



PROSPETTIVA Salute

BATTEI.*it*



Maggio 2021



PROSPETTIVA

Ambiente ideativo dell'Associazione culturale "Luigi Battei"

SALUTE

Quaderno 2

Cura editoriale
di Samuele Trasforini e Federico Dazzi

*La salute rigenerata
nelle comunità locali*

a cura di
Marco Ingrosso

INDICE

Introduzione di Marco Ingrosso	6
Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza di Alessandro Volta	8
Promuovere la salute delle città: un investimento sul futuro di Marco Ingrosso	11
Prima la comunità: quale? di Pietro Pellegrini	16
Politiche ed interventi per promuovere la salute nelle comunità locali di Marco Ingrosso	21
Quattro vie per un nuovo "Patto per la salute". Riflessioni a partire dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di Marco Ingrosso con commento di A. Volta	25
Sperimentazione e autonomia per i nuovi servizi territoriali di comunità di Bruno Agnetti	32
Casa della comunità e costruzione della salute di Franco Prandi	35
L'integrazione tra sociale e sanitario nel post-Covid: verso il welfare comunitario di Stefania Miodini	41
Gli Autori	45

Introduzione

di Marco Ingrosso

Questo secondo Quaderno di *Prospettiva salute* abbraccia i contributi apparsi sul blog dell'Associazione culturale "Luigi Battei" nel periodo che va da novembre 2020 a marzo 2021.

La situazione sanitaria in questo periodo è stata quella di ulteriori difficoltà, dopo la prima ondata Covid, a causa di una seconda fase di recrudescenza della pandemia e delle conseguenti chiusure modulate attraverso il sistema dei colori regionali e delle specificità di area.

Il dialogo che si è svolto sul blog è stato tuttavia prevalentemente focalizzato su ciò che si sta preparando in ambito politico nazionale: il Governo Conte II era infatti febbrilmente impegnato non solo a combattere la diffusione del virus, ma altresì a definire il *Recovery Plan* e le sue voci di spesa principali. Forse è proprio su questi temi, che si è innestato il cambio di Governo che ha dato vita all'esecutivo tecnico-politico di unità nazionale presieduto da Draghi (che giura il 13 febbraio).

Il Gruppo salute ha concentrato la sua attenzione principalmente del ruolo delle comunità locali e dei servizi territoriali nel nuovo assetto di welfare. Vengono avanzate alcune proposte che hanno per focus le *Case della Salute/Case della Comunità*, da una parte, e l'esigenza di intervenire nel mondo giovanile per affrontare i disagi prodotti dalle restrizioni della socialità attraverso progetti di *Promozione della salute*, dall'altra. Di questi temi si trova traccia negli interventi qui riportati.

Inoltre il gruppo, nelle persone di Agnetti, Ingrosso e Miodini, si confronta in un webinar pubblico che si tiene l'8 febbraio - organizzato dal prof. Giorgio Pagliari, già senatore della Repubblica, col concorso della

nostra Associazione - sul tema "Salute: investire sui servizi territoriali nella fase post-Covid", a cui prendono parte Massimo Fabi, Direttore generale dell'AOU di Parma, Romana Bacchi, Sub-commissario sanitario dell'Ausl di Parma, e Franco Prandi, esponente del movimento "Prima la Comunità" e già dirigente dell'Ausl di Reggio Emilia. Quattro degli contributi ospitati in questo Quaderno sono stati redatti sulla base degli interventi proposti in questo incontro.

Al di là delle occasioni contingenti, i contributi ospitati da questo Quaderno affrontano questioni legate al welfare di comunità e alla promozione comunitaria della salute, come si è detto. Si tratta di temi di grande prospettiva su cui vi è un'accesa discussione in tutto il paese, almeno negli ambienti scientifici e politici, e che stanno suscitando vivo interesse, come si è visto dalla significativa partecipazione al webinar dell'8 febbraio.

Val la pena, quindi, raccogliere in una veste comune e rendere nuovamente fruibili questi contributi che prefigurano interventi rilevanti da dispiegarsi negli anni a venire, verso cui è auspicabile si concentrino gli sforzi delle forze vive che operano sul nostro territorio cittadino e provinciale.

Parma, 18 Aprile 2021
 Marco Ingrosso

Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza

di Alessandro Volta



Un documento collettivo dal titolo *‘Senza Confini: come ridisegnare le cure per l’infanzia e l’adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l’equità, diffondendo le eccellenze’* è stato redatto da un gruppo nazionale multidisciplinare coordinato dal Centro per la Salute del Bambino e dalla Associazione Culturale Pediatri, due associazioni che da tempo lavorano per migliorare la condizione e i diritti dell’infanzia. L’obiettivo è quello di stimolare una riforma delle cure per il bambino e l’adolescente, proponendo di implementare e rendere diffuse le buone pratiche già attive sul territorio.

L’ottica alla base della proposta è multidisciplinare e prevede di integrare tra loro i servizi sanitari, educativi e sociali. Come si legge nell’introduzione: «Tali sistemi [integrati] sono chiamati alla co-costruzione della salute individuale e collettiva come patrimonio comune, con un approccio comunitario e life-course».

Il documento è stato pubblicato a settembre ed è scaricabile al link: <https://acp.it/it/2020/09/senza-confini-come-ridisegnare-le-cure-allinfanzia-e-alladolescenza-integrando-i-servizi-promuovendo-lequita-diffondendo-le-eccellenze.html>.

Dato l’interesse del documento e il proposito di contribuire a ridisegnare il sistema delle cure per l’infanzia in Italia in una prospettiva di medio e lungo termine, ne riportiamo una sintesi:

«‘Senza confini’ si fonda sull’evidenza che investire nell’età evolutiva produce importanti ricadute su salute, educazione, equità, coesione sociale e sostenibilità ambientale sia

a breve che a lungo termine. Un tale investimento costituisce oggi una necessità improrogabile, in particolare in un paese in crisi demografica come l’Italia.»

Il documento riconosce l’interdipendenza tra le componenti di salute, educazione e di protezione sociale e a tal fine ridisegna i servizi per la tutela e la promozione della salute nell’ambito di una visione unitaria delle politiche per la maternità, la paternità, l’infanzia e l’adolescenza che superi i confini e le frammentazioni attuali e adottati, nella cornice di un *Piano Nazionale per l’età evolutiva*, meccanismi di forte integrazione tra servizi sanitari, educativi, sociali e culturali a livello territoriale.

Nell’ambito del sistema sanitario, il documento propone la *Casa della Salute* come modello fondamentale di erogazione delle cure primarie, a cui ancorare le funzioni di prevenzione e cura dal periodo preconcezionale all’adolescenza. Tra questi, assumono rilevanza strategica i *consultori familiari* – da rafforzare e distribuire equamente su tutto il territorio nazionale – e la *pediatria di famiglia*, imperniata sulla pediatria di gruppo come soluzione da portare a sistema ovunque sia praticabile. Va in questo quadro rafforzata la componente preventiva e di prossimità dei servizi, da realizzarsi presso i servizi educativi e in generale nelle comunità, puntando soprattutto su professionalità infermieristiche.

Il documento propone inoltre, in armonia con indicazioni già esistenti, di rivedere la rete dei *punti nascita* e delle *pediatriche ospedaliere* in base a criteri di sicurezza e appropriatezza delle cure, adottando sistemi regionali di riferimento per le gravidanze e i parti a rischio, le cure intensive al neonato e le cure

specialistiche al bambino e all'adolescente, con minimizzazione del periodo di ricovero in ospedale e una *collaborazione stretta con i servizi territoriali* per assicurare continuità e supporto olistico ai bambini e alle loro famiglie. È inoltre urgente un rafforzamento e una equa distribuzione territoriale dei *servizi di neuropsichiatria e di riabilitazione, delle cure specialistiche e riabilitative per patologie croniche e disabilità*, incluse le cure palliative.

I *percorsi formativi curricolari*, così come quelli di aggiornamento in servizio, per tutte le figure professionali impegnati nelle cure all'infanzia vanno rivisti alla luce delle problematiche emergenti. La pianificazione delle risorse umane deve tener conto sia di una corrispondenza con le esigenze poste dal turnover che di un riequilibrio tra professioni mediche e infermieristiche.

