LA CASA DELLA COMUNITA'

Percorso:

- ***Premessa e assunti di base***
- ***La Casa della Comunità***
- ***La carta d'identità della Casa della comunità***
- ***Linee progettuali:***
  - ***Fattibilità***
  - ***Dimensione informativa***
  - ***Dimensione organizzativa***
  - ***Dimensione formativa***
  - ***Dimensione valutativa***
- ***Allegato A***
  Ipotesi organizzativo- gestionale
- ***Allegato B***
  Ipotesi logistico-strutturale
- ***Allegato C***
  Ipotesi percorso valutazione

Questo progetto è stato elaborato a cura della Associazione "Prima la Comunità" con la preziosa collaborazione di:

- ***CERGAS-SDA Università Bocconi di Milano***
- ***Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa***
- ***Ricercatori della Università di Torino***
- ***Prospettive ricerca socioeconomica SAS***

"Più che un insieme di prestazioni individualizzate – che rientrano, cioè, nella logica del modello di consumo – il welfare va dunque concepito di nuovo in rapporto a un progetto di società, a un modo di stare in relazione, di vivere la propria individualità all'interno di una comunità di appartenenza. Dalla qualità di questo rapporto reciproco e sostenibile, dipende una buona parte del nostro futuro"
Mauro Magatti, Cambio di Paradigma, Feltrinelli 2017 pag.122

A cura dell'Associazione "PRIMA LA COMUNITA" - info@primalacomunita.it

1. Premessa

Queste note sono destinate agli attori politici e ai responsabili istituzionali dei diversi soggetti di un territorio interessati a progettare Case della Comunità. Si indicano per cenni le coordinate valoriali, strutturali, organizzative e gestionali cui riferirsi nelle fasi di realizzazione concreta di tali esperienze, con la convinzione che i contesti diversi determinano esperienze uniche e originali, ma che i riferimenti generali possono essere comuni. Sono tracce di lavoro che rappresentano tra l'altro un tentativo di avviare confronti finalizzati a ricercare le forme più idonee a garantire equità e uguaglianza per la salute. Il "luogo" rappresenta un simbolo per dare forma alla coesione sociale e al riconoscimento di essere parte di una comunità. Un elemento che consideriamo importante è costituito, tra gli altri, dagli spazi dell'accoglienza, quelli che in fondo ci permettono di andare oltre il consumo delle prestazioni e di sentirsi "a casa".

2. Assunti di base

La salute è un bene comune e fondamentale; non è il prodotto da offrire in un mercato competitivo quanto piuttosto un bene supremo della comunità intesa come sistema di relazioni che definiscono la stessa identità di chi la abita e vi riconosce le opportunità per un benessere inevitabilmente costruito nella reciprocità.

È decisamente suggestivo, oltre che cruciale per chiunque oggi voglia progettare Case della Comunità, rileggere in sequenza le tre dichiarazioni più significative offerte negli anni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Alma Ata 1978, Ottawa 1986, Shanghai 2016) accostandole alla grande sfida espressa dagli obiettivi dell'ONU per il 2030.

Sono testi sintetici, frutto di grande studio e di visioni alte e condivise a livello mondiale, che contengono la scommessa di dare forma a un disegno di salute integrato, voluto e pensato dalla comunità, capace di offrire supporto ai bisogni specifici sempre letti in relazione alle persone.

Implica il funzionamento di un sistema nel quale l'offerta di cura di base sia centrale dentro il territorio e si riconosca alle funzioni specialistiche e di ricovero un ruolo di strumento dell'impianto di comunità. I percorsi unitari che accompagnano le persone nella costruzione dei loro progetti di salute nascono da un sistema di cure integrato perché basato su un'alleanza non formale tra tutte le risorse del territorio (sociali e sanitarie, territoriali e ospedaliere, strutturate e domiciliari, relative a professioni di diversa estrazione, attinenti a promozione, prevenzione, cura e riabilitazione).

3. La Casa della Comunità

La Casa della Comunità è dunque pensata per raccogliere la sfida di rappresentare il punto d'incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per il benessere, senza mai dimenticare che la salute si genera laddove "le persone vivono, lavorano, amano, giocano" (Alma Ata, 1978), ovvero dove la vita si sviluppa e gli esseri umani si ritrovano e si relazionano.

Aspiriamo a una Casa della Comunità che, superando il concetto di servizio e prestazione sanitaria, diventi luogo dove valorizzare le diverse risorse dei territori, far emergere e dare voce a quella ricchezza socialmente rilevante che è fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e il cui intreccio sistemico ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un altro modo di concepire il welfare sia possibile. Non è questo ciò cui assistiamo con le esperienze che in questi anni hanno preso forma sotto la denominazione di Casa della Salute, sulla spinta d'indicazioni regionali orientate prevalentemente (se non esclusivamente) a una diversa organizzazione delle attività sanitarie collegando tra loro, quando possibile, i servizi territoriali (sanità pubblica, psichiatria, materno-infantile), i medici di medicina generale e i servizi sociali. Le esperienze realizzate non hanno compiutamente interpretato ciò che le norme vigenti consentirebbero, per cui chiamiamo sperimentazione innanzitutto l'attuazione piena delle norme vigenti ma anche la capacità di pensare e realizzare connessioni più avanzate e meglio rispondenti alla complessità odierna. Non si pensa tanto ad un luogo fisico onnicomprensivo, ma a qualcosa che sappia interconnettere esperienze, che costruisca opportunità di scambio, tra soggetti istituzionali e non, apra orizzonti nuovi e diversi da quelli che le singole parti possono mettere in campo, pur con la massima buona volontà. È il "luogo dei luoghi" che va oltre le divisioni sociali, le etnie, le religioni e le esperienze storiche, dando legittimità e senso all'intera vita comunitaria. Immaginare un luogo unico è quasi impossibile, per la complessità dei problemi, per la ricchezza delle esperienze sociali a ogni livello, per un bisogno profondo di libertà che coinvolge percorsi diversi nella ricerca del protagonismo sociale. Le Case della Comunità che l'istituzione sanitaria sta costruendo sulla scorta di normative del 2007 possono essere una base importante e un contributo per accelerare processi sociali di comunità, ma devono potersi immaginare a due livelli, quello del contributo offerto attraverso i servizi sanitari e sociosanitari e quello della voce della comunità e delle persone che la abitano.

Si immagina una progettazione unitaria che:

- Garantisca la relazione e la valorizzazione dei contributi di molte persone e molte esperienze per favorire il benessere comunitario, in modo che ciascuno "si senta a casa" e avverta di presidiare obiettivi e metodi del percorso;
- Solleciti il confronto tra punti di vista e il dialogo tra segmenti diversi della vita comunitaria come condizione per il progetto sociale comune, in modo che sia data voce alle differenze come ricchezza presente nelle diverse comunità perché non esistono sguardi oggettivi e privilegiati sulla realtà e non esistono a priori soluzioni assolute ai problemi;
- Promuova a valorizzi le reti sociali come componente sistemica dei servizi, in una relazione bidirezionale e reciproca, dove le reti sociali completano e popolano di socialità e offrono attività di supporto nella presa in carico dei servizi, ma dove le reti sociali anche sollecitano l'attivismo dei servizi stessi, segnalando bisogni inespressi o poco conosciuti e dove i servizi chiedono alle reti sociali di

contribuire ad arricchire di valori e iniziative la comunità, complementando le attività istituzionali.

Il cambio di paradigma si concretizza se si comincia a pensare ad un sistema di welfare nuovo che parta dalla comunità e non dalle istituzioni erogatrici, e quindi più che un insieme di prestazioni individualizzate che rientrano nella logica del modello di consumo, si sceglie di sviluppare un approccio di comunità basato sulla consapevolezza di salute come bene comune. Dalla qualità di questo approccio dipende nella sostanza la qualità del nostro futuro.

Si impone un radicale cambio di prospettiva che interpella tutti:

- **le Istituzioni**, che sono a rischio di autoreferenzialità;
- **gli attori sociali**, dagli imprenditori, al terzo settore ed a quanti sono impegnati a garantire la vita della comunità nei modi più diversi, comprendendo che le scelte non sono neutre e l'analisi costi/benefici deve partire dal benessere globale di tutti;
- **i cittadini**, spesso abituati a consumare servizi e non tanto a sentirsi parte di essi e della loro efficacia ed efficienza;
- **i professionisti**, a loro volta parte della vita della comunità e non solo produttori di beni o servizi;
- **le reti sociali** si integrano, confrontano e complementano con l'azione dei servizi e viceversa.

Un effettivo universalismo

La comunità pensata come rete di relazioni appare dinamica e perciò aperta al confronto e anche al conflitto, soprattutto laddove un tema cruciale come la salute diviene il filo rosso del suo governo e quindi reale strumento di misura dell'esercizio della democrazia.
Obiettivi come equità, uguaglianza e pari opportunità per tutti, diventano garanzia di solidarietà e sostenibilità, parametri sostanziali di misura di efficacia delle scelte organizzative. Va posta l'attenzione ad andare oltre logiche di assistenzialismo, di mera compassione, di "costo sociale necessario", nella convinzione piena che partire dagli ultimi è l'unica condizione che rende possibile una progettazione veramente universale e rispettosa dei diritti di tutti. È obiettivo fondamentale della sperimentazione ridurre le disuguaglianze.

4. La carta d'identità della Casa della Comunità

Con le premesse sviluppate fin qui e forti di molte esperienze territoriali, sono stati identificati sei valori/obiettivi che definiscono la carta di identità delle Case della Comunità:

VALORI/OBIETTIVI	AREE D'AZIONE
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza.
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente persone ad alto rischio di vulnerabilità.
Sviluppare una visione condivisa di salute.	Promuovere la realizzazione d'interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali. Implementare modalità organizzative che permettono l'integrazione tra settore sanitario e sociale, tra diversi professionisti nell'ottica di valorizzare il coordinamento e la collaborazione in contesti multidisciplinari, e tra soggetti istituzionali e non
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica.	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna CdS.
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura.
Favorire il protagonismo della comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati.

Presupposto necessario: la coerenza con il contesto

La condizione di base per un disegno progettuale è la coerenza con il contesto, la sua storia e i suoi valori, le sue risorse strutturali e ambientali, le reti sociali esistenti, le scelte organizzative legate alla viabilità, al lavoro, alle infrastrutture. Il contesto infatti non è una cornice per la Casa della Comunità, ma è parte del sistema di relazioni sociali che sottendono la vita quotidiana delle persone che abitano il territorio. Se si considera questo, è impossibile, come già detto, avere dei modelli astratti; servono piuttosto orientamenti e tracce per agire in modo coerente e

soprattutto orientato alla salute come valore trasversale unificante. Sebbene in un primo tempo la sperimentazione possa più facilmente riguardare luoghi del Paese "già pronti" per riflessione ed esperienze, è tuttavia fondamentale pensare il più presto possibile a impegni collegiali che moltiplichino sperimentazioni anche nei contesti più difficili, convinti come siamo che ogni territorio, anche quando parte da zero, ha il suo modo originale per rendere fattiva e sostenibile una Casa della Comunità.

Condizioni attuative: governance, strutture organizzative, sistemi informativi, budgeting, competenze

L'effettiva possibilità di attuare efficacemente il modello di Casa della Comunità proposta dipende dalla capacità del sistema di disegnare e implementare necessarie cornici istituzionali e organizzativi per gestire i processi decisionali e tecnico-attuativi, dalla disponibilità diffusa di sistemi informativi utili all'analisi e gestione, di strumenti di budgeting e dalla diffusione delle competenze di management di strutture territoriale di *civil engagement* che auspichiamo. A questo proposito, il presente documento delinea nella sua parte attuativa i profili e gli indirizzi di massima che questi assetti e strumenti potrebbero assumere.

Sui presupposti ricordati fin qui si può pensare a un progetto, ben sapendo che progettare significa "mettere le basi", anticipare un futuro possibile come condizione per la sua concretizzazione. Se ci poniamo nell'ottica del cambio di paradigma e se attiviamo tutte le risorse di lettura e conoscenza del contesto, la concretizzazione progettuale implica quattro dimensioni essenziali: informativa, organizzativa, formativa e valutativa.

5. Gli elementi abilitanti il progetto Casa della Comunità

Si può contare su diversi aspetti, quello tecnico e scientifico, quello normativo e quello esperienziale, senza tralasciare quello culturale che richiama una domanda sociale di salute che va oltre le semplici prestazioni per accompagnare scelte di vita che sono profondamente interconnesse.

