno visto significativi cambiamenti durante i mesi estivi ed ora si prospettano nuove restrizioni destinate a ripetersi nella possibile terza ondata in assenza di radicali cambiamenti nei comportamenti individuali.

L’assenza di una visione in grado di fare il salto di paradigma “dalla sanità alla salute” sta fossilizzando il dibattito intorno al rafforzamento delle strutture, delle apparecchiature e del numero di operatori (cose assolutamente necessarie); tutto ciò si rivelerà inutile in un contesto culturale ed organizzativo che, così come è impostato ci riporta, se va tutto bene, a come eravamo prima della pandemia. Non parte dai bisogni di salute delle persone (specie quelle più fragili) e, soprattutto non è centrata sulle comunità, intese come luogo privilegiato dell’esercizio delle responsabilità, della garanzia dei diritti e della manifestazione concreta della reciprocità.

Le risorse in arrivo rischiano così di essere utilizzate in termini esclusivamente “aggiuntivi” come se dovessimo solamente aumentare il mercato delle prestazioni senza chiederci cosa intendiamo per salute (riducendola a “sanità”), perdendo di vista il suo valore, il suo essere il risultato di una connessione tra la sanità, sicuramente, e le diverse “agenzie” che sul territorio sono responsabili della salute delle persone (ente locale, ambiente, scuola, lavoro) e che rappresentano gli ambiti nei quali si manifestano le ingiuste e gravi disuguaglianze, ormai intollerabili.

L’ ASSOCIAZIONE PRIMA LA COMUNITÀ

in coerenza con gli scopi statuari, vuole dare un contributo per promuovere una nuova visione di comunità che valorizzi tutte le risorse umane, economiche, sociali e strutturali, presenti sul territorio, in un tempo attraversato da innumerevoli difficoltà.

Ritiene siano indispensabili scelte radicali a partire dalla convinzione che la salute è un bene comune, non solo un diritto fondamentale, un bene supremo della comunità intesa come sistema di relazioni e pertanto intende concorrere con altri soggetti sociali alla discussione per un cambiamento sia culturale che organizzativo fondato su un nuovo paradigma che implica:

- **Un disegno di salute unitario di comunità** capace di offrire supporto al bisogno delle persone, in cui l'offerta di cura di base del territorio sia centrale, mentre le funzioni specialistiche e di ricovero assumono un ruolo di strumento dell'impianto di comunità. È indispensabile costruire **percorsi unitari** (che partano dalle persone e non dalle patologie) che accompagnino i cittadini nei loro percorsi di salute. Ne deve nascere un sistema di cure integrato (sociale e sanitario, territorio e ospedale, strutture e domiciliarità, professioni di diversa estrazione, promozione/prevenzione/cura e riabilitazione) basato su un'alleanza non formale tra tutte le risorse della salute presenti del territorio;
- Un disegno di salute basato **sulla prossimità come condizione per sviluppare**, prima ancora della prevenzione e cura, la promozione della cultura della salute dove la responsabilità e il protagonismo è del singolo e della comunità, dove le risorse vanno verso i bisogni ed hanno una attenzione forte alla ricerca di chi per ragioni diverse (di conoscenza o di paura dello stigma) non si avvicina per evidenziare disagio, sofferenza, solitudini, povertà nuove, conflitti ed equilibri personali modificati;
- Un disegno di salute che **metta in comune le risorse disponibili** (del sanitario, del sociale, della gestione del territorio, della cultura, siano esse del pubblico o del privato non speculativo, sia formale che informale) da utilizzare sulla base di priorità e scelte condivise. Le **mappe di comunità**, basate sull'epidemiologia di cittadinanza (strumento di conoscenza dei bisogni e delle risorse) sono, in questo disegno, la preconditione per parlare di sostenibilità, ben sapendo che questa non nasce dalla sommatoria ma da una visione unitaria da cui peraltro possono emergere risorse spesso non considerate. Su queste basi debbono trovare concretizzazione i budget di salute di comunità come condizione per budget di salute individuali;
- Un disegno che **disponga di professionisti capaci** di mettere in comune i diversi contributi specialistici e siano facilitati nel confronto e nel lavoro interistituzionale. Per costruire una diversa cultura del servizio e della relazione che ha cura, serve una ridefinizione radicale delle professioni, un diverso percorso formativo di base ed un impegno di formazione permanente nell'ottica della complessità oltre gli specialismi pur necessari;
- Un disegno di salute che valorizza in termini di alleanza, superando il rapporto convenzionale, alcuni professionisti che svolgono un ruolo strategico nella medicina di comunità: **medico di medicina generale, pediatra di LS, infermiere di famiglia e comunità, operatore della prevenzione e l'operatore sociale (in primo luogo l'assistente sociale)**, al fine di garantire una efficace unitarietà e **continuità assistenziale**;
- Un disegno di salute che si basi sul **principio del promuovere salute** nella accezione globale del termine, come indica l'OMS, e che necessita di figure che connettano tra loro risorse e bisogni dal di dentro della comunità, figure definibili come "**agente/facilitatore di salute di comunità.**" Con tre compiti fondamentali: **leggere il contesto locale** cogliendo anche opportunità e limiti, **elaborare** in modo partecipato **strategie di sviluppo di comunità** coerenti con le scelte strategiche regionali e locali, **contribuire a definire le azioni e offrire elementi di valutazione** dei processi sociali e dei cambiamenti;
- Un disegno di salute che possa disporre anche di un **"luogo riconoscibile" della Comunità**. Le Case della Salute che si sono definite in questi anni vanno quindi riprogettate e implementate per consentire lo sviluppo di alleanze e progettualità affinché venga costruito un progetto di salute della comunità. Quindi Case della Comunità perché le Case della

Salute non siano solo contenitori sanitari ma luoghi dove si costruisce in modo partecipato il progetto di salute globale della comunità;

- Un disegno di salute che sia sostenuto da una **nuova governance**, meno burocratica, ma più aperta e partecipata ove assuma ruolo importante la responsabilità dei Sindaci e si basi su rappresentanze sociali non formali

IN SINTESI

SI Alle Case della Salute che siano Case della Comunità

SI Allo sviluppo nella sanità territoriale di modelli culturali e organizzativi coerenti con la funzione delle Case della Salute/Case della Comunità

SI Al lavoro comune tra le Istituzioni del territorio (Comuni, Aziende Sanitarie, Scuola, Lavoro, Cultura) - Terzo settore non profit – Volontariato - Altre istanze, anche informali, della Comunità.

SI Alla riunificazione tra sociale e sanitario (risorse, capitale umano, governance e servizi)

SI Alle nuove figure di comunità (infermi eredi famiglia e di comunità, agente/facilitatore di salute di comunità)

SI Al rapporto di lavoro dipendente del Medico di Medicina Generale, dei Pediatri di LS e degli Specialisti ambulatoriali;

SI Al rafforzamento di tutte le aree di promozione della salute e della prevenzione, partendo dal superamento delle disuguaglianze per genere, etnia, censo con particolare attenzione ai temi delle nuove povertà, a partire dalle periferie;

NO Alla privatizzazione strisciante della sanità (Assicurazioni, secondo pilastro ecc.)