La *partecipazione informata e consapevole* dei giovani e delle famiglie rappresenta una necessità per costruire relazioni di fiducia e collaborazione tra servizi e popolazione e va considerata un obiettivo da perseguire per tutti i servizi.

Per quanto riguarda le politiche da attuare in settori diversi da quello sanitario, in un'ottica multisetoriale, il documento ritiene fondamentale garantire alle famiglie con figli un *sostegno adeguato al reddito*, un *accesso ai servizi educativi precoci*, un sistema flessibile di *congedi parentali*, e *interventi a supporto delle competenze genitoriali* e delle *buone pratiche* atte a sostenere la salute, lo sviluppo e la relazione. A questo fine, *accordi e patti territoriali da realizzarsi* in Comuni e loro consorzi, o ambiti socio-sanitari, devono favorire la *coprogettazione dei servizi tra i diversi attori*

del sistema pubblico, privato e del terzo settore, facendo sì che i servizi per la salute riproduttiva, per il percorso nascita, per le cure primarie e specialistiche, siano capaci di operare in continuità e in sinergia con i servizi educativi e sociali per l'infanzia e l'adolescenza e in una *cornice di interventi a supporto delle famiglie*.

In generale, è necessaria una redistribuzione di risorse finalizzata a *correggere il forte squilibrio oggi esistente* a sfavore dell'infanzia e adolescenza in tutti i settori dell'agire pubblico, a ridurre fino ad eliminare le pesanti *diseguaglianze presenti nell'offerta di servizi sul territorio nazionale*, e a *diffondere le numerose eccellenze esistenti* in tutte le aree delle cure per la salute, l'educazione e la protezione dell'infanzia.

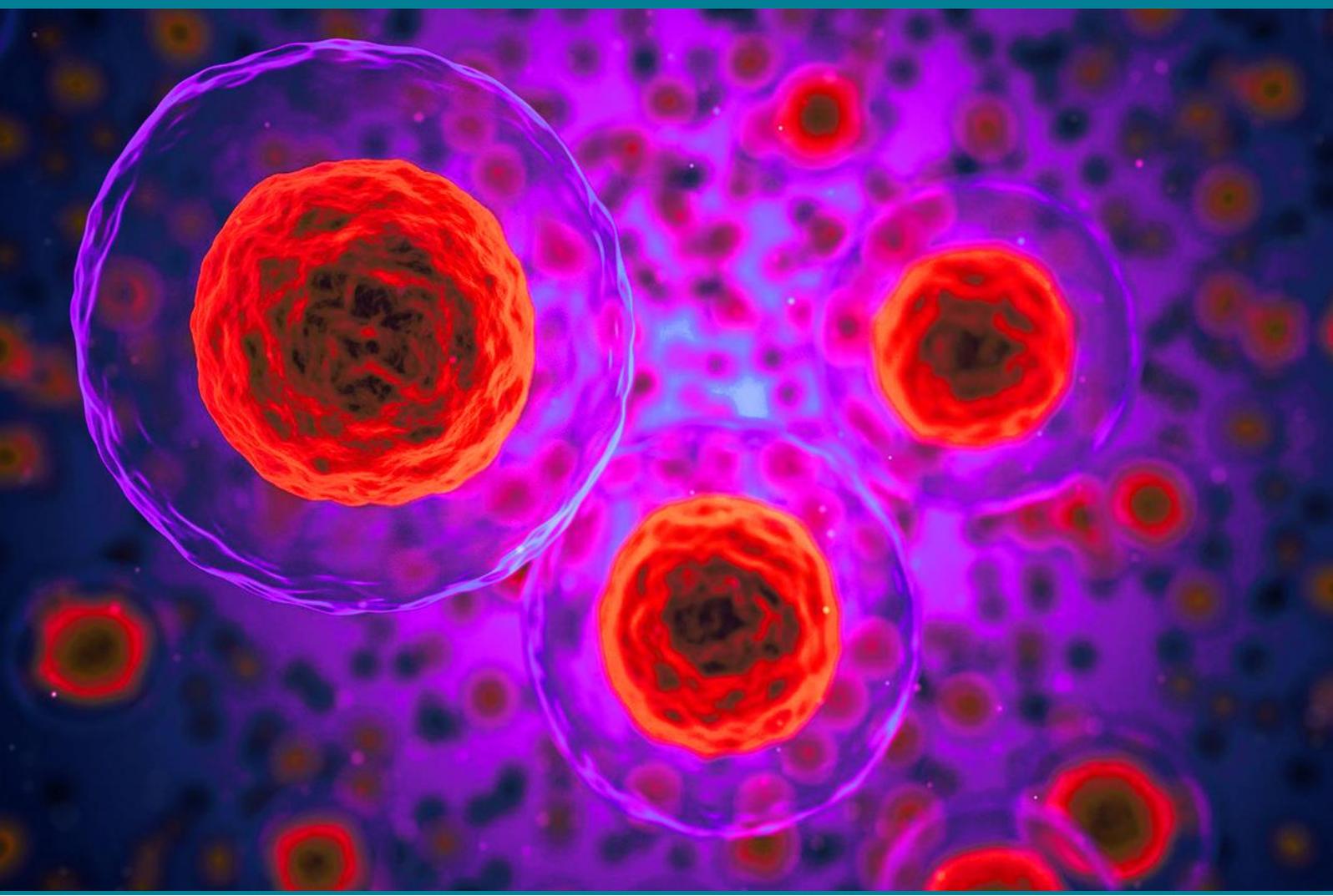
Il documento, nel contesto di *un'attenzione alla sostenibilità e costo-efficacia degli interventi*, propone alcune considerazioni iniziali sulla entità dell'impegno economico necessario e un percorso di implementazione che preveda una valutazione di costi-efficacia sia per singole componenti che per aree territoriali.¹

13 Novembre 2020
Alessandro Volta

¹ [Articolo su battei.it](http://battei.it)

Promuovere la salute nelle città: un investimento sul futuro

di Marco Ingrosso



Il cammino della Promozione della salute

La Promozione della salute (PS), spostando il suo focus dalla patologia alla salute, costituisce una delle maggiori rivoluzioni concettuali e operative della sanità pubblica dell'ultima parte del XX secolo. Essa tuttavia è ancora in gran parte incompresa e inapplicata, specie dagli ambienti sanitari. Nonostante i formali e tardivi accenni presenti nei Piani Sanitari Nazionali dei primi anni del XXI secolo, essa ha conosciuto scarsi investimenti e riconoscimenti, ha scontato la mancanza di personale dedicato, ha cozzato contro la riduzione e il mancato riorientamento dei servizi preventivi e sanitari (come chiedeva la 1^a Assemblea mondiale tenuta ad Ottawa, in Canada).

Nella sua prima fase 'creativa' (Ingrosso, 2013) la PS si è concentrata sugli obiettivi indicati dalla *Carta di Ottawa* e ribaditi dalle *Raccomandazioni di Adelaide* [1988] e dalla *Dichiarazione di Sundsvall* [1991], ossia: a) *creazione di ambienti di vita quotidiana favorevoli alla salute* (Città sane, ospedali e scuole promotori di salute, promozione della salute negli ambienti di lavoro, ecc.); b) *rafforzamento dell'azione delle comunità* (coinvolgimento delle amministrazioni locali, delle associazioni culturali, sportive e di volontariato, delle reti comunitarie, ecc.); c) *riorientamento dei servizi sanitari* nella logica di renderli più adeguati ad interagire con gli altri settori, in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute della comunità di riferimento (un aspetto risultato molto più problematico del previsto, come detto sopra); d) *sviluppo delle capacità personali e del ruolo attivo delle persone* nelle scelte di salute (qui

sono stati compiuti gli sforzi maggiori attraverso il coinvolgimento degli ambienti scolastici e di quelli comunitari); e) *costruire politiche pubbliche per la salute e favorire il coordinamento delle politiche* (questo obiettivo è stato ripreso e approfondito negli anni successivi, specie di fronte all'estendersi della crisi ambientale e delle diseguaglianze di salute).