- ⇒ **sul piano tecnico e scientifico** da anni l'OMS spinge gli Stati membri in questa direzione sollecitando impegni per una salute "come uno dei più efficaci e potenti indicatori dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni collettività" che "contribuisce a rendere i contesti di vita inclusivi, sicuri e resilienti per l'intera popolazione" (Shanghai 2016).
- ⇒ **dal punto di vista normativo** il sito ministeriale nel presentare la Casa della Salute a inizio del 2008 (a seguito del DM del 10 luglio 2007) ne recitava il ruolo in questi termini: "In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale". Sembra evidente una concezione della salute nella sua accezione più ampia che legittima uno stretto legame con la vita sociale del contesto di riferimento.

⇒ **sul versante delle esperienze** si fa riferimento sia al lavoro di questi anni delle Aziende Sanitarie che hanno dato vita a Case della Salute imperniate sui temi dei servizi sanitari ma con lodevoli eccezioni, sia ad alcune realtà non solo sanitarie che hanno condotto sulla base delle premesse del Manifesto "Salute bene comune - per una autentica casa della salute" progettazioni i cui risultati sono documentati; infine si richiama il laboratorio d ricerca/formazione condotto da Università Bocconi e Scuola Superiore S. Anna di Pisa con l'impegno di FIASO e Federsanità ANCI dal titolo emblematico, Community building, che sta coinvolgendo trenta realtà territoriali.

Norme, indicazioni internazionali, storia ed esperienze sono tutti elementi di base per intraprendere questo disegno che contiene in sé la scommessa possibile positiva del futuro, senza mai perdere la convinzione che una visione nuova e integrata di salute basata sulla comunità possa anche rappresentare una opportunità per la sostenibilità del sistema di welfare.

6. Governance della Casa della Comunità

Premessa indispensabile è rappresentata da una sorta di "patto istituzionale" chiaro tra Regione, AUSL e Enti locali/Comuni del territorio interessato alla sperimentazione nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa. Vanno specificati altresì i livelli della responsabilità attraverso cui si definiscono gli assetti istituzionali e organizzativi e il protagonismo della comunità

Esistono due livelli istituzionali sovraordinati alla Casa della Comunità - oltre a livello regionale che gioca un ruolo strategico nelle linee di indirizzo dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari - che ne definiscono le funzioni, gli assetti, le risorse, creando le condizioni all'interno delle quali possa generarsi efficacemente l'espressione della comunità e la sua interazione con i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

⇒ il primo livello è rappresentato dalla Conferenza dei Sindaci, dall'Azienda Sanitaria e da rappresentanti del Terzo Settore con funzioni di progettazione e governo. Al proposito ricordiamo che oggi nel SSN esistono 120 AUSL con una media di 500.000 residenti, quindi con delle dimensioni che devono essere opportunamente suddivise in ambiti zonali/distrettuali/sociali per poter permettere un effettivo lavoro di comunità, che richiede territori limitati e identificabili spazialmente e quantitativamente, nel rispetto delle diversità geografiche, storiche, economiche e sociali

⇒ un secondo livello è rappresentato dal distretto, che in media nazionale comprende ed è responsabile di un territorio di 100.000 abitanti, che potrebbe realisticamente avere al proprio interno 4/5 Case della Comunità, una più grande e ricca di prestazioni anche specialistiche, afferente al Comune più popoloso del distretto e 3/4 CdC più piccole nei territori decentrati. In capo a ogni distretto socio-sanitario opera la conferenza dei sindaci del territorio, che ha compiti di indirizzo e controllo, ma rappresentano anche la migliore garanzia di coordinare le attività sanitarie e socio-sanitarie del distretto con quelle socio-assistenziali degli enti locali. Le CdC, proprio per essere piena espressione

dei singoli territori, hanno dimensioni diverse tra di loro (grandi, piccole, medie) in base agli obiettivi specifici che perseguono e, quindi funzioni di servizio differenti tra di loro, mentre omogeneo devono rimanere i meccanismi di ingaggio ed espressione della comunità e il lavoro di valorizzazione e integrazione con le reti.

A sua volta, la Casa della Comunità si articola in diversi livelli di responsabilità e decisionali:

⇒ un primo livello è rappresentato dal comitato di coordinamento della Casa della Comunità, che utilmente potrebbe essere composto da 5 membri: un responsabile della Casa (nominato congiuntamente dal Sindaco Capo Distretto e dal direttore di Distretto) supportato da un rappresentante della comunità o delle reti sociali ingaggiate, da un rappresentante delle professioni sanitarie, da un rappresentante dei servizi sociali degli EEL, da un rappresentante delle istituzioni cooperanti (es. scuola, biblioteca, associazioni sportive, ecc.). La scelta di questi profili deve essere espressione del lavoro di Comunità, dove i singoli stakeholder individuano il proprio rappresentante in una logica di cooptazione concertata. Il comitato di coordinamento almeno due volte all'anno convoca una assemblea aperta con i cittadini per discutere la rendicontazione dei servizi e la programmazione delle attività. E' indispensabile, in questo livello, prevedere una risorsa professionale quale l'Agente di Comunità, con tre compiti da svolgere a supporto dei servizi e delle diverse Istituzioni in stretto rapporto con il board della Casa della Comunità: 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 secondo livello deve essere rappresentato dai contenitori tecnico-professionali, dove si dispiegano e organizzano le specifiche competenze disciplinari, affinché si applichino sempre le migliori evidenze scientifiche, sia in ambito sociale, sia in quello assistenziale e in quello sanitario, permettendo a tutti gli operatori di essere costantemente aggiornati e di discutere e apprendere anche dalle evidenze generate nel proprio territorio. I contenitori tecnico professionali possono avere valenza dipartimentale, aziendale o distrettuale. A livello di CdC deve operare un meccanismo di organizzazione professionale di II livello basato su logiche multidisciplinari integrate, capaci di generare interfaccia professionali unitarie, efficaci nel coordinamento tecnico-professionale, nel leggere i dati del contesto e programmare l'azione locale, adatte a svolgere il lavoro di comunità e di valorizzazione delle reti sociali.

⇒ un terzo livello può essere rappresentato dalla Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali (CdC, servizi sociali degli EELL, scuola, ASP/Fondazioni, biblioteche, ecc.) che identificano la CdC come luogo di concertazione e programmazione operativa integrata, potendo confrontarsi con la comunità e le sue reti sociali esistenti o generabili.

Gli stakeholder della Casa della Comunità e la sua governance

- **I LIVELLO Comitato di Coordinamento:** 5 membri: 1 responsabile della Casa della Comunità, 1 rappresentante delle professioni sanitarie, 1 rappresentante dei servizi sociali degli EEL, 1 rappresentante delle istituzioni cooperanti, 1 rappresentante delle reti sociali
- **II LIVELLO Contenitori tecnico-professionali**
- **III LIVELLO Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali**

7. Ruoli e funzioni complementari tra distretto e Casa della Comunità

Affinché la missione della CdC sia ben identificata è utile leggere le sue funzioni in modo coordinato a quelle del distretto socio-sanitario, che definisce strategicamente gli obiettivi di salute della CdC in linea con la programmazione aziendale e coerentemente con l'analisi dei bisogni locali.

Il distretto socio-sanitario rappresenta il dispositivo organizzativo in cui:

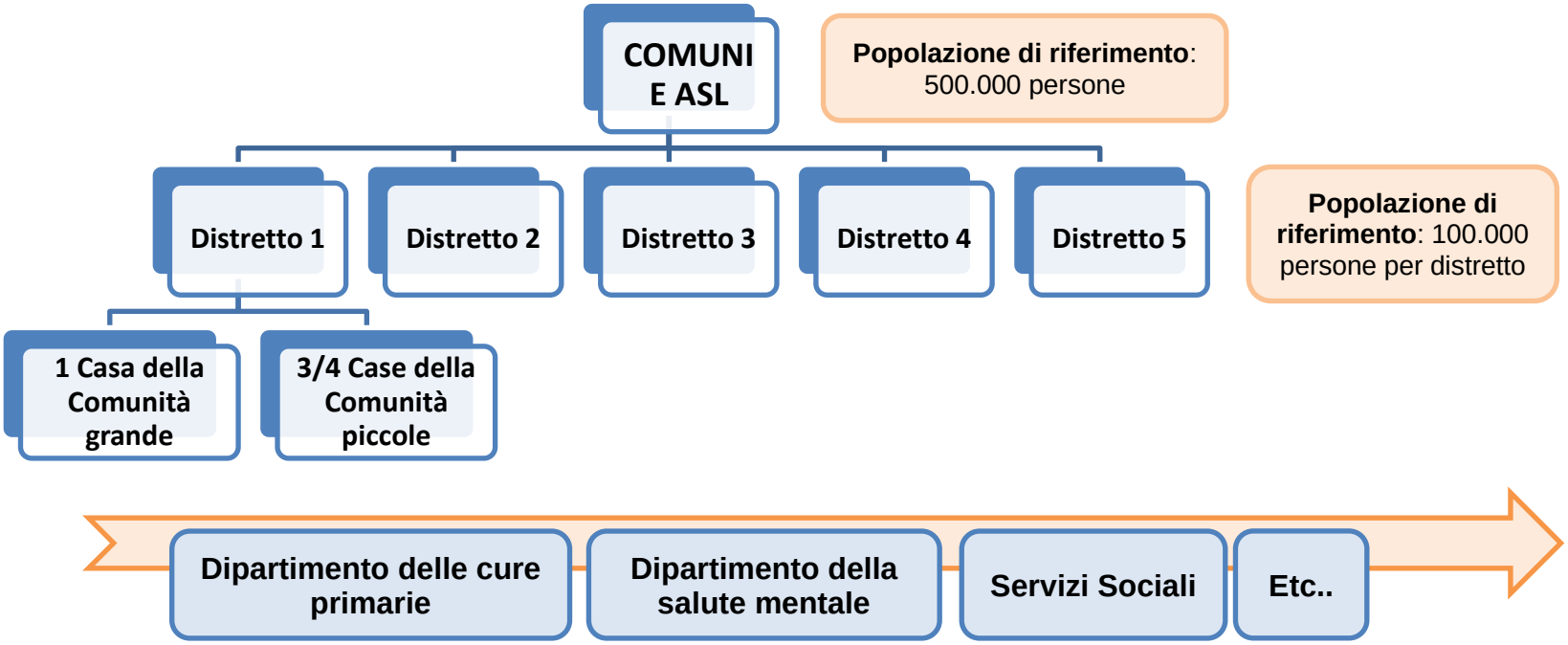
- si integrano le risorse sanitarie con quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali (pooling delle risorse); partendo dal profilo di comunità integrato dove si enucleano risorse e bisogni
- si definisce la programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale integrata grazie alla concertazione tra i rappresentanti degli EELL e il direttore del distretto, sentiti gli stakeholder rilevanti del territorio compresa la CdC;
- si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie alle CdC;
- si definiscono gli obiettivi attesi dai servizi delle CdC.

All'interno della programmazione del distretto la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge cinque funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi.
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo di integrazione delle risorse informali e formali della comunità che vengono aggregate alle risorse formale dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni;

- è il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle antenne e dalle reti sociali.

Organigramma ideal-tipico dei Distretti e Case della Comunità nella realtà media del SSN



8. I sistemi informativi a supporto delle decisioni della comunità

Si tratta di costruire un profilo di comunità che sia frutto di una diversa epidemiologia di cittadinanza, ovvero di una narrazione delle potenzialità che il territorio esprime oltre le architetture istituzionali. Ciò appare essenziale per elaborare percorsi dal basso, dove le persone e la loro libertà si possano esprimere in una dimensione integrata di diritti e doveri. Nessuno ha la mappa del territorio a disposizione, ma certo essa è fattibile se nell'elaborarla non si confonde la domanda con i bisogni e le risorse con i finanziamenti nazionali e locali. Inoltre la mappa non si identifica totalmente con il territorio per cui è necessario costruire le condizioni per una osservazione dal di dentro, avvalendosi del maggior numero di prospettive possibili e sollecitando i diversi contributi a fare sintesi nella chiave della salute globale. Le informazioni sono patrimonio collettivo sia nella loro produzione che nel loro utilizzo e perciò tutti contribuiscono a costruire il profilo di comunità.

Nelle Case della Comunità è previsto il PUA (punto di accoglienza e non solo di accesso formale) cui dovrebbe essere affidato un compito di raccolta delle informazioni e di sintesi locale. È espressione concreta dell'"andare verso" e del "cercare chi non arriva" e perciò la mentalità che lo guida è quella del valore d'uso dell'informazione, del suo contributo effettivo ai processi dell'avere cura.

