

La Casa della Comunità: semplice vernice nominalistica o nuova dimensione sociale e professionale della salute?

A cura di *Associazione Prima la Comunità*

L'idea progettuale della Casa della Comunità è oggi diventata un cardine del futuro assetto territoriale dei servizi per la salute. È entrata nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) come scelta cardine per gli investimenti nei servizi territoriali, evidenziando in tal modo una necessità profonda di ricomposizione dei bisogni e delle risorse che vengono introdotte nella comunità. Il tema di fondo è quello di una diversa visione della salute come progetto globale di una collettività, punto fondamentale di garanzia per il benessere che è fisico, sociale, psicologico, culturale e spirituale così come recita l'OMS nella sua definizione del 1986 (Dichiarazione di *Octawa*) da costruire laddove le persone vivono, lavorano, amano, si relazionano (Shanghai 2016). L'esperienza pandemica ha evidenziato come non più rinviabile questo impegno di ricomposizione sia in sede sociale dove spesso istituzioni e soggetti diversi agiscono in modo frammentato e senza confronto, sia in senso verticale perché una visione unitaria della salute richiede connessioni tra livelli diversi tutti proiettati ad un unico fine, quello della salute appunto. L'OMS già nel 1978 (con la dichiarazione di Alma Ata sulle Cure primarie) aveva sollecitato a considerare la comunità come *unicum* dove a servizi di

base, fondamentali, si affiancassero servizi integrativi come quelli specialistici e di ricovero. Un approccio inedito soprattutto per la necessità di ricomporre i diversi contributi attorno a valori condivisi andando oltre logiche mercantili e prestazionistiche. Questo Contributo è espressione del lavoro di ricerca e sperimentazione che l'Associazione "Prima la Comunità", che è nata con l'obiettivo di proporre innovazione in tema di *welfare*, nella consapevolezza che la **lotta alle disuguaglianze e l'attenzione ai più deboli** passa da qui: non basta la buona volontà, la sola testimonianza, occorre proporre soluzioni coraggiose che anche la pandemia ha dimostrato essere necessarie, pena la stessa sopravvivenza del sistema sanitario pubblico, universalistico e solidaristico che, tra l'altro, ha già potenti nemici. Si tratta di ricerca e sperimentazione che abbiamo condotto negli ultimi tre anni (iniziando ancora prima dello scoppio della pandemia) chiamando a collaborare le professioni che ruotano intorno al *welfare*, le Università e qualificati Centri di Ricerca del nostro Paese, confrontandoci anche con esperienze internazionali.

Stiamo lavorando con i nostri associati:

- oltre una **sessantina di Organizzazioni** su tutto il territorio italiano dal Trentino

alla Sicilia (di livello nazionale come Acli, Cittadinanzattiva, Euricse, Associazione Infermieri di famiglia e di comunità, e di livello locale che operano in territori spesso difficili prendendosi cura di quelli che Papa Francesco definisce "gli scarti");

- quasi un centinaio di persone, giuristi, economisti, sociologi, architetti, imprenditori, professionisti della sanità e del sociale, cittadini.

Le esperienze sono state raccolte in un libro **"La salute cerca casa: manifesto per una comunità protagonista del proprio benessere"** (siamo nel gennaio 2019, prima della pandemia ma già consapevoli che non ci si salva da soli e che non bastano delle buone prestazioni sanitarie a risolvere i problemi di salute della comunità). Nel libro sono individuate diverse buone pratiche esistenti sui territori e con le quali ci siamo cimentati in un progetto di "Reti di Comunità" (*Community building*) insieme a Università e Istituti di ricerca. Partendo dalle molteplici analisi che sono state effettuate sul tema della pandemia e visti i documenti che affiorano man mano sulle soluzioni proposte dal PNRR, ci pare che emergano su tutti due termini: **salute e comunità**.

Salute perché è arrivato il momento di fare il salto di paradigma "Dalla sanità alla salute"; non stiamo dicendo nulla di nuovo perché tutti i documenti ufficiali richiamano le definizioni dell'OMS su cos'è la salute, le ripropongono nelle premesse, salvo poi perderle nelle conclusioni operative che si preoccupano esclusivamente di ingegneria organizzativa e di sistemi di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Quando parliamo di potenziare i servizi territoriali sarebbe una follia pensare semplicemente di aumentare l'offerta dei servizi sanitari. I problemi di salute richiedono un approccio alla complessità (pensiamo solo ai determinanti sociali di salute e al tema delle disuguaglianze) e non si può che partire **dai bisogni e dalle persone** e non dai servizi; questo è il fondamento delle nostre proposte e presuppone che si prendano in considerazione tutti i bisogni: fisici e psichici, sociali e di formazione, legati alla vita quotidiana e al riconoscimento del valore dell'ambiente per la salute. Tutto è in relazione, per cui la salute