Tali obiettivi incontrano negli anni '90 difficoltà crescenti in ragione dei forti cambiamenti economico-politici (prevalenza degli orientamenti neoliberalisti), epidemiologici (transizione demografica ed epidemiologica) e sociali (cultura individualista e narcisista) che spostano l'accento sul contenimento dell'azione pubblica e del welfare, sulla prevalenza dell'assistenza agli anziani, sul ridimensionamento dell'educazione e prevenzione come pesi morti contrari all'ottica prestazionale e aziendalistica imperante. È per questa ragione che molti degli obiettivi della *Dichiarazione di Jakarta* e delle *Raccomandazioni di Città del Messico* (2000) rimangono lettera morta (in particolare: aumentare gli investimenti, garantire un'infrastruttura per la PS, ampliare le partnership, colmare il gap delle diseguaglianze). Si avvia un periodo di "riadattamento e rielaborazione" (Ingrosso, 2013) che porta, dopo cinque anni di latenza, alla *Carta di Bangkok* [2005] in cui la PS cerca di fare i conti col nuovo scenario globalizzato in cui molte attività di *wellness* sono rifluite nell'ambito del mercato, mentre nei servizi sanitari pubblici riemerge l'enfasi per la prevenzione coniata in termini di *Evidence Based Medicine*. Come reazione la PS sviluppa il campo della comunicazione della salute e realizza accordi etici con partner privati, associativi e del *wellness* locale.

A partire dalla *Dichiarazione di Nairobi* [2009] e soprattutto da quella di *Rio de Janeiro* [2011] il movimento internazionale della PS ricomincia a puntare sui grandi cambiamenti di scenario resi necessari dalla crisi economica mondiale sviluppatasi a partire dal 2007/8, in primo luogo riaffrontando in modo deciso la questione delle diseguaglianze (mettendo in campo l'analisi dei determinanti di salute e lo strumento della 'salute in tutte le politiche') e ponendosi l'obiettivo di concorrere allo sviluppo sostenibile, alla salute globale e al contrasto del cambiamento climatico (*Dichiarazione di Shanghai* del 2016). Ma esso rientra in gioco anche nel campo della 'cura della salute' (in particolare attraverso l'approfondimento del concetto di *salutogenesi*) impegnandosi nella qualità degli ambienti ospedalieri e sulla promozione della salute durante i periodi di disagio e malattia, nonché nelle condizioni di anzianità, disabilità, cronicità. In tal modo si passa da una prospettiva di intervento centrata sul benessere e sui rischi della condizione giovanile ad un orientamento che vede possibile *promuovere la salute in tutte le età della vita e in tutte le condizioni di vita*.

Una nuova strategia per investire in salute

La pandemia da Covid-19 presenta caratteri tali da richiedere apprendimenti e ripensamenti (Eupha-Health Promotion et al., 2020; Asvis, 2020; Ghebreyesus, 2020) in tutta la strategia della promozione della salute, ma dentro un quadro che non può che essere di riforma profonda di tutto l'assetto dei servizi socio-sanitari, e in particolare di quelli territoriali (Laverack, 2017; Ingrosso, 2018). La PS per operare validamente ha bisogno di

maggiori riconoscimenti e di un'autonomia operativa che le permetta di porsi come ponte fra territorio e struttura sanitaria. Secondo queste prime riflessioni, è necessario:

1. che la promozione della salute disponga di *team multidisciplinari radicati nelle comunità locali* e dotati di risorse adeguate, capaci di interloquire coi servizi sanitari (cure primarie), con i servizi sociali territoriali (sostegno e attenzione a soggetti vulnerabili), con la scuola, con gli ambienti di lavoro e con quelli del tempo libero, con le reti associative, con le società sportive amatoriali, con gli operatori delle pratiche mente-corpo, con gli operatori culturali stabilendo nuove connessioni e progettazioni e portando ad un coinvolgimento allargato e inclusivo delle popolazioni dei territori;

2. che si rafforzi la *sostenibilità* di tutto il sistema collettivo di cura e di salute, estendendo le esperienze di promozione della salute negli ospedali, nelle cure primarie, nell'ambito della salute mentale e del disagio sociale;

3. è necessario continuare a lavorare per *l'empowerment, l'engagement e la partecipazione dei cittadini* al fine di accrescere la resilienza di individui, famiglie, gruppi e comunità. Si deve tenere conto del malessere sociale e del disagio creato dal Covid, dal distanziamento fisico, dalle restrizioni sofferte dalla popolazione al fine di avviare una forte azione di ristoro non solo economico, ma di riabilitazione sociale e personale;

4. è necessario rilanciare l'educazione alla salute nelle scuole attraverso progetti di 'Scuole che promuovono la salute', passando da un approccio centrato sul rischio ad uno centrato sulle competenze e le

responsabilità; è necessario altresì operare in tutti gli ambienti educativi e giovanili extrascolastici al fine di stabilire un dialogo fecondo sui processi salutogenetici con le giovani generazioni;

5. la cultura e le arti possono essere una grande risorsa per la salute in termini di salutogenesi, di benessere sociale, di elaborazione del disagio, di inclusione, di sviluppo della cura di sé e degli altri: la promozione della salute deve esplorare tutte le possibilità per interagire con gli operatori artistici e culturali al fine del coinvolgimento di tutti i gruppi d'età e dello sviluppo di una nuova cultura della salute;

6. diviene ancora più urgente operare in termini di *equità* e di investimento attento e calibrato alle esigenze specifiche dei gruppi fragili e vulnerabili al fine di ridurre le disuguaglianze, ma anche operare per una rinnovata fiducia e 'fraternità' comunitarie;

7. è necessario adottare in modo estensivo una prospettiva *life course* in cui le varie esigenze delle fasce d'età e generazioni vengano attentamente considerate e affrontate con interventi dedicati. In questo senso è necessario un deciso intervento promozionale nelle scuole, negli ambienti di vita, nelle reti comunitarie, istituendo tavoli di coordinamento fra tutti i soggetti attivi e responsabili;

8. è urgente operare in una prospettiva di *riequilibrio ecologico* attraverso *interventi intersettoriali* a vari livelli (dalla città agli accordi internazionali) e sulle varie politiche (trasporti, energia, abitazione, urbanizzazione, ecc.) al fine di concordare e attuare decisi mutamenti capaci di affrontare le cause e gli effetti dei cambiamenti climatici, del degrado ambientale, dell'inquinamento, ma

anche delle esclusioni e conflitti che lacerano il tessuto civico e sociale.

Diventare città promotrici di salute

Fin dalla sua nascita il movimento della PS ha puntato sulle città e sugli ambienti di vita per costruire nuove esperienze che vedessero il coinvolgimento delle popolazioni e di gruppi di tutte le età della vita, con particolare attenzione a quelli giovanili. Sono stati costituiti dei network per condividere le migliori esperienze e sviluppare una nuova cultura della salute. Molto spesso tuttavia i tempi brevi della politica e la contrazione delle risorse comunali non hanno permesso il consolidarsi di esperienze permanenti.

Negli ultimi anni si sono firmati dei Protocolli d'intesa fra Enti comunali, Aziende sanitarie e Sistemi scolastici provinciali per lo sviluppo di iniziative comuni (anche il Comune di Parma ne ha firmato uno a fine 2019). Pare tuttavia necessario che tali iniziative, come si è detto, siano appoggiate ad una struttura permanente che operi in modo incisivo e sistematico. A tal fine, il *Sindaco* dovrebbe dotarsi di un esperto di fiducia o di un comitato di riferimento per lo sviluppo della promozione, comunicazione ed educazione alla salute nel territorio. Inoltre, si dovrebbe costituire un organismo o un'impresa di comunità dotata di adeguate e variegate competenze umane e di un budget di funzionamento che possa costituire l'infrastruttura tecnico-operativa necessaria. Tale organismo svilupperebbe progetti triennali basati su protocolli di intesa dei vari enti pubblici, no-profit e privati del territorio sui quali far convergere finanziamenti europei, nazionali, regionali e locali. In tal modo la PS avrebbe gambe per camminare e sviluppare

un'azione costante e sistematica nei quartieri, nelle scuole, nelle Case della salute, in vari ambienti cittadini. Un'azione che richiederà grosse capacità creative, connettive e comunicative per mettere a frutto le risorse disponibili nei vari settori della vita cittadina al fine di operare per obiettivi comuni.