Tre attenzioni possono animare la dimensione informativa:

- le informazioni debbono essere patrimonio della comunità perché base delle scelte e dei processi valutativi;
- occorre una forte integrazione con i sistemi informativi generali per pesare le informazioni raccolte localmente ed evitare autoreferenzialità;
- tutto il patrimonio informativo deve potersi avvalere di strumenti digitali, facili da utilizzare e particolarmente fruibili da specifiche fasce di popolazione, ad esempio quelle giovanili che vanno aiutate a desumere dalle informazioni alcuni comportamenti virtuosi da seguire.

Siccome in una media AUSL da 500.000 abitanti del paese vi sono indicativamente 5 distretti, di norma ognuno con 3/4 CdC, risulta ragionevole sviluppare centralmente competenze per lo sviluppo e l'alimentazione del sistema informativo, che ricomprenda dati sanitari, socio-sanitari e sociali, anche valorizzando e integrando l'enorme patrimonio di big data oggi disponibili nelle banche date degli enti locali, dell'INPS e delle aziende del SSN.

Il servizio centrale deve:

- mettere a disposizione in modo permanente e strutturato (logica del repository centrale, navigabile dalla periferia) le informazioni in formati fruibili e rielaborabili a tutte le CdC dell'azienda,
- predisporre i format affinché i dati istituzionali possano essere aggregati alle informazioni locali garantire dalle antenne delle reti sociali e dalle conoscenze degli operatori locali;
- offrire strumenti semplici di rielaborazione delle informazioni a livello di singola CdC, per valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative locale dei professionisti.

9. La dimensione organizzativa della Casa della Comunità

Comprende gli aspetti strutturali e la definizione dei processi di lavoro dove sono evidenziati gli obiettivi, le risorse e gli strumenti, i tempi e le modalità concrete di esercizio. Si sottolineano sette necessarie attenzioni:

- **una gestione sociale definita e autonoma**. Nel pieno rispetto delle prerogative di ogni istituzione, occorre che una gestione sociale definita e autonoma sia affidata a un comitato di coordinamento rappresentativo di tutte le componenti della CdC, come sopra delineato, responsabile sia nel coordinare la programmazione, sia nel definire le forme concrete di rendicontazione alle istituzioni e alla comunità. È importante che tale comitato sia capace di avvalersi in modo autentico e proficuo di un forum multi-stakeholder che rappresenta tutte le diverse anime e le forze della comunità. Tutte le rappresentanze sociali sono attivate e la direzione (ovviamente non degli aspetti tecnici di ciascuna istituzione o servizio) può essere garantita attraverso forme elettive, previa definizione dei requisiti per la funzione e disporre di una responsabilità formale riconosciuta come trasversale. Tale funzione sarà affiancata da un'assemblea dove sono presenti tutte le istanze sociali che contribuiscono alla salute e al welfare di comunità; la sua definizione sarà data in sede istituzionale dalle diverse forme rappresentative dirette (consiglio comunale e altre forme). La Casa della Comunità diventa in questo modo soggetto politico perché si pone in prima fila nel contrastare le marginalità e la povertà, nel garantire uguaglianza ed equità (a risorse trasparenti e definite), nel coniugare diritti e doveri oltre che garantirli.

- **la struttura/contenitore.** È importante che ve ne sia una identificata come simbolica della Casa della Comunità anche perché concretizza relazioni garantendo spazi e forme di incontro e di scambio. Prevale l'idea che le tradizionali "case della salute" possano essere la prima risorsa per avviare questo processo, avvalendosi già di una buona presenza di servizi sanitari, sociali e di accoglienza, ma è implicito che non va posto freno alla fantasia nell'individuazione di luoghi significativi per la comunità, che possono essere messi in rete tra di loro, generando una CdC diffusa e socialmente penetrante. Gli elementi che definiscono il senso di una scelta possono essere il radicamento sociale degli spazi messi in rete e il conseguente riconoscimento di luogo di prossimità, la fruibilità di spazi per le attività di incontro e di scambio progettuale tra i diversi segmenti di servizio, uno spazio adeguato per l'accoglienza (che è servizio essenziale e non semplice snodo organizzativo) e la gestione delle reti informative, comprese le reti di telemedicina e altre modalità di garanzia per le persone, soprattutto quelle fragili, in una chiara ottica di deistituzionalizzazione e di valorizzazione di tutti gli interventi al domicilio. Grande rilevanza va attribuita agli strumenti digitali di connessione tra i servizi e tra i professionisti coinvolti nelle progettualità della CdC, tra i membri della comunità, sia come strumento contemporaneo di amicizia e supporto reciproche tra le persone, sia come infrastruttura che permette il coordinamento delle reti sociali, sia come piattaforma di dialogo democratico tra cittadini e istituzioni o luogo virtuale di co-progettazione dei servizi tra utenti e professionisti. Non è quindi detto che il primo o il più importante luogo della Casa della Comunità sia una struttura fisica o un edificio dell'istituzione pubblica, benché il responsabile organizzativo della struttura sia opportunamente un dipendente della amministrazione pubblica. I luoghi di incontro o di servizio

possono essere digitali o di proprietà privata, ma messi a disposizione per finalità collettive. Tema centrale rimane sempre la governance e le forme concrete attraverso cui si garantisce il raggiungimento delle finalità di inclusione sociale e salute.

- **le componenti di servizio.** Molto dipende dalle scelte delle diverse comunità e non necessariamente deve essere raccolto in un unico luogo tutto ciò che attiene la salute. E' pur vero che certi contenuti diventano importanti e imprescindibili come alcuni servizi sanitari e sociali, spazi per la gestione delle attività di assistenza e cura, luoghi per l'incontro e lo scambio di opportunità concrete per il volontariato. Una vera Casa della comunità include progettualmente una serie di luoghi fisicamente dislocati nella città e messi in rete tra di loro, deputati all'accoglienza e cura di anziani, disabili fisici e mentali, soggetti vulnerabili (istituti, centri diurni, luoghi di ritrovo). Garantisce domiciliarità nelle sue diverse espressioni, persino quando un domicilio fisico non c'è e il cittadino va incontrato sulla strada o in un luogo degradato e fatiscente. Si pensa a spazi dove non solo sia presente lo sportello ben collegato alla rete della molteplicità delle offerte (CUP, SAUB, patronati) e alle istituzioni, ma anche forme di socializzazione (convivialità, attività ricreative).
- **reti e alleanze strategiche tra le istituzioni, professionisti e comunità.** Questo è il discrimine per una Casa della Comunità che sa affrontare i problemi in modo unitario e globale. Senza che vi sia la necessità di un unico riferimento normativo e istituzionale, ciò che definisce priorità, criteri e metodologie di lavoro per i diversi contributi specialistici è la lettura dei bisogni e delle risorse mettendo al centro dell'azione professionale l'avere cura della persona nella sua globalità e nella sua unità di valori, attese, storia, "carenze" e reti sociali. Non è sufficiente l'integrazione di cose diverse per dire che un'alleanza è strategica: appare indispensabile riferirsi a valori comuni che definiscano i contributi e ricerchino complementarietà necessarie, basandosi su informazioni condivise e chiavi di lettura omogenee. La concretezza di questa integrazione è garantita da figure che sanno compiere valutazioni multidimensionali e assumere capacità globale di coordinamento di tutti gli apporti che contribuiscono a un determinato percorso di cura, ovvero degli "operatori di riferimento" (detti case manager) che ben conoscono la visione della Casa della Comunità, che riconoscono il valore di tutti gli apporti da armonizzare tra loro e il ruolo essenziale del Sindaco nella responsabilità per la salute di tutti, in un costante confronto concertativo con la comunità, le reti sociali, gli utenti.

10. Le diverse funzioni di coordinamento e ruoli di responsabilità nella Casa della Comunità.

Nella comunità di riferimento servono professionisti dedicati e competenti a costruire le connessioni di sistema tra istituzioni e reti sociali (community networker), attraverso la capacità di leggere il contesto locale, cogliendo opportunità e limiti, elaborando in modo partecipato strategie di sviluppo di comunità coerenti con le scelte strategiche regionali e locali, contribuendo a definire le azioni e offrire elementi di valutazione dei processi sociali e dei cambiamenti. Il risultato di un governo così pensato consiste nel mantenere vivo il capitale sociale delle comunità anche in presenza di elementi di instabilità che si registrano oggi con la mobilità territoriale, lavorativa e di interessi culturali. Tali figure (non un part-time o un soggetto che deve ritagliare questo ruolo tra altre responsabilità) hanno un riferimento Istituzionale sovraordinato nella CdC anche se di volta in volta possono risultare incardinati in una specifica istituzione o convenzione professionale.

Il responsabile della CdC dovrebbe poter garantire il coordinamento tra le diverse funzioni specialistiche sulla base dei piani annuali di lavoro che emergeranno dalla programmazione locale integrata.
A questi due livelli generalisti, si aggiungono i responsabili o coordinatori dei singoli servizi o ambiti di competenza specialistica.

In sintesi si prevede una triplice ingaggio per funzioni di coordinamento e responsabilità: quella specifica di ogni struttura di servizio (poliambulatorio, scuola, assistenza sociale …), quella del responsabile Casa della Comunità e quella dell'agente di comunità che conosce, valorizza e rafforza il funzionamento delle reti sociali.

È importante sottolineare che il SSN ha perso negli ultimi anni la capacità di formare e motivare una nuova leva, quantitativamente significativa, di quadri e dirigenti dei servizi territoriali. Inoltre l'età media dei responsabili dei distretti e dei dipartimenti delle cure primarie è molto elevata, senza un preciso ricambio generazionale programmato. Inoltre, le competenze sin qui sviluppate, sono risultate scarsamente efficaci per una gestione ordinata dei servizi territoriali tradizionali. Una evoluzione nella direzione qui delineata richiede nuove competenze distintive aggiuntive, per lo meno nella direzione del community engagement, nella capacità di raccogliere e sistematizzare informazioni su bisogni e risorse rilevate da antenne sociali, sulla capacità di leggere i gap locali tra bisogni e risorse formali e informali, nell'attitudine a individuare le reti sociali rilevanti e a integrarle con le logiche dei servizi istituzionali. Questo significa definire un piano nazionale o 21 piani regionali di sviluppo delle competenze, in parte stimolando e supportando il saper fare dei professionisti già presenti nel SSN, in parte selezionandone e formandone dei nuovi. A titolo esemplificativo segnaliamo che per l'intero SSN servono 600 direttori di distretto, 600 direttori delle cure primarie, 1800 responsabili delle CdC, 1800 agenti di comunità (community networker), motivati e preparati con competenze specifiche e distintive.

- **un bilancio/budget di comunità unitario.** Al di là delle competenze di ruolo assegnate dalle norme, vi è la necessità di mettere in comune le risorse finanziarie del sanitario e del sociale/assistenziale, ma anche le risorse formali e informali delle reti sociali localmente presenti o attivabili. Queste ultime riguardano la gestione del territorio, della cultura e del tempo libero e coinvolgono l'insieme delle risorse strutturali, umane e sociali, sia organizzate che informali, del pubblico e del privato presenti nella comunità. Le mappe/profili di comunità basate sull'epidemiologia di cittadinanza e quindi capaci di descrivere bisogni e risorse, sono la precondizione per parlare di sostenibilità, ben sapendo che questa non nasce dalla sommatoria ma da una visione unitaria da cui peraltro possono emergere risorse inedite e non identificate prima. I bilanci per la salute comunitaria sono strumento indispensabile per il successo delle Case della Comunità. Le forme concrete della sua gestione sono affidate, secondo le specificità di contesto, al Comune e all'Azienda Sanitaria, e gli aspetti di controllo competono alla Corte dei Conti, trattandosi di fondi pubblici (SSN,COMUNI), ma poiché una vera Casa della Comunità si avvale di molte variegate risorse (anche di capitale umano e sociale!), vi è un "controllo" dell'utilizzo delle risorse complessive che deve poter rimanere in seno alla comunità direttamente e attraverso le proprie rappresentanze significative.