umana dipende dalla salute della Terra e degli ecosistemi. Tutte le istanze si intrecciano, nel bene e nel male. Questa è la trama della realtà, non opaca e superficiale ma complessa e molto correlata a tutto. I bisogni si riconoscono solo se la **comunità** diventa protagonista del proprio progetto di salute, laddove c'è la vita concreta delle persone, dei cittadini: recuperare la prossimità con le comunità significa anche recupero della credibilità delle istituzioni. Su questi principi siamo tutti d'accordo ed è necessario agire. Abbiamo l'occasione di proporre alle nostre comunità (che ormai non si riconoscono più per la stessa storia, la stessa etnia, la stessa religione) una nuova possibile e riconoscibile identità che è quella basata sulla salute intesa come benessere globale, una identità che ha una casa propria - la casa della Comunità - (qui c'è il possessivo: **non è la casa per la comunità ma la Casa della Comunità**) quindi anche un luogo dove la partecipazione, l'esigibilità dei diritti ma anche l'esercizio della responsabilità devono essere di casa. Tra l'altro la pandemia ha creato le condizioni perché ciò avvenga se sappiamo coglierne l'occasione. Allora la salute diventa un progetto globale che si può realizzare solo nella comunità cioè nei contesti di vita a partire dal domicilio e che permette di connotare in una dimensione di domiciliarità tutte le possibili risposte in termini di protezione che le diverse fragilità possono richiedere.

Cosa dovrebbe essere la casa della comunità?

Andiamo per definizioni perché le nostre ipotesi di lavoro complete si possono trovare nel documento di progetto sul sito www.primalacomunita.it.

Se leggiamo il PNRR troviamo, secondo noi, una definizione riduttiva:

"La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui opera un *team* multidisciplinare di MMG e PDLs, Medici specialisti, infermieri di comunità e **potrà ospitare anche assistenti sociali** (quell'**anche** ci dice che seppure tutti siamo d'accordo da diversi anni sull'integrazione socio-sanitaria non abbiamo tanta voglia di realizzarla come non l'abbiamo realizzata fino ad ora: anche qui non c'è niente di nuovo però è il momento del fare).

La Casa della Comunità è sicuramente un

luogo della **accoglienza** dove anche gli spazi fisici devono essere progettati come tali (non dell'**accesso** che sa di burocratico, anche le parole contano); è il luogo dove in modo interdisciplinare e intersettoriale si ha cura (**prendere in carico** dà il senso del peso) delle persone nella loro unicità ed unitarietà; quindi occorrono saperi specialistici ma non solo, occorre la tecnologia (specialmente le nuove modalità di telemedicina ad esempio) ma occorrono soprattutto relazioni. E come ben sappiamo la cura è relazione, all'interno della quale tecnologie e saperi sono strumenti necessari ma non sostitutivi per la sua qualità. **Non è indispensabile che sia tutto dentro quella struttura fisica (dovrebbe avere dimensioni gigantesche) ma deve essere il luogo, oltre che della prima accoglienza, della regia delle diverse forme attraverso le quali la salute viene garantita indipendentemente dal livello di autonomia delle persone.** Per fare un esempio è anche il luogo della regia di tutte le politiche e gli interventi per la non autosufficienza, perché il tema del superamento delle strutture totalizzanti cui abbiamo delegato l'assistenza e quello di una loro riconversione verso modalità più tipiche della domiciliarità e del recupero del contesto di vita originario, si possono affrontare solo nel contesto comunitario con una assunzione di responsabilità da parte della comunità stessa. Quindi una regia unica alla quale rispondono i gestori in una logica di domiciliarità allargata e protetta. In quest'ottica la Casa della Comunità è certo luogo fisico per una parte dei servizi, ma anche luogo simbolico in cui la comunità si riconosce e la abita. Senza ignorarne i possibili contenuti (sanitari, sociali, di accoglienza e di partecipazione) la casa della Comunità diventa "rete di Reti", di quell'insieme organico di strumenti e risorse che la Comunità ha definito come proprio sistema di *Welfare* (dalla scuola, alla biblioteca, alla farmacia, per fare qualche esempio) e come sua risposta in termini di solidarietà e garanzia di democrazia.