Si tratterebbe quindi di un investimento qualificante di un welfare comunitario e culturale innovativo di cui una città come Parma potrebbe dotarsi ponendosi come capofila di una ricostruzione del tessuto sociale e di una valorizzazione delle risorse del territorio nella fase successiva a quella emergenziale generata dal Covid-19.^{2 3}

16 Novembre 2020

Marco Ingrosso

² Bibliografia: Asvis (2020), *Politiche per fronteggiare la crisi da Covid-19 e realizzare l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, <https://asvis.it/public/asvis2/files/Pubblicazioni/RapportoASviSCovidAgenda2030.pdf>

Eupha-Health Promotion, Iuhpe and Unesco Chair Global Health & Education (2020), *Una prospettiva di promozione della salute nella risposta al COVID-19: teniamo il cavallo di Troia fuori dai nostri sistemi sanitari, promuoviamo la Salute per tutti nei tempi di crisi e oltre!*, "Sistema Salute", vol. 64, n.2, aprile-giugno.

Ghebreyesus, T.A. (2020), *Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response*, "World Psychiatry" Jun; 19(2): 129–130.

Ingrosso M. (2013), *Attualità e riorientamento della Promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo*, "Sistema Salute", vol. 57, n° 3, luglio-sett.

Ingrosso M. (2018), *La cura complessa e collaborativa*, Aracne, Roma.

Laverack G. (2017), *Health Promotion in Disease Outbreaks and Health Emergencies*, CRC Press: Boca Raton, FL, USA.

³ [Articolo su batteci.it](https://www.batteci.it)

Prima la comunità: quale?

di Pietro Pellegrini



La pandemia ha evidenziato come sia necessario un sistema di welfare pubblico universale, solidale, sostenuto da un patto sociale condiviso e praticato. Il riferimento ai valori costituzionali – che affonda le radici nelle culture cattolica e social-comunista, nell’antifascismo, nella resistenza ad ogni forma di dittatura e nel rifiuto del razzismo – appare evidente e naturale per chi ha una certa età ed ha vissuto la stagione dell’emancipazione e dei diritti, ma non è affatto tale per chi ha subito nella propria esperienza di vita, sulla propria pelle, il peso del neoliberismo prima temperato e poi sempre più vincente. Il richiamo alla Costituzione rischia di essere un insieme di parole retoriche, specie quando le persone sperimentano l’assenza del welfare e la delusione diviene disillusione e rabbia, ma non espressa nelle abituali forme di protesta.

Il neoliberismo ha indicato e reso il welfare un bene di lusso “che non ci potevamo più permettere”, ha detto che la società non esiste ma vi sono solo individui. Questo avrebbe dovuto vederci oppositori, convinti sostenitori della solidarietà anche fiscale (visto che chi paga il welfare sono i lavoratori) ma in fondo siamo stati sconfitti. Talora si è ampiamente colluso, nell’idea che il liberismo potesse essere “temperato”.

Il neoliberismo non ammette il suo fallimento nemmeno di fronte al virus, allo stato del pianeta, alle emergenze umanitarie di vari popoli, alle guerre e alle carestie e al costante depredamento di risorse. Non ha nulla da dire se massicci finanziamenti pubblici finiscono a privati (le cui attività non sono affatto strategiche e nemmeno essenziali) quando era inaccettabile che andassero a scuola e welfare. La

forza del capitale è cresciuta e le disuguaglianze aumentate anche grazie ad un dominio culturale rispetto al quale non c’è controcanto.

Se il progetto di trasformare il welfare italiano in un *medicare* per i poveri ha comunque lasciato in piedi un sistema ancora valido di servizi, come investire se non partendo dalla persona nella comunità? La questione delle comunità nello scenario tra globale e locale risente del processo di privatizzazione anche della sofferenza, che ha comportato il nascere dalle individualità (ognuno deve “arrangiarsi”), di frazioni di comunità diversamente connotate da fattori culturali ed etnici: gli stranieri, le corporazioni, i tutelati, le partite iva, le donne, i generi, i NEET, gli anziani, ma anche i no vax, i razzismi, i suprematisti. Monadi e piccoli gruppi, in una realtà allargata, dove il virtuale è assolutamente presente e cambia ogni attività compresi i modi di comunicare e interagire e dove la comunità al singolare, unitaria e integrata non esiste.

Questo processo di frammentazione non può essere facilmente ricomposto se non viene conosciuto e incontrato nelle reali condizioni di vita delle persone, delle tante tipologie di famiglie e delle situazioni sociali. Dunque, di quale comunità stiamo parlando?

Isolamento, solitudine, disperazione, povertà (di diversi tipi), anomia sono in incremento in ogni ambito. Le classi meno abbienti sono deluse da una società che a loro non riserva quasi nulla, se non precariato e lavori instabili, si sentono tradite da un welfare che non assicura nessun diritto a chi non ha titolo diverso da quello di semplice cittadino (le protezioni categoriali e selettive aprono un’altra questione); inoltre, se uno non ha nemmeno questo, rischia di non esistere e quindi diviene

invisibile e clandestino. Dunque, anche chi sta meglio può essere privato di un senso sociale. Anomia e indifferenza che sono alla ricerca di una speranza, per non finire in un cono d'ombra che rischia di diventare un buco nero nel quale verrà inghiottita un'intera generazione e con lei il sistema di welfare.

A chi dovrebbe rivolgersi chi non ha lavoro, reddito, casa e fino ad ora resiste perché persiste un welfare familiare, residuo dagli anni '70 del secolo scorso ma destinato a scomparire entro 20-30 anni circa. Poi in futuro saranno sempre meno i lavori stabili, le pensioni, le case di proprietà.... Le persone danno la sensazione angosciata di essere sole e senza riferimenti.

Anche in Emilia Romagna, i dati su famiglie con minori in condizioni di povertà, sul livello di abbandono scolastico, sugli sfratti esecutivi, sui senza tetto, sulla violenza di genere, tanto per citare alcuni temi, sono già molto seri. Non bastano certo le pur meritevoli iniziative dei servizi pubblici e quelle solidali, se non si riprende il tema del *patto sociale incentrato su diritti e doveri*, ridefiniti nella loro consistenza, esigibilità e fruibilità come base per costruire il futuro, in grado di creare emancipazione ed evoluzione. Altrimenti aumenterà il divario tra ideale e reale e vi sarà una crescente sub-società, spesso invisibile, dell'esclusione, dell'indifferenza e dell'abbandono. Continueranno ad emergere contraddizioni e scelte drammatiche fra salute/lavoro, lavoro/tutela ambientale, lavoro/giustizia e parità di genere.

Avere confuso i diritti con le opportunità, ed oggi con i bonus e i ristori, è il segno della profondissima crisi sociale nella quale siamo immersi, specie se si pensa che anche i

doveri sono diventati opzionali, secondari, derogabili, ridicibili in base alla mera convenienza, individuale o di gruppo, anche quando dovuti in base alla legge. Doveri verso l'altro che non scattano nemmeno quando questi è in pericolo di vita, nemmeno quando è nella sofferenza. Il problema non è solo per l'altro, ma per ciascuno di noi, per la nostra umanità e socialità. Si crea così, l'uomo psicopatico e sociopatico privo di empatia e senso di responsabilità, di rispetto per l'altro e quindi per la democrazia. Un percorso che mina la verità in ogni sua forma, la parola perde senso mentre avanza l'azione.