  Il budget di comunità è il riferimento per la definizione **dei budget di salute personalizzati** che costituiscono lo strumento indispensabile nei processi di cura

  Similmente ai SI, anche nella funzione di programmazione e controllo è indispensabile un servizio centrale capace di supportare i processi di analisi e decisione delle singole CdC. Gli strumenti operativi e la prima alimentazione dei dati istituzionali deve essere messa disposizione da un servizio centrale dedicato. Gli strumenti operativi devono permettere il pooling tra le risorse formali istituzionali e quelle delle reti sociali, in modo che possano poi essere popolate dagli operatori della CdC, soprattutto per decidere le priorità d'azione. Il consumo progressivo del budget di risorse (sia quelle istituzionali, sia quelle sociali) deve costituire un set di informazioni messe a disposizione della CdC da parte de servizio centrale, affinché l'UO periferica possa sempre sapere, in corso d'anno, a che punto si trova nel consumo delle risorse, s per evitare sopra e sott spending.
- **Mappatura, selezione e connessione con le reti sociali definendo contributi e ricompense**. La nuova e principale funzione che le CdC devono sviluppare e agire è la capacità di mappare le reti sociali esistenti o che potenzialmente possono essere alimentate ed enucleate, per classificarle e scegliere quelle da ingaggiare perché rilevanti per alcuni interessi collettivi. A questo proposito bisogna imparare a identificare le diverse culture delle reti sociali esistenti, per relazionarsi ad ognuna di esse con l'approccio coerente. L'obiettivo è ingaggiarle e sostenerle per attività di inclusione sociale, di scounting dei bisogni, di adocacy e diffusione di consapevolezza o per il supporto all'erogazione di servizi. A questo proposito è necessario individuare profili di scambio tra contributi delle reti sociali agli obiettivi collettivi e il riconoscimento simbolico, morale o materiale che le istituzioni pubbliche possono garantire loro.

11. Processi di change management per la realizzazione del progetto

Le organizzazioni camminano con le gambe delle persone che la abitano e la rendono concreta. Poiché qui si richiede a operatori e istituzioni non già una buona realizzazione organizzativa ma un vero e proprio salto di paradigma, “abbiamo bisogno di un pensiero che cerchi di riunire e organizzare le componenti (biologiche, culturali, sociali, individuali) della complessità umana e di iniettare gli approcci scientifici nell’antropologia”. (E. Morin, L’identità umana Cortina 2002 pag18.). Non si va da nessuna parte se non si mette mano a percorsi che accompagnino il cambiamento di prospettiva e l’acquisizione di nuove forme di lavoro. Si richiede una formazione che, ancora una volta, coinvolga tutti: cittadini, soggetti sociali organizzati, dirigenza e politica, professionisti. Forniamo solo tre esempi di obiettivi formativi per capire la portata di questa dimensione del lavoro: il cittadino non è consumatore ma protagonista del suo disegno di salute laddove questa è bene comune; le reti di welfare sono patrimonio collettivo e sottendono la responsabilità sociale che è partecipazione ma anche reciprocità e solidarietà; lo spazio sociale del volontariato va ripensato come parte integrante di welfare di comunità: non certo un ruolo di testimoni ma parte integrante del disegno di salute vissuto come bene comune.

La conseguenza sui professionisti è un nuovo equilibrio tra le competenze recuperando accanto a quelle tecnico-specialistiche, certo indispensabili, altre competenze come l’adottare una visione di sistema e agire in una logica processuale, l’essere orientati al risultato e non alla prestazione, il saper ascoltare, il condividere e gestire emozioni, lo sviluppo di opportunità di empowerment, il lavorare in squadra ed essere orientati all’innovazione e al cambiamento, il garantire la circolazione delle informazioni e la capacità di valutare il proprio lavoro.

Il metodo di tale formazione alla complessità non è di secondaria importanza e va legato all’esperienza organizzativa e professionale attraverso la proposta di percorsi formativi comuni tra tecnici e soggetti della comunità, partendo dai casi concreti con sistemi di audit, utilizzando percorsi di valutazione e i risultati di salute ottenuti. Figure formali e informali, amministrativi e dediti al lavoro relazionale propriamente detto, volontari e stipendiati, dirigenti e consulenti: tutti coinvolti nel raggiungimento di un risultato di salute condiviso e dunque tutti destinatari di una formazione approfondita. Uno dei temi fondamentali sarà la condivisione delle informazioni utili al profilo di comunità e alla sua alimentazione permanente. Una rigorosa formazione alla complessità è la premessa per il lavoro di squadra, per la definizione di processi di lavoro condivisi e per la formalizzazione dei criteri di verifica e valutazione.

12. Valutare le performance e gli impatti della Casa della Comunità

La valutazione è l'elemento fondamentale di ogni progetto per non "rischiare di trovarci altrove e non accorgerci" (Benjamin). Il significato e i criteri per la valutazione, nonché gli elementi da valutare, sono variabili dipendenti dalle mete e dai valori che le hanno guidate. Poiché il suo significato ultimo rimane comunque la misura dello stato di salute delle comunità e delle persone che la abitano, la valutazione dovrebbe connettere tra loro i diversi aspetti dell'agire sociale, istituzionale e organizzativo e fornire elementi di comprensione dei fenomeni che influenzano il connubio salute/malattia della comunità. La valutazione deve aiutare a leggere gli elementi di novità e di miglioramento che scaturiscono dall'agire.
Costruire connessioni profonde tra pensiero e azione ma anche tra soggetti diversi che osservano criticamente il loro operato, garantisce un effetto importante sui diversi attori professionali, sociali e politici: permette di ridefinire il senso profondo dell'azione specifica, motivandone impegno e partecipazione.
È importante che il processo di valutazione nasca da una concertazione tra distretto e CdC nella definizione degli obiettivi, alla luce delle risorse assegnate dal distretto alle diverse CdC, ma anche delle risorse informali che ogni CdC è in grado di attivare, in funzione del capitale sociale disponibile in ogni territorio.
La valutazione dei risultati raggiunti, l'analisi delle convergenze o divergenze rispetto agli obiettivi pattuiti, deve prima di tutto essere svolto da un servizio esterno alle singole CdC. Successivamente queste valutazioni devono essere discusse dagli operatori della singola CdC, ma anche dalla comunità del territorio, in dialogo con i dirigenti della CdC, come opportunità di apprendimento locale sulle determinanti dei successi/insuccessi.
La valutazione deve includere la definizione di indicatori che misurino i risultati raggiunti nelle diverse funzioni che la CdC deve svolgere e rispetto agli obiettivi delle proprie progettualità concordate con la comunità, ma deve prevedere meccanismi per raccogliere l'esperienza delle persone che fruiscono dei servizi della CdC e delle reti sociali che vengono attivate e coinvolte nella progettualità della CdC. In questo senso, accanto ai sistemi classi di valutazione degli obiettivi, devono essere implementati sistemi di rilevazione dell'esperienza degli utenti, sia con riferimento al percorso assistenziale, sia con riferimento ai professionisti e al contesto della casa della comunità nel suo complesso.
Gli indicatori di performance che si propongono sono orientati alla valutazione degli esiti sociali, assistenziali e sanitari e agli impatti della Casa della Comunità. Si sono volutamente evitati indicatori di processo, che possano concentrare l'attenzione sulla progettazione dei servizi, invece che sui loro impatti sulla comunità e sulle persone, che deve diventare il vero faro valoriale della Casa della Comunità.

Le diverse prospettive della valutazione degli esiti della Casa della Comunità

DIMENSIONI (x6)	OBIETTIVI di COMMUNITY BUILDING	OBIETTIVI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	OBIETTIVI SANITARI
Andare verso	-Numero di reti sociali messe integrate con il sistema di welfare -Numero di persone coinvolte nelle reti ingaggiate	-% di persone in condizioni di LTC arruolate in programmi di case management// totale bisogno (incidenza) -% di persone in condizioni di LTC arruolate in programmi di case management// totale bisogno (prevalenza)	-% di pazienti cronici reclutati con PAI//totale bisogno (incidenza) -% di pazienti cronici reclutati con PAI//totale bisogno (prevalenza)
Cercare chi non arriva	-Numero di utenti reclutati dalle reti sociali//totale utenti -Numero di utenti inseriti proattivamente in reti sociali	-% di utenti reclutati attraverso programmi di welfare di iniziativa//totale bisogno -tasso di accesso ai servizi e percorsi per titolo di studio e cittadinanza	-% di utenti reclutati attraverso programmi di medicina di iniziativa//totale bisogno -tasso di accesso ai servizi e percorsi per titolo di studio e cittadinanza
Sviluppare un'azione condivisa di salute	-Numero di reti e persone coinvolte nei processi di audit civico e progettazione servizi//tot. Popolazione -% processi di audit civico e progettazione in cui sono coinvolti enti del terzo settore//totale	-% di pooling di budget sociale e sanitario -% di servizi sociali che sono stati co-disegnati da utenti o comunità -% di utenti che lasciano feedback sistematici sui servizi	-% di servizi sanitari che sono stati co-disegnati da utenti o comunità -% di utenti che lasciano feedback sistematici sui servizi - % utenti di utenti che riferiscono di essere seguiti da team multidisciplinare
Rendere operativa sostenibilità tecnica, sociale, economica	-% di risorse sociali integrate con sistema di welfare - % risorse comunitarie attratte (anche non istituzionali)	-% di utenti con PAI integrato sociale e sanitario -% di utenti con accesso da gate unico - % utenti in carico con PAI rivalutato - % utenti di utenti i cui professionisti condividono le informazioni sociosanitarie	-% di pazienti con PAI basato su EBM - % utenti in carico con PAI rivalutato - % utenti in carico con telemedicina - % utenti di utenti i cui professionisti condividono le informazioni sociosanitarie
Favorire il protagonismo della persona	-% di cittadini informati sulle reti sociali attive (es. accessi web) -% di cittadini informati sulle reti del welfare (es. accessi web)	-% di informazioni su utente raccolte attraverso la sua co-production/device personale -% di utenti che hanno co-progettato il proprio piano assistenziale (o loro	-% di pazienti di cui si controlla la compliance -% di pazienti che compilano on line PREMs e PROMs - % pazienti che sono soddisfatti

		caregiver) -% di pazienti che compilano on line PREMs e PROMs - % pazienti che sono soddisfatti dell'assistenza ricevuta	dell'assistenza ricevuta
Favorire il protagonismo della comunità	-% di servizi sociali garantiti dalle reti di comunità//totale azione welfare -Indicatori di crescita del capitale sociale locale - % di enti del terzo settore attivi nei vari percorsi assistenziali	-% di utenti reclutati inseriti in programmi/attività sociali di gruppo o di comunità - % utenti soddisfatti del coinvolgimento comunitario	- % attività active ageing di gruppo su totale attività -% di pazienti reclutati inseriti in programmi/attività sanitarie di gruppo - % utenti soddisfatti del coinvolgimento comunitario

13. Conclusioni

Si tratta di frammenti per un disegno di cambiamento e sviluppo. La complessità non permette di andare oltre a meno di voler semplificare il disegno stesso riducendolo, come già detto, a mere scelte di architettura organizzativa, importanti ma almeno da questo punto di vista strumentali. Nel dare forma concreta alle idee, non si può perdere di vista alcuno di questi elementi. L'operatività sa far emergere limiti e potenzialità utili ad accompagnare lo sviluppo di un welfare di comunità dove questa sia davvero protagonista.

N.B. I due allegati che integrano la presentazione del progetto, lungi dal voler precostituire un "modello" (cosa impossibile data l'eterogeneità dei contesti), vogliono piuttosto offrire elementi di attenzione per la organizzazione, la gestione, la logistica e per la progettazione concreta di nuove strutture, ben sapendo che in molti casi si tratterà di partire dall'esistente. Quanto riportato negli allegati di seguito non sono indicazioni prescrittive, ma si tratta soltanto di spunti, perché i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali necessari sono determinanti in base agli obiettivi, alle progettualità ed ai percorsi definiti dalle singole CdC.

- Il primo allegato (tracce organizzative) vuole offrire spunti concreti per dare forma ad una Casa della Comunità, ponendo l'accento sulle questioni del governo e dell'attenzione alle fragilità. Ricordando come informazione, organizzazione, formazione e valutazione sono profondamente intrecciate.

- Nel secondo allegato (aspetti logistico -strutturali) le opportunità di investimento si incontrano con le storie delle diverse comunità e le risorse strutturali esistenti; ciò che preme sottolineare è la necessità di considerare tutti gli aspetti delle diverse aree (accoglienza, prevenzione e formazione, area sociale, area socio-sanitaria, area cure primarie, area specialistica clinica, area servizi generali e area "pubblica").