Andando per definizioni

- **Non è un poliambulatorio**, non è neanche e non solo la casa della salute;
- richiede una volta per tutte che sia definito il ruolo centrale di protagonismo degli **enti locali**;
- considera il ruolo del **terzo settore** non profit e del volontariato organizzato come coprogettatore e coprotagonista della Casa della Comunità (vedi sentenza Suprema corte 131/2020);
- richiede la centralità del **Distretto socio-sanitario** (inesistente in molte parti del paese), come struttura forte di governo dove dirigenza aziendale e sindaci condividono:
 - ✓ **la programmazione** socio-sanitaria e socio-assistenziale in dialogo con le Case della Comunità
 - ✓ **la allocazione di tutte le risorse** sanitarie e sociali alla Casa della Comunità, definendone gli obiettivi attesi ed effettuandone la valutazione;
- il **metodo di lavoro** è quello *d'equipe*, della interdisciplinarietà, della connessione di più saperi, non solamente quelli specialistici: occorrono anche figure che sappiano accogliere, informare, orientare, accompagnare, fare consulenza sulla rete dei servizi e sulle opportunità disponibili;
- la Casa della Comunità **va verso le persone, cerca chi non arriva**, non è arroccata negli uffici e negli ambulatori. Bisogni e risorse sono distribuite nel territorio e anche le risposte si costruiscono nel territorio. Non c'è una "comunità di sani" che supporta una "comunità di malati", perché ognuno come parte della comunità è allo stesso tempo "curante e curato". Si potrebbe dire che attraverso un utilizzo adeguato delle risorse in rete la comunità si "autocura"; esigenze di sicurezza tecnologica, esigenze di economie di scala ecc. definiscono articolazioni diverse delle risorse che comunque sono parte del disegno di salute della comunità (anche l'ospedale è in quest'ottica un servizio del territorio).

Al suo interno possiamo immaginare (immaginare perché stiamo costruendo qualcosa di nuovo che richiederà aggiustamenti; tra l'altro si sarebbero potuti già sperimentare se avessimo dato applicazione **al comma 4 bis, art.1 della legge 77/2020** dove ciò era previsto e finanziato):

- ✓ un gruppo di MMG e PLS (protagonisti fondamentali della Casa della Comunità) per i quali è arrivato il momento di rivedere il loro rapporto con il SSN per trovare

maggior integrazione con il resto dei servizi;

- ✓ le cure primarie con il rilancio dei consultori;
- ✓ medici specialisti;
- ✓ i servizi di prevenzione e promozione della salute;
- ✓ i servizi sociali;
- ✓ il servizio infermieristico di comunità;
- ✓ nuove figure come gli agenti di comunità o facilitatori di comunità.

È il luogo dove, interpretando il quadro dei bisogni, attraverso profili di salute non generici, la comunità insieme ai tecnici definisce il proprio **progetto di salute** per realizzare il quale si utilizzano e si portano ad **unitarietà tutte le risorse formali provenienti dalle istituzioni e quelle informali** che stanno dentro la comunità stessa, costruendo così un **budget** di comunità che supera la burocratica suddivisione per fondi. L'utilizzo poi del **budget di salute** per costruire progetti individuali/familiari diventa lo strumento operativo più efficace per personalizzare gli interventi. Solo se si fa questo passaggio si creano le condizioni per realizzare concretamente **l'integrazione tra sociale e sanitario**, affrontando problemi e soluzioni laddove questi si presentano in modo consapevole.

La scommessa è proprio quella di una visione di insieme dove le diverse professionalità si incontrano partendo da valori comuni per contribuire a costruire risposte ai bisogni. Le differenze di saperi e di competenze sono il valore fondante se si basa su un'alleanza dove il contributo di ognuno è valorizzato e complementare nella logica di rete e di lavoro di squadra.

È a questo livello che si può parlare della *Comprehensive Primary Health Care*, di un disegno unitario delle cure primarie dove a guidare le scelte sono i bisogni delle persone e non i servizi e le logiche organizzative interne. Spostare il focus dalle *performance* sanitarie alle dimensioni generali della salute, favorendo il superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti - sia professionali che comunitari - mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, è questa la scommessa. Superando nella Casa della Comunità le appartenenze istituzionali ed organizzative sulla base del progetto di salute comunitaria. Questa è anche la casa del MMG, risorsa fondamentale dell'*equipe* per "andare verso i cittadini e cercare chi non arriva al servizio" in una logica di epidemiologia di comunità, approntando attraverso il lavoro di *equipe* gli opportuni interventi adeguati alla complessità dei bisogni.