Questa decadenza, solo attenuata dal persistere sia di un'etica privata in ambito pubblico, sia di un sistema di servizi non è ancora arrivata alla catastrofe ma si è già abbattuta sulle prospettive di vita delle persone, a partire da quelle delle giovani generazioni, private di futuro. Si attende l'uscita dal Covid come ripresa, euforia di un progresso, quando invece servirebbero la giusta misura, la frugalità e la cultura.

È necessario trovare il minimo comune denominatore, per definire quanto unisce tutti in una visione universale, che sappia affrontare apertamente il conflitto superando – in nome della verità e dell'aderenza ai fatti – le trappole del “buonismo” e del “politicamente corretto”. Occorre una prospettiva rivoluzionaria, in grado di rimettere in gioco le forme della produzione, gli interessi, la composizione e lo stato delle comunità e i valori delle persone. Lo stato di sofferenza e alienazione, di depressione e disperazione che rischia di minare anche migliori risorse e per questo essere e divenire speranza, sogno e utopia, come elementi costitutivi di relazioni.

Solo con questo bagno di umiltà e realtà la comunità può essere un sogno, ma è non quella degli anni '60, indietro non si torna. Un sogno che può voler dire immaginare di creare microcomunità, ambiti dove le persone possano trovare sicurezza, solidarietà e possibili evoluzioni della propria persona, magari con strumenti nuovi come i “budget di salute” nell’ambito di una rete nuova di servizi di comunità. L’esempio positivo di Riace di Mimmo Lucano è un modello attaccato e abbandonato. Su questo sbandamento, sul fare propri – in numerose componenti della popolazione – di convinzioni razziste più o meno attenuate, si manifesta la sconfitta culturale del welfare pubblico che trascina con sé anche i servizi: con i migranti soccombono anche i servizi di accoglienza e integrazione, magari per incrementare poi a dismisura la risposta securitaria e penitenziaria.

Il progressivo trasferimento di compiti e interventi al sociosanitario (compiuto a risorse invariate o calanti), con la delega abbandonica che l’accompagna, è frutto di una crisi politica e di una convivenza sociale abitata da interessi privati conflittuali e non più da un insieme di contesti in grado di accogliere, organizzare presenze, far vivere valori per una piena realizzazione della persona.

Per le generazioni del dopoguerra lo studio è stato elemento di riscatto, di emancipazione da una povertà economica che era connotata da umiltà, dignità, parsimonia, solidarietà e impegno caparbio. Ha funzionato perché vi era una prospettiva di lavoro anche nel sistema pubblico. Vi era la volontà di unire la crescita personale con quella dei servizi perché tutti ne potessero essere parte. Il welfare pubblico universale è stata la più grande opera del

Paese. Parrocchie, cooperative, circoli, associazioni, squadre sportive, scuole sono state fondamentali per questo, incrociando un sistema produttivo che ha saputo accogliere e migliorarsi e un insieme di servizi che vedevano l’orgoglio del fare, dell’appartenere.

Chi è responsabile dello stato dei servizi, della ricerca, di un sistema pubblico che rispetto alla media Europea ha circa 1 milione e duecento mila operatori in meno?

Le crisi istituzionali e della partecipazione hanno creato crepe ancora presenti che hanno rotto l’unitarietà della comunità. Le frammentazioni hanno riguardato anche i servizi sanitari (compresi quelli psichiatrici), dove le pratiche reali, spesso sostenute da una cultura democratica, hanno ridotto l’ambito delle competenze agli aspetti più tecnici, biologici e psicologici, lasciando in secondo piano quelli sociali, considerati competenza di altri. I servizi sociali hanno visto ristretto l’ambito degli interventi, dei diritti, in ragione di una logica valutativa volta a selezionare a chi riservare le prestazioni.

Nella pandemia si è visto come la presenza di servizi sanitari e sociali sul territorio, pur con tutti i limiti, è stata un elemento di riferimento e di sostegno; nelle difficoltà inattese molti utenti e famiglie si sono attivate mostrando capacità di automutuoaiuto, la casa della persona è diventata la vera casa della salute. Sul sistema territoriale, sulle previste *Case della Comunità* occorre investire, ma partendo dalle persone e non dai luoghi, dai collegamenti e non dalle insegne, dalla concretezza dei bisogni dei territori e non da nuovi dirigismi. La distanza fra bisogni e le risposte è sempre ampia e diviene ancora maggiore se viene persa la funzione sociale delle attività

produttive, dei servizi, della cultura, dei trasporti, della programmazione del territorio.

Questi restano improntati da una cultura neoliberista e del profitto privato (si pensi alle partecipate alle quali il sociale eroga sussidi perché non taglino il gas agli utenti poveri). Il distacco fra sociale e sanitario ha mostrato tutti i limiti con la pandemia e su questo le riflessioni sono molteplici: su come le programmazioni e le gestioni non siano unitarie e le Case della salute e i Punti di comunità crescono in via indipendente, per poi invocarsi l'un l'altro.

Allora credo occorra conoscere, fare analisi approfondite, ascoltare, ricercare per creare ipotesi e soluzioni. Abbiamo già molti dati che allarmano, ma dobbiamo capire di più ogni territorio e le condizioni delle persone. Questo anche per affrontare il tema dell'ambiente, della progressiva urbanizzazione e insieme l'abbandono di altre aree, delle comunità divenute disabitate. Un processo che non può essere fermato senza una politica di sistema, senza chiedersi quante risorse destinare/investire/attivare nel welfare per superare modelli assistenziali obsoleti, onerosi e non di comunità.

In definitiva, esistono più comunità che vanno conosciute, mentre la coesistenza e la ricerca di un comune denominatore è essenziale per un nuovo patto sociale che renda esigibili i diritti, inderogabili i doveri e che si confronti con le difficoltà reali di ogni ambito. In questo quadro di riferimento politico e ideale, diventa importante la creazione di Case di comunità, intese come *microcomunità* che uniscono tramite le connessioni e la partecipazione le persone tutte con una loro *Casa della salute*,

rendendole protagoniste della loro vita individuale e sociale insieme, per un futuro comune.⁴

23 Gennaio 2021

Pietro Pellegrini

⁴ [Articolo su battei.it](https://www.battei.it)

Politiche ed interventi per promuovere la salute nelle comunità locali

di Marco Ingrosso



Il promuovere la salute si articola in tre ambiti fra loro intrecciati: in primis *l'ambito formativo*, che non deve essere solo limitato alle fasi dello sviluppo (come è stato prevalentemente pensato finora) ma deve potersi estendere a tutte le età della vita (*long life learning*), in particolare quelle di apprendimento/cambiamento nelle fasi critiche e di passaggio del corso di vita. In secondo luogo, *l'ambito comunicativo*, inteso sia come comunicazione dialogica e multidimensionale (ossia relazionale) fra gli attori della salute, sia come comunicazione socio-ambientale, ossia informazione disponibile e 'lanciata' *erga omnes* attraverso i media. Il terzo ambito è quello delle *politiche, degli interventi e delle risorse ambientali*, in altre parole tutte le occasioni che permettono ad una popolazione residente su un determinato territorio di mantenere e sviluppare stili di vita sani, godere di una buona qualità della vita e poter usufruire di pratiche salutogenetiche in modo diffuso e agibile (ossia superando le diseguaglianze e le barriere di reddito, età, genere, cittadinanza, cultura, ecc.).