ALLEGATO A

TRACCE ORGANIZZATIVE PER CASA DELLA COMUNITA'

Fattori progettuali	Elementi di riferimento	Contenuti	Note
fattibilità	**norme**	• Decreto Ministeriale del 10 luglio 2007 dove si definiscono le Case della Salute • Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 (decreto Balduzzi) • varie direttive regionali (Emilia Romagna, Piemonte, Toscana) che recepiscono la norma e organizzano Case della Salute • Recovery Plan che individua le Case della Comunità	
	indicazioni internazionali	• OMS, Alma Ata, 1978 • OMS, Octawa, 1986 • OMS, Shanghai, 2016 • ONU, 17 obiettivi verso il 2030	
	esperienze	• il percorso del "Gruppo interregionale" sintetizzato nel libro "La salute cerca casa" a cura di Landra, Prandi, Ravazzini edito da Derive e Approdi, Roma • il laboratorio Bocconi - S. Anna di Pisa con FIASO e ANCI Federsanità "Community building" con 30 Aziende Sanitarie coinvolte e altrettante realtà di terzo settore • esperienze diverse che coniugano sperimentazione e ricerca (come quella svolta nel quartiere Le Piagge di Firenze o a Castelfiorentino)	Portare le molte esperienze nazionali e internazionali dentro un dibattito di questa portata è uno degli obiettivi più importanti dell'Associazione Prima la Comunità, per approfondire la riflessione e per valorizzare gli elementi positivi già in atto.
Informazione	**punti informativi della comunità**	• URP comunali • reti delle associazioni di volontariato e strutture informative promosse dalle diverse istituzioni (scuola, sindacato, ufficio del lavoro, ecc.) • cittadini esperti • agenti di comunità • Punto Unico di Accesso (PUA) sociale e sanitario meglio detto Punto Unico di Accoglienza/Ascolto • CUP, SAUB …. • singoli professionisti che nello svolgere la loro prestazione incontrano una persona e ne colgono aspetti rilevanti per la salute	Elemento cruciale del sistema è la semplificazione dei percorsi di accesso. Sono auspicabili pratiche integrate di accoglienza per cui la persona viene ascoltata e considerata globalmente, qualunque sia il punto di incontro nella rete.

	sistemi informativi generali delle diverse istituzioni	• Uffici Anagrafe dei comuni, Asl, Inps, Inail • mercato del lavoro • scuola • telemedicina • piattaforme informatiche rivolte a fasce specifiche di popolazione (i social dei giovani o il telesoccorso degli anziani)	Collegarsi alle diverse basi informative diventa essenziale sia per dare un valore di riferimento ai fenomeni sia per avviare forme di analisi comparate. In particolare gli strumenti informativi rivolti a specifiche fasce d'età sono essenziali perché favoriscono le connessioni tra servizi e istituzioni, permettono di intercettare fasce abituate ad essere coinvolte con un linguaggio mirato (i giovani o gli adolescenti ad esempio), favoriscono lo sviluppo di attività collettive tra cittadini con problematiche comuni.
Organizzazione	**una sede (legata al contesto ed alla sua storia)**	• le attuali sedi dei servizi sanitari • le sedi nuove con definizione polivalente • le vecchie sedi (di Comune, Case protette, Croci, ecc.)	E' indubbio che le sedi pubbliche siano più diffuse e quindi disponibili ma non si esclude che possano essere possibili anche altre soluzioni, sempre nell'ottica di una governance pubblica e trasparente.
	la rete	• scuola • biblioteca • servizi comunali • associazioni • centri sociali • patronati • parrocchie ecc.	
	contenuti sociali e sanitari	• servizi sanitari di base (MMG, PdLS, CA …) • salute mentale • consultorio • servizi specialistici (es. cardiologia, oculistica, ORL, odontoiatria, altri da definire) • assistenza infermieristica di famiglia e comunità • centro prelievi • fisioterapia con la palestra • Centro di Prenotazione Unico (CUP) • servizio sociale • servizi domiciliari di base • farmacie e parafarmacie	L'articolazione dei servizi da collocare nelle Case della Comunità è determinata sulla base delle evidenze demografiche ed epidemiologiche e dei criteri di accessibilità. E' data dall'insieme delle sedi e delle reti. Non è detto che tutti i servizi a contenuto socio-sanitario siano collocati nella stessa sede: essi potranno essere ubicati in sedi decentrate purché il governo rimanga unitario.

	contenuti di comunità	• sedi di associazioni di volontariato • forme organizzate di promozione della salute (gruppi di cammino, reti città sane, ecc.) • luoghi dedicati all'incontro, al lavoro di gruppo, alla comunicazione tra servizi per la formazione e la valutazione delle competenze lavorative	Si possono prevedere spazi modulari sia dentro la sede principale che distribuiti sul territorio. Un'attenzione particolare va data sia agli spazi per l'incontro interprofessionale, per gli audit e le verifiche del lavoro, sia allo spazio per la partecipazione istituzionale dove ad esempio avviene la periodica assemblea della Casa della Comunità. Si sottolinea che il lavoro interdisciplinare e interistituzionale deve essere la norma per garantire sia la lettura dei problemi che la valorizzazione delle risorse e il ruolo di figure come il *case manager* è cruciale per accompagnare scelte di intervento multidisciplinari.
	spazi per la partecipazione	• il PUA per l'accoglienza come spazio polivalente (reception, sala di incontro, luoghi per i colloqui) • spazi per incontri e assemblee (compresa quella della governance che definisce piani di salute e budget di salute) • luoghi modulari per eventi, attività ludiche, attività culturali (compreso uno spazio biblioteca)	Il termine "accoglienza" indica una dimensione anche terapeutica e non è solo uno spazio per le domande.
	***governance* e responsabilità**	1. una governance istituzionale in capo all'Ente Locale e alla Azienda Sanitaria con il contributo dei diversi soggetti istituzionali (sociale, scuola, cultura, lavoro…) ciascuno con la sua organizzazione specifica; 2. una responsabilità complessiva della "Casa della Comunità" che si esprime nel Budget di comunità e nella ricerca delle connessioni avvalendosi di un Consiglio che comprende le rappresentanze sociali. È coadiuvato da una figura tecnica che svolge il ruolo di connettore: l'agente di comunità. 3. la partecipazione della comunità con modalità da definire ma comunque basate sui principi della democrazia diretta	Si tratta di un passaggio cruciale e non formale nel senso che si deve poter distinguere in modo preciso le funzioni settoriali e quelle di sistema dando forza a queste ultime come condizione di efficacia sulla intera comunità. Si tratta anche di avere tra gli indicatori di verifica quelli della coesione sociale che aumenta e quelli altrettanto importanti della sostenibilità nel senso di capacità di valorizzazione di tutte le risorse e competenze, sia quelle tecnico-specialistiche (in una logica di rete) che quelle della comunità. In questo senso è fondamentale la figura dell'"agente di comunità"
	spazi per la gestione	• sede della dirigenza della Casa della Comunità • sede dell'agente di comunità, ovvero il facilitatore dei processi di pensiero, coesione e sviluppo • uffici amministrativi e di coordinamento generale • attività "informatica" • archivio ecc …	Chiarito che si tratta di un governo del sistema di offerta di welfare (piani per la salute e budget di comunità) che è altro dalla responsabilità dei singoli segmenti (come ad esempio la sanità), è da prevedere un forte ruolo di coordinamento complessivo che connette i diversi apporti e dispone di una assemblea che permetta la partecipazione dei cittadini a tutte le fasi della programmazione, con una responsabilità definita che risponda all'Ente Locale.

	spazi per le fragilità, per gli anziani e per i disabili	• La Casa della Comunità coordina piccole strutture pubbliche e/o private per anziani e disabili che valorizzano la residenzialità protetta e l'intervento domiciliare, sempre con reti fortemente integrate e distribuite sul territorio. • Le Case Protette e le Residenze Sociali per gli anziani e per i disabili sono forme di domiciliarità e non una istituzione totale. Vanno progettate per essere in continuo scambio con le reti sociali e possono solo trarre giovamento dall'essere soggette al governo di una Casa della Comunità. Ogni spazio residenziale, anche pensato come progetto innovativo, ed ogni azione al domicilio del soggetto devono poter contribuire al suo "sentirsi a casa".	Soprattutto quando la salute viene meno e la fragilità della persona è più marcata, ci vuole una comunità capace di non metterla ai margini ma anzi di viverla come risorsa.
Formazione	**formazione di base**	È rivolta alle figure sanitarie, sociali e della formazione primaria, soprattutto per il tirocinio e la formazione sul campo.	
	formazione permanente **health literacy e promozione della salute**	Riguarda tutte le figure che si occupano di servizio alla persona, (MMG, CA, PdLS, infermieri, insegnanti e operatori nel settore della fragilità di anziani e disabili). Significa accesso alla letteratura scientifica di ogni disciplina implicata ma anche formazione trasversale a professionalità diverse e formazione dei cittadini. Servono spazi e iniziative orientate alla costruzione della cultura della salute nella comunità (da contenuti specifici a forme nuove di audit trasversali e valutativi)	È un passaggio fondamentale per un vero cambio di paradigma. La formazione tocca tutti i professionisti dei servizi alla persona (sanità, socio-assistenziale, strutture per le fragilità, scuola, cultura ecc.), tocca le diverse associazioni e le strutture formali e informali presenti e tutta la comunità. Si pensa soprattutto ai due valori/obiettivi tra quelli che rappresentano la carta di identità di una Casa della Comunità: promuovere il protagonismo della persona e quello della comunità.
Valutazione	**soggetto che valuta** **oggetto della valutazione** **motivo della valutazione** **fine della valutazione** **metodo della valutazione**	Lo sguardo della valutazione va posto: • sulle persone e il loro contesto e non solo sulla domanda espressa • sui risultati (outcome) osservando tutti gli aspetti (di salute individuale e collettiva, di coesione sociale, di sostenibilità economica e sociale) • sui processi attraverso cui si costruiscono le azioni di sistema (lettura del contesto, accoglienza dei soggetti, riconoscimento e uso delle risorse, identificazione delle alternative, l'accompagnamento durante e dopo, ecc.)	La valutazione va considerata non come compito da svolgere, incombenza a cui sottoporsi ma come elemento cruciale dell'essere parte della comunità. È strumento di comunicazione onesta, risorsa per cogliere le priorità e passaggio cruciale sia per definire il fabbisogno di formazione a tutti i livelli sia per costruire senso e consenso nel lavoro dei diversi attori sociali.