PER UNA "CARTA D'IDENTITÀ" DELLA CASA DELLA COMUNITÀ

COSA È

- Luogo di una **nuova identità comunitaria**
- Luogo dei **diritti di cittadinanza**
- Luogo della partecipazione e della consapevolezza **dei doveri**
- Luogo **della integrazione delle risorse** (un progetto di sistema)
- Luogo dell'accoglienza e del riconoscimento di cittadinanza e **dell'aver cura**

COSA NON È

- Un luogo dove si erogano solo **prestazioni**
- Un luogo esclusivo della **sanità**
- Un luogo della **delega** per la soluzione dei problemi individuali
- Il luogo solo degli "**specialismi**" e **della tecnologia**
- Il luogo dell'esercizio del **potere**

È SCHIERATA (non è neutrale)

In ordine alla *governance*

Si è detto che il Distretto è centrale per la *governance* territoriale perché in esso dialogano le Istituzioni sanitarie, gli Enti Locali, i coordinatori delle Case della Comunità, eventuali rappresentanze sociali e i soggetti del terzo settore (secondo la sentenza della Corte costituzionale del 2020) per integrare le risorse sanitarie, quelle sociali e quelle assistenziali, partendo dal profilo di comunità, si individuano le priorità, si costruisce il *budget* distrettuale di salute, si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie da cui discendono gli obiettivi delle singole Case della Comunità.

Questa articolazione che è logistica e, soprattutto, organizzativa deve rappresentare in modo adeguato le attese della popolazione, garantirne la partecipazione e valutare i risultati di salute.

Le dimensioni previste dal PNRR (100 mila abitanti per il Distretto e 40-50 mila per la Casa della Comunità) prendiamole con la necessaria ragionevolezza: devono essere dei parametri di riferimento da adeguare ai singoli territori, non possiamo usare gli stessi numeri per una Casa della Comunità in un'area urbana e una in ambito montano.

Livelli con cui potrebbe essere governata la Casa della Comunità:

I livello. Comitato di Coordinamento

con 5 membri: 1 responsabile della Casa della Comunità, scelto di comune accordo Direttore di Distretto e Sindaco, 1 rappresentante delle professioni sanitarie, 1 rappresentante delle professioni sociali, 1 rappresentante delle istituzioni cooperanti, 1 rappresentante delle reti sociali.

Il livello. Contenitori tecnico-professionali

III livello. **Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali:** esercizio del welfare di comunità)

IV livello. **Assemblea dei cittadini**

Tracce di lavoro provando ad immaginare il futuro

1. Ridare voce alla comunità e alle persone che le abitano. La Casa della Comunità

prima che essere una struttura è una diversa identità comunitaria che sa valorizzare il proprio capitale. Ogni contesto è da considerarsi come patrimonio di riscoprire e da valorizzare: la Casa della Comunità è una risorsa.

2. Riconsiderare le professioni come persone della comunità, parte del "noi" che accompagna la costruzione della salute. Andando oltre rendite di posizione e illusioni gerarchiche è necessario che, accanto alle competenze specialistiche, si costruiscano processi di formazione indirizzati all'acquisizione di metodologie di lavoro basate sulla interdisciplinarietà, sul lavoro d'equipe tra figure professionali di settori diversi, che educino alla relazione. Occorre una riforma dei corsi universitari che ad esempio individui uno specifico percorso di specializzazione per il medico di medicina generale, cominciando da quello che esiste come ad esempio la Medicina di Comunità che però non consente l'accesso alle convenzioni. Ci sono problemi di qualità e di quantità rispetto alle figure professionali del sanitario e del sociale ma si deve pensare a **formare nuove figure** che facilitino le connessioni tra i professionisti, i servizi e la comunità: agenti, facilitatori di comunità.

3. Ripensare ad una radicale ridefinizione dei risultati di salute. **La valutazione deve essere una regola fondamentale** e avvenire attraverso indicatori che misurino in parte i classici **risultati sanitari** (minor ricorso al PS, riduzione dei ricoveri, attesa anni di vita...) o assistenziali (persone assistite, casi seguiti...) ma deve concentrarsi soprattutto su misure che diano evidenza a risultati in ordine al miglioramento della **coesione sociale, all'aumentato senso di solidarietà, alla sicurezza dei cittadini**. Questi i contenuti della valutazione, ma il loro significato è legato alla reale partecipazione della popolazione e dei professionisti perché la valutazione è condizione per dare senso al lavoro professionale e alla responsabilità dei cittadini. ●