In questo breve scritto mi focalizzerò su questo terzo campo di condizioni e interventi. La lunga esperienza delle 'città sane' e della promozione della salute negli ambienti di vita (scuola, lavoro, spazi di tempo libero, ecc.), sviluppata a partire dagli anni '80 del Novecento, ha evidenziato una lunga lista di possibilità di creare e mantenere spazi verdi, quartieri vivibili a misura di anziano e di bambino, di sviluppare attività di moto e sportive disponibili per la popolazione, di creare occasioni culturali aggregative e via enumerando. L'introduzione del concetto di *salutogenesi* nella promozione della salute (a partire da un

articolo dell'ideatore del termine e della sua teoria: Antonowsky, 1996) ha inoltre evidenziato la possibilità di sviluppare una serie di 'risorse di adattamento e di resistenza' di tipo 'generalizzato' (ossia diffusamente disponibili) o 'specifiche' (ossia create ad hoc per la specifica necessità e occasione). In generale, il concetto di salutogenesi ci dice che dobbiamo sempre pensare non solo a curare terapeutica e a prevenire i rischi per il benessere, ma che è altresì necessario e utile (in termini di benefici e risultati) favorire processi di sostegno al 'senso di coerenza' e alla resilienza (personali ma anche collettivi) sia nelle fasi di benessere della vita sia nelle fasi di malessere e disadattamento, quindi tanto per le fasce di popolazione che stanno vivendo fasi di relativo adattamento e di equilibrio, quanto per altre che attraversano momento critici e di cambiamento. La novità introdotta dall'*evento-Covid* è quella che tutte le persone che fanno parte di tutte le popolazioni mondiali hanno subito stress prolungati e quindi (con modalità e intensità diverse) tutte attraversano un lungo periodo di crisi e ridefinizione.

Il concetto di '*sense of coherence*' personale è inteso da Antonowsky come un costrutto che favorisce l'adattamento e la capacità di far fronte alle difficoltà della vita (*coping*): esso però può essere creato e mantenuto solo grazie ad un insieme di 'risorse di resistenza' che il soggetto incontra nel proprio percorso di vita. L'autore ha dato diversi esempi di tali risorse senza tuttavia proporre un modello o una classificazione ragionata (come invece ha fatto col concetto di '*sense of coherence*'); anche negli studi successivi che si stanno sempre più ampliando (Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M. et al., 2017) non è stata finora

sviluppata una casistica abbastanza ampia e ragionata di questi processi. Evidentemente essi non sono di tipo standardizzato, ma sono prettamente contestuali ad un insieme di dinamiche soggettive e sociali che producono effetti virtuosi. In ogni caso, si possono avanzare alcune indicazioni di massima su quali possono essere dei processi che è possibile favorire e indirizzare pensando a specifici settori territoriali organizzati e attivi.

In primo luogo, vi sono parecchi studi specifici sulla rilevanza sociale e personale delle *attività di aiuto, cura e affiancamento* esercitate da diversi soggetti sociali, in particolare quelli di terzo settore e del volontariato organizzato, ma anche quelli informali di vicinato e amicizia, così come quelli associativi e comunitari, che costantemente ricreano il *capitale sociale* di una comunità locale. Questi ambiti generano inclusione, riconoscimento, coesione sociale e contengono molti processi degenerativi che possono avvitarsi in situazioni socialmente distruttive e conflittuali.

Anche le *attività culturali, artistiche, spirituali* sono state analizzate come capaci di creare coesione, vicinanza, fiducia sociale, senso e quindi contenere le percezioni di sfiducia, paura, ansia, solitudine, migliorando il senso di appartenenza e l'attesa di futuro. Esse dunque devono essere viste come processi sociali rilevanti per la creazione di benessere e salutogenesi in una comunità locale.

Fra le attività che si pongono a cavallo fra il mantenimento dell'equilibrio personale nelle fasi di benessere e il ripristino durante le fasi di disadattamento, malessere, convalescenza possiamo altresì annoverare diverse *pratiche corporee* (o di equilibrio mente-corpo) sia di provenienza 'orientale' (come

yoga, meditazione, shiatsu, tai chi, ecc.) sia di provenienza 'occidentale' (training autogeno, ginnastica posturale, danza, immersione in ambienti naturali, cura del giardino e dell'orto, pratiche di relax, ecc.). Tali pratiche (alcune di tipo organizzato e professionale, altre di tipo informale) costituiscono un ulteriore campo di 'risorse di adattamento' che sarebbe utile riconoscere, valorizzare e utilizzare nei processi che favoriscono il benessere sociale e la salutogenesi.

La *dimensione ambientale ed ecologica* è inoltre sempre più riconosciuta come basilare per un vivere sani e in salute. Essa è legata al tema globale del clima e della transizione climatica globale in corso, ma è altresì legata alla vivibilità, alla sicurezza urbana, alla caratterizzazione storica e simbolica dell'abitare, in una stretta connessione fra salubrità e significatività culturale.

Relativamente a questi quattro campi d'azione, il vero salto che la promozione della salute/salutogenesi immagina e suggerisce è quello di estendere gli interventi a tutte le condizioni di vita attraverso un costante impegno collettivo. Queste pratiche sono oggi viste solo in un'ottica di preferenze prettamente individuali e distintive, ma per marcare la loro utilità anche in termini 'di popolazione', ossia come contributo al benessere sociale, corporeo e mentale di intere collettività, esse devono far parte di un'azione collettiva concertata, sistematica e di lungo periodo. Per far questo è necessario che esse siano conosciute e utilizzabili (sempre in modo volontario) da ampie fasce di popolazione, superando barriere e discriminazioni di accesso. Solo in questo modo si possono avere ampi e duraturi benefici collettivi, capaci di incidere sui dati di malattia,

malessere, qualità di vita, durata di vita e quindi, potenzialmente, riducendo il *burden of disease* (ossia il peso della perdita di qualità di vita nei periodi di malattia, soprattutto cronica, che occupano lunghi periodi della vita) e i conseguenti costi legati alla non-autonomia, cronicità prolungata, assistenza ‘totale’ e istituzionalizzata, solitudine e così via.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario investire su nuclei attivi e professionali di promozione dalla salute situati nei quartieri (e magari operanti in ‘Case della salute di comunità’), coordinati a livello territoriale/comunale, aventi il compito di sviluppare azioni e progetti sociali capaci di dare una configurazione a queste “risorse di adattamento” comunitarie e insieme lavorare sugli ambiti della formazione e comunicazione.

Tutta quest’area di attività potrebbe far capo ai Comuni e quindi ai Sindaci e ad assessorati competenti, distinta dalla sanità professionale, ma insieme raccordata a livello operativo all’interno dell’insieme degli interventi socio-sanitari e promozionali facenti capo a Case socio-sanitarie della salute e del benessere condivise e gestite unitariamente a livello di quartiere. In tal modo anche il personale sanitario, e in particolare il medico di MG (o, come preferibile per il futuro, ‘della persona’) potrebbe avere a disposizione strumenti agibili per integrare gli interventi terapeutici con azioni favorevoli stili di vita sani e processi salutogenetici, così come, viceversa, la conoscenza della popolazione e la vicinanza in occasioni non medicali potrebbe aiutare gli attori raccolti intorno alla promozione della salute a

segnalare o mediare interventi sanitari, prevenendo processi degenerativi e patogenetici.

In una prospettiva che volesse intervenire in modo ampio e di lunga durata per sanare le ferite inferte e tutti e a ciascuno dalla convivenza col virus Sars-CoV-2, si dovrebbe quindi concepire e organizzare una nuova area di un *continuum di salute* che comprenda aspetti pre-medicali, salutogenetici e di adattamento oggi frammentati e mancanti (o agibili solo individualmente e per pochi) attraverso un investimento lungimirante realizzato da e con delle *comunità locali innovative*, capaci di far dialogare le componenti politico-istituzionali con quelle operanti nel campo della rigenerazione della salute e della qualità di vita.^{5 6}