ALLEGATO B

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

			Grande/Media (SI/NO)		Piccola		Note esplicative
1-AREA ACCOGLIENZA-PROMOZIONE PREVENZIONE	accoglienza	**2**	**Parcheggio**	**SI/NO**	**Parcheggio**	**SI/NO**	
	accoglienza	1.7	fronte del bar aperto verso l'esterno	SI/NO			La presenza di un bar può essere un altro elemento di aggregazione e di servizio per chi si avvicina e frequenta il giardino della CDS.La presenza di tavoli e sedute nel verde con accesso libero favorisce l'inclusione e l'incontro anche di persone straniere.
	accoglienza	1.8	porticato attrezzato per soggiorno esterno	SI/NO			Spazi porticati attrezzati con tavoli e sedute o con poltrone possono favorire l'accoglienza e l'aggregazione anche quando le condizioni atmosferiche non sono favorevoli.
	accoglienza	2.2	parcheggio riservato maternità	SI	parcheggio riservato maternità	SI	La presenza di posti auto dedicati alle future mamme è necessaria
	accoglienza	3	**Accoglienza - accettazione (PUA)**	**SI**	**Accoglienza - accettazione**	**SI**	Si sottolinea come questo si configuri come incontro "libero" tra persona e Casa della Comunità. L'accoglienza è garantita di figure del sociale e del sanitario. Ed è esso stesso un momento terapeutico importante. In questo contesto si può ricostruire la genesi dell'esigenza di incontro,accogliere la persone non come utente ma come protagonista dell'esperienza e fare una prima valutazione cui far seguire ciò che di specifico può emergere indirizzando in modo adeguato la persona stessa. Richiede competenza e tempo a disposizione oltre a spazi che permettano alla persona di percepirsi "accolto ed ascoltato".
	accoglienza	4	**Punto di ristoro**	**SI**	**Punto di ristoro**	**SI/NO**	
	accoglienza	**5**	**Attese**	**SI**	**Attese**	**SI**	
	accoglienza	**6**	**CUP (SAUB)**	**SI**	**CUP (SAUB)**	**SI**	
	accoglienza	**8**	**Sportello unico**	**SI**			
	accoglienza	**53**	**Distribuzione Ausili Protesici**	**SI**			
	accoglienza	3.1	sistema di accesso COVID	SI	sistema di accesso COVID	SI	Il sistema e le modalità di accesso, fino a quando non terminerà l'emergenza Covid-19, si dovrà adeguare al rispetto delle direttive sanitarie vigenti. Il concetto di flessibilità e adattabilità deve trovare applicazione anche nella progettazione delle CDS
	accoglienza	3.2	banco punto informazioni per accoglienza multidisciplinare	SI	banco punto informazioni per accoglienza multidisciplinare	SI	L'accoglienza è uno degli atti più importanti che la CDS deve offrire. Devono essere create condizioni sia di tipo strutturale che di disponibilità e presenza di personale adeguate e in grado di offrire accoglienza specifica. Accoglienza fatta direttamente da ci si prende in carico le persone.
	accoglienza	3.3	locale colloqui riservati ad indirizzo multidisciplinare	SI	locale colloqui riuservati ad indirizzo multidisciplinare	SI	L'accoglienza deve poter essere svolta, se necessario, in un ambito riservato, accogliente e sicuro.
	accoglienza	3.4	punto informazione volontariato	SI	locale colloqui riuservati ad indirizzo multidisciplinare	SI/NO	All'interno della CDS il volontariato devo poter trovare spazi di confronto e condivisione. Qui si devono poter confrontare scuola, sociale, lavoro, società sportive, volontariato, sanità, Amministrazioni Comunali. Esperienze di Associazioni come antenne/ sentinelle che vedono, ascoltano e si confrontano.
	accoglienza	3.5	edicola	SI/NO			
	accoglienza	3.6	attività commerciale con protesica, prodotti diettetici locali certificati , parafarmacia, ottico	SI	Vetrina di prodotti ditetici a km. 0	SI	Rapportate alla dimensione della CDS, possono essere presenti attività commerciali con protesica e sanitaria, prodotti dietetici, a KM/0, parafarmacia, ottico. Nelle strutture più piccole o presenza occasionali o bacheche/vetrine. Anche l'edicola nelle strutture più piccole può essere disponibile e presente in determinati orari.
	accoglienza	4.1	area soggiorno standard alberghiero	SI/NO			Le aree di soggiorno, come momento di socialità, relax, confronto e aggregazione, devono essere accoglienti e configurate con gli standard di una Hall di un Albergo o come la Club House di un Circolo.
	accoglienza	4.2	ristorante /mensa con servizio dietetico	SI/NO			La possibilità di offrire pasti controllati, di qualità e a prezzi accessibili può dare risposte a tantissime esigenze, persone sole, anziane, anche in relazione con RSA, Diurni, centri Residenziali, ecc. Sono molteplici le esigenze di un pasto pronto e dietetico.
	accoglienza	4.3	bar con prodotti dietetici certificati	SI	distrbutori con prodotti dietetici certificati	SI	Un bar presente nella struttura dovrebbe disporre e promuovere il consumo di prodotti dietetici, certificati, produzioni locali, biologiche, ecc.
	accoglienza	4.4	preparazione pasti certificati per consegna a domicilio	SI/NO	prenotazione pasti certificati per consegna a domiciilo		I pasti (prodotti e confezionati anche in remoto) possono essere consegnati a domicilio a diverse tipologie di utenze che ne hanno necessità. Tale attività può essere svolte nel contesto del servizio di Assistenza Domiciliare ma anche da volontari disponibili a supportare persone sole o senza mezzi propri.

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

			Grande/Media (SI/NO)		Piccola		Note esplicative
	accoglienza	5.1	più punti di attesa	SI	attese	SI	
	accoglienza	5.2	attese tranquille per pazienti particolati	SI	attese tranquille per pazienti particolati	SI	
	accoglienza	5.3	attesa separata per accompagnatori	SI/NO			Le attese dovrebbero essere piccole e dedicate, in particolare alcune destinate agli accompagnatori dovrebbero esse disponibili in prossimità dei punti di accesso (per non congestionare la struttura ed anche in funzione Covid).
	accoglienza	5.4	Baby Parking	SI/NO			Il servizio può dare risposte temporanee, anche brevi, a genitori che devono usufruire della struttura ma anche che hanno l'esigenza di un po' di tempo e non sanno a chi lasciare i figli. Può anche essere una occasione di occupazione anche saltuaria per altri.
	promozione	9	**Diurno**	**SI/NO**			
	promozione	9.1	Lavanderia per assistenza homeless (anche in convenzione)	SI	Lavanderia per assistenza homeless (anche in convenzione)		Il servizio può essere assicurato a persone indigenti che trovano un punto di appoggio temporaneo di supporto. La gestione può essere anche supportata da associazioni di volontariato presenti sui territori.
	promozione	9.2	Parrucchere barbiere per homeless (anche in convenzione)	SI	Parrucchere barbiere per homeless (anche in convenzione)		Il servizio può essere assicurato a persone indigenti che trovano un punto di appoggio temporaneo di supporto. La gestione può essere anche supportata da associazioni di volontariato presenti sui territori.
	promozione	9.3	Bagni per homeless	SI	SIstema di accesso COVID		Il servizio può essere assicurato a persone indigenti che trovano un punto di appoggio temporaneo e breve di assistenza e supporto. La gestione può essere anche supportata da associazioni di volontariato presenti sui territori.
	pomozione	!.3	percorso vita-gruppi di cammini	SI/NO	percorso vita-gruppi di cammini	SI/NO	Il percorso vita, oltre a stimolare l'attività fisica è anche un ottimo "strumento" di socialità anche intergenerazionale. I gruppi di cammino, ormai diffusi su tutto il territorio, sono una straordinaria occasione per la promozione dell'attività fisica e di stili di vita sani, ma soprattutto occasioni uniche e straordinarie di socialità
	promozione	1.4	orto pubblico	SI/NO	orto pubblico	SI/NO	La presenza di orti in prossimità della CDS stimola la manualità, è una attività occupazionale "pulita" e occasione di socialità
	prevenzione	**44**	**Vaccinazioni**	**SI**	**Vaccinazioni**	**SI**	
	prevenzione	**45**	**epidemiologia di comunità**	**SI**			Può essere il supporto (almeno per una parte) per la definizione del profilo di comunità che è la base della programmazione e inoltre può essere risorsa per garantire le condizioni ambientali sia delle abitazioni che del contesto per le fragilità (dagli adeguamenti delle abitazioni alle barriere architettoniche alle definizione di ambienti sicuri e presidiati per la socializzazione delle persone fragili …)
	prevenzione	46	**Screening Pap-Test**	**SI/NO**			
	prevenzione	47	**Screening Mammografico**	**SI**			
	prevenzione	48	**Screening Colon Retto**	**SI**			
	prevenzione	49	**Certificazioni Monocratiche**	**SI**			
	prevenzione	**50**	**Commissine Invalidità Civile**	**SI/NO**			

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

			Grande/Media (SI/NO)		Piccola		Note esplicative
2-AREA CURE PRIMARIE-INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITA'	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**11**	**Reception**	**SI**	**Reception**	**SI**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**12**	presenza diurna e notturna dei pazienti	SI/NO			
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**13**	**Medicina di gruppo**	**SI**	**Medicina di gruppo(minmo 3 ambulatori)**	**SI/NO**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**14**	**Ambulatorio Pediatrico PLS**	**SI**	**Ambulatorio Pediatrico PLS**	**SI/NO**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**15**	**Ambulatorio Infermieristico + PUA**	**SI**	**Ambulatorio Infermieristico + PUA**	**SI**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	16	**Continuità Assistenziale H12**	**SI**	**Continuità Assistenziale H12**	**SI**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	17	**Ambulatorio Osservazione - Terapie**	**SI**	**Ambulatorio Osservazione - Terapie**	**SI**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**18**	**Ambulatorio Ostetrico (+ Screening Pap Test)**	**SI**	**Ambulatorio Ostetrico (+ Screening Pap Test)**	**SI/NO**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**19**	**Ambulatorio Specialistico**	**SI**	**Ambulatorio Specialistico**	**SI**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**20**	**Studio Assistente Sociale**	**SI**	**Studio Assistente Sociale**	**SI**	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	21	**Guardia Medica**				
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	**37**	**Pediatria di Comunità**	**SI/NO**			
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	11.1	locali prima attesa	SI	locali prima attesa	SI	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	11.2	locali colloquio tutor-utente	SI	locali colloquio tutor-utente	SI	Si è già dato evidenza all'importanza dell'accoglienza e che devono essere create condizioni sia di tipo strutturale che di disponibilità e presenza di personale adeguate e in grado di offrire accoglienza specifica agli utenti. Devono essere disponibili locali e spazi riservati per i colloqui tutor/utente, strutturati e organizzati per favorire le relazioni e garantire la privacy.
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	13.1	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	L'esperienza Covidci porta ad immaginare come necessarie piccolezone di attesa in prossimità di ogni ambulatorio. Le zone di attesa devono essere organizzate per garantire adeguate distanze ed essere gestite con procedure adeguate.
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	14.1	attesa differenziata per età per ogni ambulatorio (Covid)	SI	attesa differenziata per età per ogni ambulatorio (Covid)	SI	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	15.1	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	16.1	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	17.1	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	18.1	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	19.1	attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	attesa per ogni ambulatorio (Covid)		
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	20.1	attesa per ogni studio (Covid)	SI	attesa per ogni studio (Covid)	SI	

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

			Grande/Media (SI/NO)		Piccola		Note esplicative
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	21.1	attesa per ogni ambulatorio (Covid)		attesa per ogni ambulatorio (Covid)	SI	L'esperienza Covid ci porta ad immaginare come necessarie piccole zone di attesa in prossimità di ogni ambulatorio. Le zone di attesa devono essere organizzate per garantire adeguate distanze ed essere gestite con procedure adeguate.
	cure primarie e assisenza infermieristica di comunità	22.1	centrale telemedicina	SI	collegamento a centrale telemedicina	SI/NO	In un contesto socio sanitario territoriale che deve sempre di più agevolare la domiciliarità, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie, la telemedicina assume gradualmente un peso maggiore. Nell'ambito del servizio di Guardia Medica può trovare collocazione la centrale di telemedicina a cui possono afferire i pazienti seguiti in uno specifico ambito territoriale.
3-AREA SOCIO SANITARIA	socio sanitario	1.2	giardino Alzheimer	SI/NO			Il giardino Alzaimer, oggi presente soltanto in RSA che prevedono Nuclei Alzaimer, possono dare una risposta a chi la malattia la vive con la famiglia o con un accompagnature e non in una struttura dove il ricovero spesso è soltanto "di sollievo"
	socio sanitario	**31**	**CSM**	**SI/NO**	ambulatorio di salute mentale	SI	
	socio sanitario	**32**	**Neuropschiatria infantile**	**SI/NO**			
	socio sanitario	**33**	**Centro Residenziale psichiatrico** e appartamenti	**SI/NO**			Può essere assicurata anche un'attività domiciliare e per gruppi di appartamenti.
	socio sanitario	**34**	**Centro diurno psichiatrico**	**SI/NO**			
	socio sanitario	**35**	**SERT**	**SI/NO**			
	socio sanitario	**36**	**Consultorio Familiare**	**SI/NO**			
	socio sanitario	32.1	attese differenziate per età	SI			
	socio sanitario	34.1	attività ambulatoriale psichiatrica				
	socio sanitario		**Dipartimento salute mentale :**				Le funzioni e i servizi previsti nell'ambito del "Dipartimento di S. M." all'interno della CDS possono essere facilmente coordinati con i Servizi Sociali e i Tutor che si fanno carico delle specifiche situazioni.
	socio sanitario	**38**	**RSA - struttura protetta**	**SI/NO**			
	socio sanitario	**39**	**Centro Diurno Anziani**	**SI/NO**			
	socio sanitario	**40**	**Centro Residenziale Disabili CSR**	**SI/NO**			
	socio sanitario	**41**	**Centro Diurno Disabili**	**SI/NO**			
	socio sanitario	**43**	**UMM Anziani disabili**	**SI**			
4-AREA SPECIALISTICA CLINICA	specialistica clinica	**23**	**Punto Prelievi**	**SI**	Punto Prelievi	SI/NO	
	specialistica clinica	**24**	**Point of care per analisi chimico cliniche di base**	**SI**	Point of care per analisi chimico cliniche di base	SI	Semplici apparecchiature possono garantire in tempi molto rapidi e con evidenti economie l'erogazione di alcuni servizi relativi alle analisi chimico cliniche più diffuse e richieste.
	specialistica clinica	25	**Poliambulatorio**	**SI**			
	specialistica clinica	**26**	**Diagnostica RX-TAC**	**SI/~~NO~~**			
	specialistica clinica	**28**	**Ambulatorio ECO**	SI	Ambulatorio ECO	SI	
	specialistica clinica	**29**	**Recupero e Raibilitazione funzionale**	SI			
	specialistica clinica	**30**	**Palestra Polivalente**	**SI/NO**			
	specialistica clinica	25.1	locali prima attesa				
	specialistica clinica	25.2	locali colloquio tutor-utente				Si è già dato evidenza all'importanza dell'accoglienza e che devono essere create condizioni sia di tipo strutturale che di disponibilità e presenza di personale adeguate e in grado di offrire accoglienza specifica agli utenti. Devono essere disponibili locali e spazi riservati per i colloqui tutor/utente, strutturati e organizzati per favorire le relazioni e garantire la privacy.
	specialistica clinica	29.1	Recupero e Raibilitazione funzionale ambulatoriale e domiciliare		Recupero e Raibilitazione funzionale in assistenza domiciliare	SI	Altre all'attività ambulatoriale all'interno della CDS, con la presenza di una palestra, possono essere garantite ed erogate anche attività riabilitative e rieducazionali. La presenza di spazi verdi all'esterno come il percorso vita, può consentire di svolgere anche attività all'aperto, sia "guidate" che libere. Può anche essere attivato un servizio di riabilitazione domiciliare.

DALLA CASA DELLA SANITA' ALLA CASA DELLA COMUNITA'

			Grande/Media (SI/NO)		Piccola		Note esplicative
5-AREA SOCIALE	sociale		**Servizi Sociali**				Elemento cruciale è la condivisione del disegno di salute con l'intero sistema presente nella comunità. Ogni problema ha al suo interno dimensioni diverse che sono ambientali, sociali, sanitarie ecc. La scommessa è quella di consolidare un lavoro di squadra tra sanitario, sociale, assistenziale, uffici scolastici del lavoro, culturali e del tempo libero. La modalità di lavoro dovrebbe essere basata su un'alleanza strategica che si misura entro gruppi multi professionali ed interdisciplinari in grado di leggere bisogni e risorse e costruire risposte globali condivise e presidiate. Il nodo è partire dalla persona e il PUA/Sportello Sociale rappresenta lo svincolo per una riflessione ed una progettualità condivisa. Il PUA, adottando e sviluppando l'approccio previsto nello "Sportello Sociale", può rappresentare il punto di incontro, di aggancio ed accoglienza con le persone senza distinzione alcuna ed è a quel livello che si definisce in modo coerente/condiviso la strada per un progetto sostenibile di salute globale
	sociale	51a	Ufficio ascolto progettualità e valutazione fragilità sociali	SI	Ufficio ascolto progettualità e valutazione fragilità sociali	SI	Azione congiunta con i servizi sanitari: - Consultorio familiare, pediatria di comunità neuropsichiatria, strutture educative per le famiglie e i minori; - Aree sociali impegnate sui temi specifici per le forme di disagio, andando anche a cercare chi non arriva al servizio. Il tema di fondo è quello dei "diritti negati".
	sociale	51b	Ufficio ascolto disagio giovanile promozione e sviluppo opportunità sociali	SI	ascolto disagio giovanile promozione e sviluppo opportunità sociali	SI	Coordinamento politiche giovanili e sviluppo forme di partecipazione sociale anche attraverso i nuovi social
	sociale	51c	Uffcioassistenza e coordinamento attività anziani fragili	SI	assistenza e coordinamento attività anziani fragili	SI	Lavoro integrato in rete con Infermieri di famiglia e comunità per valutazione multidimensionale. Coordinamento e sviluppo delle diverse forme di domiciliarità (dall'assistenza domiciliare con i relativi "supporti" (es. accompagnamento), alle diverse strutture che mantengono uno stretto governo della Casa della Comunità e si configurando come strumenti all'interno del disegno della domiciliarità).
	sociale	51d	Ufficio Funzioni legate ai compiti istituzionali dei comuni	SI	Ufficio Funzioni legate ai compiti istituzionali dei comuni	SI	Le diverse attività (certificazioni, controlli ecc.) sono comunque parte di un disegno di salute comunitario e in rete
	sociale	51e	Psichiatria di comunità territoriale	SI	Psichiatria di comunità territoriale	SI	
	sociale	**42**	**Coordinamento Assistenza Domiciliare**	**SI**			
6-AREA PUBBLICA	pubblica	**10**	**Sala/sale conferenze, riunioni, formazione, educazione alimentare, tirocinio studenti medici di base,**	**SI**	**Sala riunioni**	SI	Gli spazi sono finalizzati a garantire una formazione permanente, dei cittadini e del personale socio sanitario, non solo su tematica sanitarie "ospedaliere" ma anche territoriali. Gli spazi, con dimensioni e caratteristiche differenziate possono accogliere qualsiasi tipo di attività o iniziativa collettiva delle comunità o associazioni del territorio. Spazi di confronto, dialogo e crescita.
	pubblica	**10.1**	Aree di coordinamento volontariato				
	pubblica	**1**	**Giardino**	**SI/NO**	**Giardino**	**SI/NO**	
	pubblica	1.1	parco urbano	SI/NO	parco urbano	SI/NO	
	pubblica	1.5	acqua -fontane	SI/NO	acqua -fontane	SI/NO	Ridare valore e significato alla presenza di acqua negli spazi pubblici
	pubblica	1.6	gazebo per concerti	SI/NO	gazebo per concerti	SI/NO	Nella memoria collettiva i gazebi nei giardini di fine ottocento avevano la funzione di poter accogliere bande, gruppi musicali e recitazioni. Potrebbero ritornare ad essere fulcri dove ospitare qualsiasi forma di "esibizione"
	pubblico	2.1	parcheggio pubblico	SI	Parcheggio pubblico	SI	
	pubblico	2.4	sosta trasporto pubblico	SI/NO	sosta trasporto pubblico	SI/NO	La prossimità di una fermata della rete di trasporto pubblico è importante per agevolare l'accessibilità alla CDS di chi non ha disponibilità di mezzi di trasporto propri.
7-AREA SERVIZI GENERALI	servizi generali	2.3	parcheggio dipendenti	SI/NO	parcheggio dipendenti	SI/NO	
	servizi generali	**22**	**Automezzi servizi sanitari**	**SI**			
	servizi generali	**52**	**Uffici amministrativi**	**SI**	**Uffici amministrativi**	**SI**	
	servizi generali	**55**	**Spogliatoi personale**	**SI**	**Spogliatoi personale**	**SI**	
	servizi generali	**56**	**Sale riunioni**	**SI**	**Sala riunioni**	**SI**	
	servizi generali	**57**	**Deposii/Archivi**	**SI**	**Deposii/Archivi**	**SI**	

ALLEGATO C

Proposta per la valutazione e auto-valutazione delle Case della Comunità

Lo strumento può essere utilizzato in qualsiasi luogo e momento, per svolgere una valutazione e auto-valutazione del grado di implementazione della Casa della comunità, come luogo e strumento culturale e organizzativo di promozione territoriale della salute.
Lo strumento di valutazione è in realtà costituito da tre livelli di analisi, di cui lo strumento base costituisce il punto d'ingre**sso per un percorso di riconoscimento sociale della Casa della comunità e di strutturazione-miglioramento della sua azione. In questo senso può anche** essere propedeutico all'uso della Guida per la **valutazione delle sperimentazioni, che accompagna le iniziative di miglioramento.**

Strumento base – Azioni per creare valore nella comunità
Lo strumento si concentra sulle persone cui si rivolgono o meno le azioni per la salute. La Casa della comunità esiste se esistono 21 azioni rivolte a tre tipologie di persone che vivono nell'area**. Tutti gli aspetti che riguardano i profili di salute delle persone e le modalità organizzative delle azioni di prevenzione e cura sono molto rilevanti** per l'impatto**, ma solo in tanto quanto le 21 azioni esistono e coinvolgono la popolazione. Gli strumenti analitici disaggregano i target specifici e modalità attuative.**

Luogo della casa della Comunità .....
Abitanti dell'area **.....**
Comuni dell'area **.....**
Strutture sanitarie .....
Strutture dei servizi sociali **.....**
Altre strutture di welfare **.....**
Organizzazioni del terzo settore **.....**

Il questionario è rivolto a 5 attori, ciascuno dei quali dovrebbe essere sempre presente nell'area e coinvolt**o** nell'azione della Casa della comunità e nella sua **valutazione e auto-valutazione:**

- **I servizi sanitari**
- **I servizi sociali**
- **I servizi di welfare**
- **Il terzo settore**
- **Risorse materiali e relazionali delle persone o di altri soggetti privati attivate dalla casa della comunità**

Per ciascun attore il questionario richiede di rispondere a 21 domande per tre aree di analisi:

	Persone che hanno sintomi/problemi che pongono a rischio la salute	**Persone che NON hanno sintomi/problemi che pongono a rischio la salute**
le persone sono in relazione con i servizi	**Gruppo A**	
le persone NON sono conosciute o NON sono in relazione con i servizi	**Gruppo B**	**Gruppo C**

Servizi sanitari coinvolti e responsabili del servizio sanitario per la Casa della comunità

1 – Riguardo al gruppo A (persone che hanno sintomi/problemi e che si rivolgono ai servizi), quali livelli di azione vengono realmente svolti nel lavoro quotidiano?

1.1 – Le persone accedono al servizio	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.2 – Le persone fruiscono immediatamente o rapidamente del servizio	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.3 – Le persone accedono al servizio con una relazione di empowerment	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.4 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.5 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, economico, casa, ecc.)	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.6 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore)	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.7 – Le persone fruiscono di un servizio co-progettato e coordinato con altre risorse comunitarie sociali (volontari, cittadini, ecc.)	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.8 – Le persone fruiscono di un servizio sanitario a domicilio salvo casi in cui sia non appropriato	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
1.9 – Le persone fruiscono di un servizio sanitario nei luoghi sociali/comunitari non istituzionalizzati in cui abitano salvo casi in cui sia non appropriato	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											

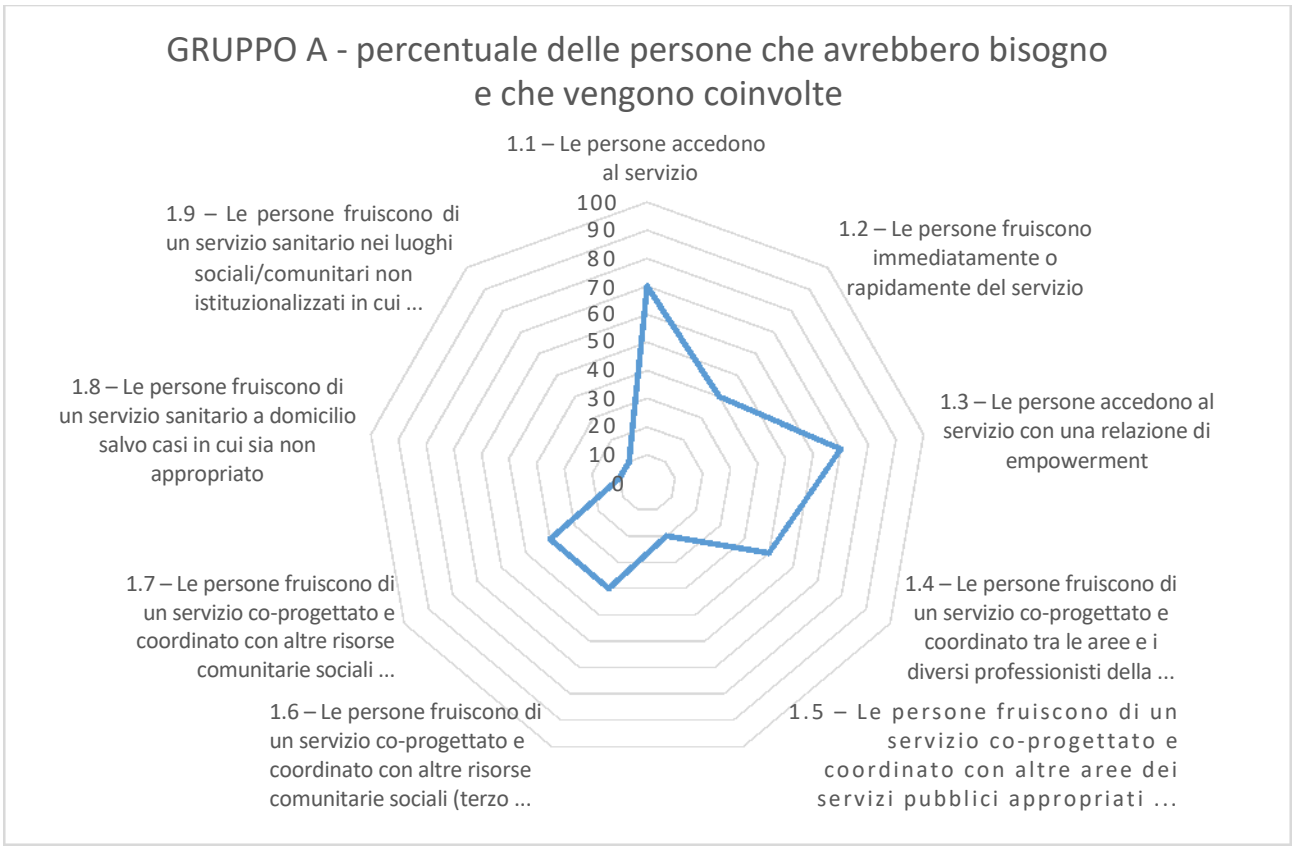
2 – Riguardo al gruppo B (persone con problemi che NON si rivolgono ai servizi), quali livelli di azione vengono realmente svolti nel lavoro quotidiano?