25 Gennaio 2021
 Marco Ingrosso

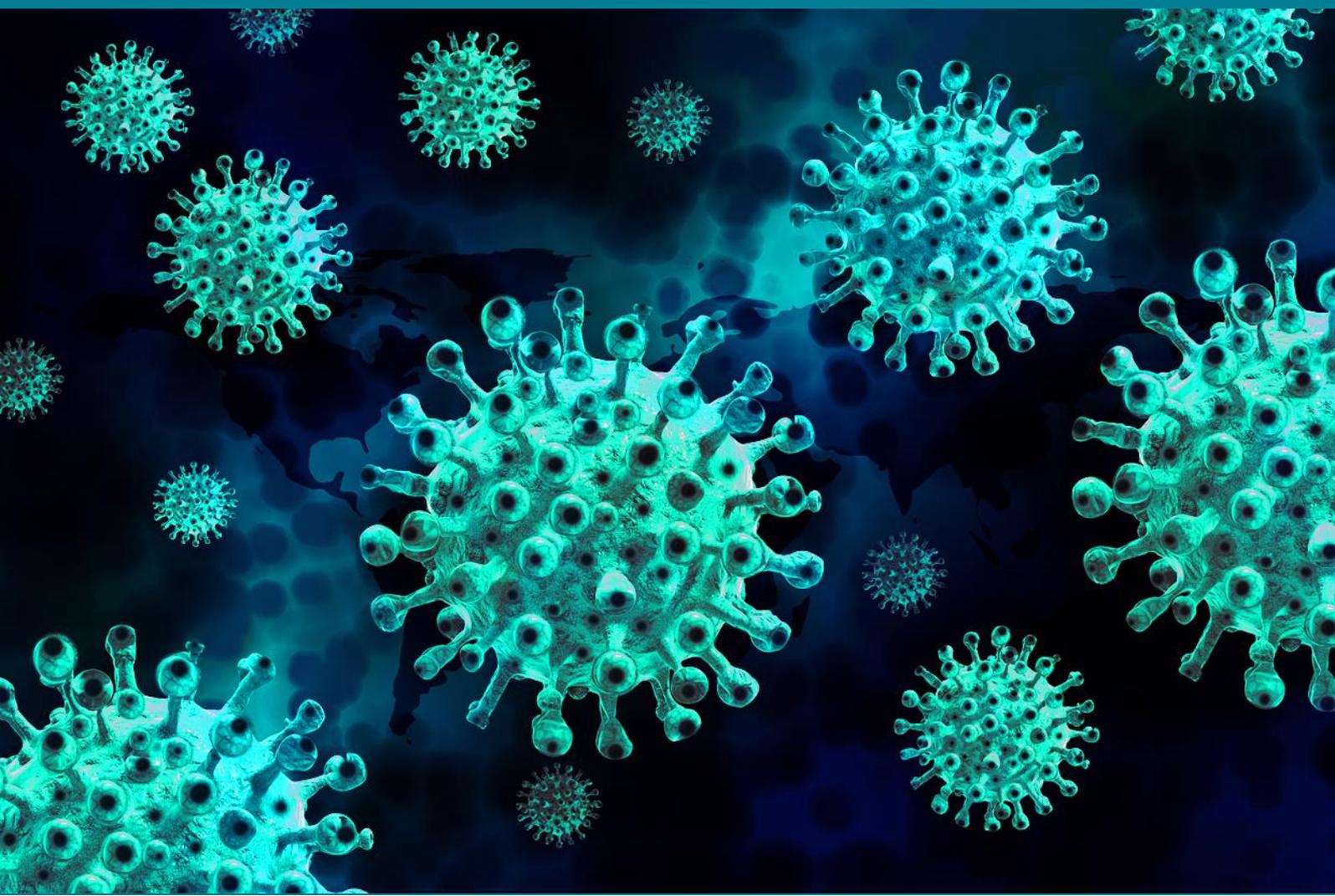
⁵ Bibliografia: Antonowsky A., *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, “Health Promotion International” 1996; vol 11, 1: 11-18.

Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M. et al., eds, *The Handbook of Salutogenesis*, Switzerland: Springer; 2017.

⁶ [Articolo su battei.it](https://www.battei.it)

Quattro vie per un nuovo “Patto per la Salute”. Riflessioni a partire dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

di Marco Ingrosso



Davanti al Covid: non solo sanità, ma anche socialità

Molte voci si sono levate nel corso di questa pandemia per sottolineare la rilevanza dei servizi territoriali di tipo sanitario (ossia le *cure primarie*) nell'affrontare l'evento Covid-19 e la necessaria sinergia fra intervento ospedaliero e intervento territoriale. Misure straordinarie come le USCA (*Unità Speciali di Continuità Assistenziale*) sono state messe in atto per raggiungere e curare le persone a domicilio.

Anche nel piano vaccinazioni, gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e le *Case della salute* sono stati chiamati in causa come luogo di primo intervento e di maggiore vicinanza rispetto alla popolazione (anche se non in tutti i casi questi luoghi sono adatti a questo compito).

Si è altresì sostenuto, a ragione, che i Sistemi Sanitari Regionali che avevano la migliore dotazione di cure primarie hanno risposto meglio a questa evenienza, contrariamente a chi aveva privilegiato solo gli ospedali.

Nota tuttavia che molto meno si è parlato dell'attività di *vicinanza e sostegno* alla popolazione più debole che il servizio sociale, i servizi domiciliari e quelli di salute mentale hanno svolto in questo frangente, pur nelle difficili e nuove condizioni in cui si sono trovati. Questo sostegno si è esplicitato, almeno in parte, nonostante che le disposizioni sul distanziamento – resosi necessarie in ragione della forte infettività del Covid – siano state scarsamente coniugate con la considerazione delle *esigenze di sostegno, cura, comunicazione* che erano necessarie alle persone ricoverate in ambiente ospedaliero e nelle RSA, o

anche a quelle isolate nel proprio domicilio. Esigenze che, ricordiamolo, hanno una significativa incidenza sulla qualità di vita, ma anche sulla *sopravvivenza delle persone*, per non parlare del rispetto della dignità e umanità. Credo che abbiamo pagato un grosso prezzo a causa di questa mancanza di visione, ossia di *concezione integrata della salute*!

Una delle lezioni da apprendere da questo evento pandemico è la necessità di essere preparati a tenere insieme le due dimensioni, anche con interventi appositi e straordinari come la comunicazione a distanza, ma soprattutto come modalità ordinaria di cura in cui gli aspetti terapeutici e quelli relazionali devono sempre essere compresenti.

Il PNRR: espansione quantitativa della sanità o nuovo Patto per la salute?

In questa sede, tuttavia, non vorrei soffermarmi tanto su quello che abbiamo vissuto nell'ultimo anno, ma piuttosto sulle *prospettive che abbiamo davanti*. Mi sembra che il PNRR (*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*) in discussione in questo periodo segni una svolta, nel senso che si propone di investire in modo rilevante per una riforma di tutta l'area dei servizi territoriali: in particolare nel piano approvato prima della crisi del Governo Conte II si parlava di 19,72 mld per la salute e 27,62 per l'inclusione e la coesione. Diverse voci critiche hanno parlato di insufficienza della prima cifra, ma credo che anche la seconda debba essere considerata se vogliamo andare verso un sistema integrato socio-sanitario come da tempo si propone.

Provo a leggere nelle tabelle e vedo che alla voce M6C1 si parla di 'Assistenza di prossimità e telemedicina'. I capitoli che articolano

questa tabella sono: ‘Casa della Comunità e presa in carico della persona’, ‘Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare’, ‘Sviluppo delle cure intermedie’. Segue poi la voce M6C2 che parla di ‘Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell’assistenza sanitaria’. Vi è inoltre una piccola voce (in termini quantitativi) denominata ‘Salute, Ambiente e Clima. Sanità pubblica ecologica’.

Se queste sono le voci enunciate, è necessario che ci si metta al lavoro per definire che tipo di ‘Casa della comunità’ vogliamo, quale modalità di ‘Assistenza di prossimità’ si vuole attuare, di quali innovazioni necessitano le cure domiciliari, le cure intermedie, la telemedicina. È su questo che vorrei avanzare qualche proposta in questa sede.

Su questi temi negli ultimi mesi stanno fiorendo diverse proposte: alcune di *taglio sociale e comunitario* (come quelle del movimento ‘Prima la comunità’), altre di tipo *tecnologico* (digitalizzazione della medicina in primis), altre ancora legate alla valorizzazione di *specifiche professionalità* (mediche o infermieristiche in primis). In tutti i casi si richiede per un *aumento quantitativo di addetti e risorse economiche disponibili*, pensando che questo sia risolutivo, mentre alcune forze hanno già sviluppato una presa posizione contro l’una o l’altra ipotesi (penso in particolare alle Case della Comunità non viste di buon occhio da alcune sigle mediche).