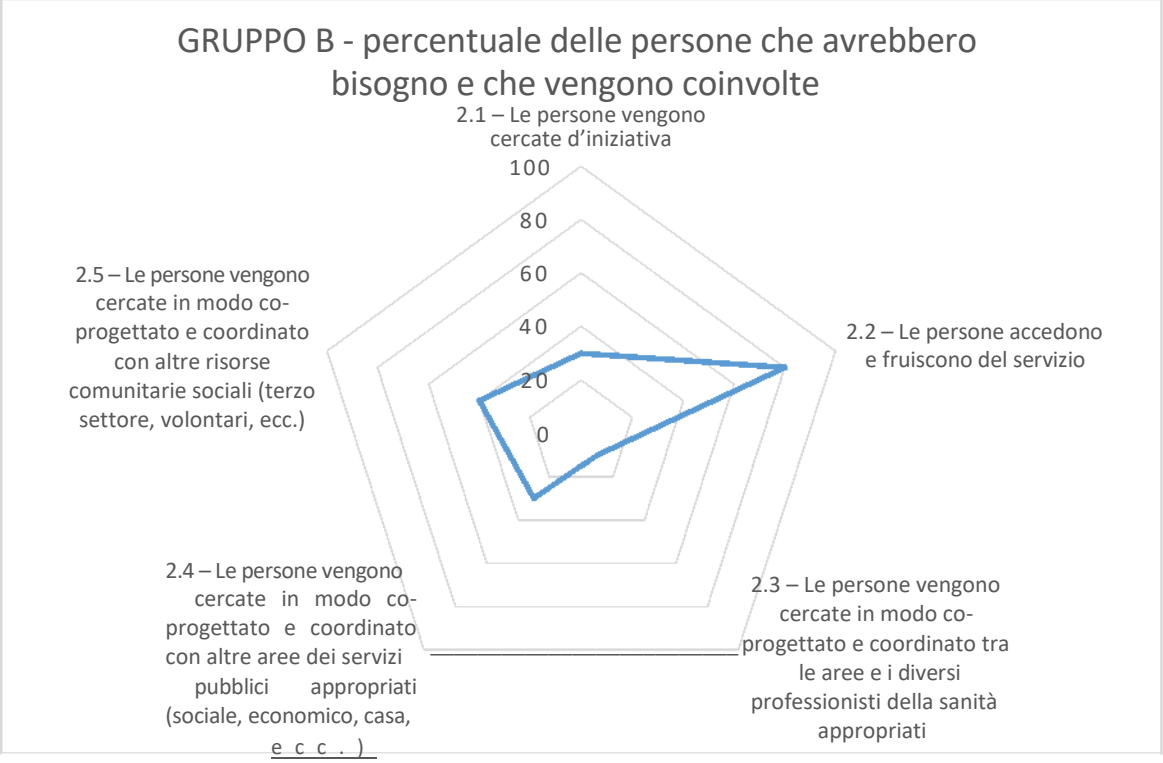
2.1 – Le persone vengono cercate d'iniziativa	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
2.2 – Le persone accedono e fruiscono del servizio come attori 'empowered'	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
2.3 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
2.4 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, economico, casa, ecc.)	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
2.5 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore, volontari, ecc.)	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											

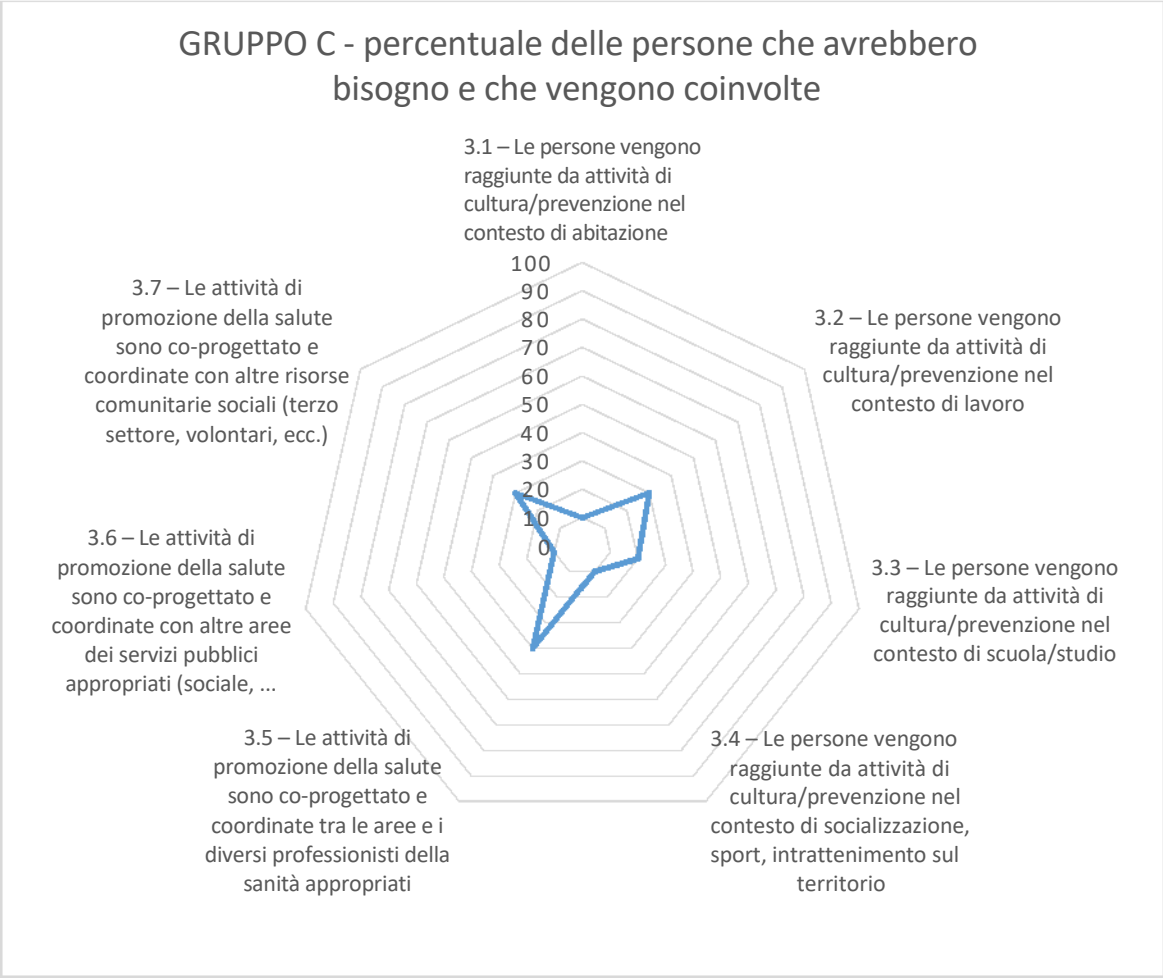
3 – ***Riguardo al gruppo C (persone senza sintomi/problemi che NON si rivolgono ai servizi), quali livelli di azione vengono realmente svolti nel lavoro quotidiano?***

3.1 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di abitazione	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
3.2 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di lavoro	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
3.3 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di scuola/studio	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
3.4 – Le persone vengono coinvolte in attività di cultura/prevenzione nel contesto di socializzazione, sport, intrattenimento sul territorio	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
3.5 – Le attività di promozione della salute sono co-progettate e coordinate tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
3.6 – Le attività di promozione della salute sono co-progettate e coordinate con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, economico, casa, ecc.)	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											
3.7 – Le attività di promozione della salute sono co-progettate e coordinate con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore, volontari, cittadini, ecc.)	Solo in qualche caso	10%	20	30	40	50	60	70	80	9	100%	sempre
	O Non abbiamo alcuna informazione											

Lo strumento produce una dashboard analitica sui tre ambiti, che può suggerire iniziative di miglioramento




GRUPPO B - percentuale delle persone che avrebbero bisogno e che vengono coinvolte
2.1 – Le persone vengono cercate d'iniziativa
100
80
60
40
20
0
2.2 – Le persone accedono e fruiscono del servizio
2.3 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati
2.4 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, economico, casa, ecc.)
2.5 – Le persone vengono cercate in modo co-progettato e coordinato con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore, volontari, ecc.)


GRUPPO C - percentuale delle persone che avrebbero bisogno e che vengono coinvolte
3.1 – Le persone vengono raggiunte da attività di cultura/prevenzione nel contesto di abitazione
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
3.2 – Le persone vengono raggiunte da attività di cultura/prevenzione nel contesto di lavoro
3.3 – Le persone vengono raggiunte da attività di cultura/prevenzione nel contesto di scuola/studio
3.4 – Le persone vengono raggiunte da attività di cultura/prevenzione nel contesto di socializzazione, sport, intrattenimento sul territorio
3.5 – Le attività di promozione della salute sono co-progettato e coordinate tra le aree e i diversi professionisti della sanità appropriati
3.6 – Le attività di promozione della salute sono co-progettato e coordinate con altre aree dei servizi pubblici appropriati (sociale, …
3.7 – Le attività di promozione della salute sono co-progettato e coordinate con altre risorse comunitarie sociali (terzo settore, volontari, ecc.)

Oltre allo strumento base, sono previsti due strumenti di osservazione analitica ad uso della Casa della Comunità.

Strumento analitico 1: Impatti delle azioni sulla salute

Nell'area di popolazione della Casa della comunità

Per ciascun profilo di salute, tipo di persona e di rischio, si misura l'impatto sulla salute in comparazione con medie regionali e nazionali e in comparazione con la serie storica precedente. I dati possono provenire da osservatori epidemiologici locali, regionali o nazionali o provenire dai dati propri delle strutture sanitarie.
Gli indicatori possono essere letti utilizzando come criteri di valutazione l'efficacia dell'azione per la salute nell'area e l'equità. Messi in relazione con indicatori di risorse impiegate possono essere riferiti all'efficienza, che in questo caso indica a parità di salute un minor consumo di risorse immediato o futuro.

Lo strumento produce una dashboard analitica, che può suggerire iniziative di miglioramento

Strumento analitico 2: Uso di leve culturali e organizzative per generare impatti intermedi e sulla salute

Riguardo ai 5 attori coinvolti nella Casa della comunità

Per ciascun attore disponibile si misura il livello di presenza di specifiche leve culturali e organizzative e il conseguimento di impatti intermedi. In questo caso si utilizzano per gli items scale ancorate, che possono poggiare su informazioni quantitative se esistenti o su valutazioni qualitative espresse da gruppi di soggetti coinvolti nei processi in oggetto (operatori delle organizzazioni, cittadini coinvolti nei processi di cui si parla, ecc).
Gli indicatori di leve utilizzate (COME si agisce, con quali strumenti, meccanismi sociali, ecc.) e di impatti intermedi conseguiti (cambiamento nel capitale sociale ed effetti capacitanti che modificano i comportamenti delle persone) possono essere letti utilizzando come criteri di valutazione l'innovazione di sistema (integrazione dell'azione nei processi ordinari dell'organizzazione), l'efficacia (la capacità del processo di generare effetti nella direzione voluta), l'efficienza (il risparmio di risorse o l'effetto moltiplicativo futuro dell'azione) e l'equità (la capacità dell'azione di ridurre le disuguaglianze sociali e di salute e di promuovere autonomia).

Lo strumento produce una dashboard analitica, che può suggerire iniziative di miglioramento