Sicuramente abbiamo bisogno di un numero maggiore di addetti, tuttavia se si perde l’occasione di un ripensamento profondo di tutto l’ambito territoriale dopo decenni di blocco dell’innovazione e di continuo contenimento economico, rischiamo di perdere una occasione storica, ma anche di ritornare

agli *schemi riduzionistici* centrati sulla spesa che solo pochi mesi or sono, nel periodo pre-Covid, avevano messo in discussione la *sostenibilità economica* ma anche quella *sociale* del SSN e del sistema di welfare.

È per questa ragione che si deve definire un ‘Patto per la Salute’ fra la popolazione, i professionisti e operatori, i manager, i rappresentanti dei cittadini basato sul *maggior coinvolgimento delle persone e delle comunità nelle proprie cure e nel sistema delle cure*, e, dall’altra, *sull’ascolto della fatica e dell’insoddisfazione dei professionisti* verso un ambiente di lavoro burocratizzato, eterodiretto, depersonalizzato. Dobbiamo *ricucire le relazioni di cura* da tutte e due le parti, e fornire nuovamente delle mete alte in una prospettiva di *cure complesse e collaborative* in cui ogni parte in causa trovi riconoscimento e valorizzazione. Si tratta di un vero *cambio di paradigma e di ecologia delle cure*, individuando nuove risorse collaborative, nuove dinamiche che vanno oltre le attuali procedure. Lo stato di eccezionalità del Covid ci ha insegnato che questo è possibile: molti muri sono stati varcati, nuove progettazioni sono state realizzate, nuove energie messe in campo. In particolare si è generata una nuova attesa collettiva verso il complesso socio-sanitario che non può andare delusa. Si tratta quindi di aprire un cantiere di idee, sperimentazioni, esperienze.

Quattro Vie da percorrere

Vorrei indicare Quattro Vie che possono portare a questo nuovo Patto per la salute da costruire, focalizzato su territori concepiti come comunità locali da ricucire e rigenerare. I quattro percorsi si rimandano e definiscono un orientamento, una cornice di riferimento,

nonché delle strade per uno sviluppo culturalmente nuovo delle *Case della salute/della comunità*, capaci di diventare motori di reti comunitarie e riferimento partecipativo della popolazione residente in un ambito territoriale, in un quartiere. Queste vie iniziano tutte con la P e sono: *Prossimità, Partecipazione, Produzione della cura, Promozione della salute*.

PROSSIMITÀ. Con prossimità indichiamo il movimento di ‘andare verso’ qualcuno. I nostri servizi sia sociali sia sanitari operano normalmente con una modalità ‘di sportello’, erogano cioè una prestazione quando qualcuno va da loro, richiede qualcosa di cui ha diritto, coi tempi che il sistema decide o riesce a soddisfare. Vi è quindi un’azione di oggettivo scoraggiamento spazio-temporale (andare-attendere) e, secondo punto, nel migliore dei casi si dà una risposta che è *prestazionale, specifica, delimitata*. L’effetto è quindi quello di fornire *meno risposte* rispetto ai bisogni e risposte *non complete*, non complesse, ma piuttosto parziali, spesso insufficienti, per non parlare della dimensione qualitativa e relazionale della cura che diventa *affrettata, incompiuta, insoddisfacente*. Questo fenomeno è stato aggravato dalla crisi economica iniziata nel 2008 che ha portato a tempi di attesa più lunghi, LEA non soddisfatti, rilevanti disegualianze rispetto all’accesso alle cure, bisogni lasciati marcire, reti sociali sfilacciate e inesistenti. Bisogna invertire questo trend lavorando in un altro modo, appunto andando verso, *diventando più prossimi*, conoscendo meglio la realtà fine dei quartieri.

La prossimità segna però anche una *opportunità*, non solo per far meglio il lavoro sociale e sanitario, gettare delle reti più ampie per cogliere le situazioni che sfuggono ai

servizi, ma anche per scoprire la risorsa del ‘far rete’, ossia di animare e ricucire spazi desertificati, di attivare delle risorse relazionali e di vicinato che non sarebbero altrimenti presenti. Vi sono già esperienze interessanti a Trieste (le *Microaree*), a Bologna e anche a Parma (Villa Ester) che vanno da subito incrementate in altre aree delle città. Vanno però anche ricordate con le Case della salute e le cure primarie, cosa che ora risulta difficile, anche perché queste non si pongono ancora nell’ottica della *medicina d’iniziativa* e di una collaborazione strutturata col settore sociale, sviluppando una *sensibilità comune* verso le reti sociali e la dimensione comunitaria. Questa Via implica quindi rilevanti innovazioni metodologiche e operative.

PARTECIPAZIONE. È il sentirsi parte, prender parte, responsabilizzarsi verso qualcosa che è sentito come bene collettivo e comune. Si dice che i processi partecipativi siano in crisi, ma sono in crisi perché incidono poco, sono scoraggiati da procedure molto burocratizzate miranti solo all’efficienza o all’assolvimento di requisiti formali. Si assiste ad una sorta di professionalizzazione forzata del volontariato perdendo parte della sua libertà d’iniziativa e della sua ricchezza umana, ma più in generale non c’è ascolto delle esigenze che si manifestano su un territorio. Immaginiamo invece una Casa della salute/della comunità in cui sia possibile *discutere degli indirizzi*, in cui sia possibile partecipare alla *governance*, in cui varie associazioni siano – appunto – *associate a progetti comuni* a favore della popolazione residente: ad es. assistenza alle fragilità, telemedicina, comunicazione sanitari-cittadini, promozione della salute. In cui magari sia

possibile raccogliere anche risorse aggiuntive da parte del tessuto economico e sociale per svolgere progetti condivisi di tipo innovativo. La partecipazione a progetti comuni può diventare un momento di *creatività* dei professionisti, dei volontari, della popolazione residente associata ad una Casa e quindi costituire non un peso, ma una ulteriore risorsa che fluidifica le macchine organizzative socio-sanitarie e le porta a nuovi traguardi operativi.

PRODUZIONE DELLA CURA. Riguarda l’insieme di tutte le condizioni organizzative, tecniche e sociali che permettono di generare e rigenerare continuamente l’insieme delle cure necessarie per una popolazione. Gli aspetti tecnici e organizzativi sono importanti, ma al centro vi sono i rapporti collaborativi fra i vari professionisti, gli operatori e le reti informali, da una parte, e le relazioni di cura fra professionisti e persone in cura, dall’altra. La persona in cura (denominazione da preferire a quella di ‘paziente’), in questo caso, non è solo un destinatario della cura (e nemmeno una persona ‘al centro’ del lavoro degli altri), ma è un *co-produttore* della cura. Tali nuove modalità di co-produrre la cura implicano il *coinvolgimento* della persona in cura (*engagement*), ma anche una nuova capacità dei professionisti di *stare nella relazione*, di attivare *dialogo e comunicazione*, di adottare tutto un insieme di *modalità ambientali e organizzative* che permettano al soggetto che richiede aiuto di sentirsi parte del proprio percorso di cura, responsabilizzato del suo andamento, in grado di assumere decisioni fondamentali in modo congiunto coi curanti. Nel campo della salute mentale vi sono da tempo sperimentazioni sul *budget di salute* che vanno in questa direzione. Si

devono quindi fare dei grossi passi avanti nel modo di rapportarsi reciproco, di collaborare, perché siamo in una fase in cui il soggetto richiede informazione, formazione, co-decisionalità. La mancata accoglienza di questa *esigenza sentita* da un’ampia fetta di popolazione produce fenomeni di sfiducia, diffidenza, incomprensione che possono alimentare la contrapposizione (che talvolta può sfociare in aggressività – in varie forme – e fuga nel complotto, come emerso chiaramente durante il periodo Covid e non solo).

Accogliere questa istanza socialmente matura permette di attivare un’altra grossa opportunità: quella di una responsabilizzazione più diffusa del cittadino verso la ‘buona cura’, quella di *ricucire un patto fiduciario* fra curanti e curati. Dunque, bisogna ragionare di un diverso modo di *formare le persone* non solo alla salute ma *alla cura*, scoprendo, anche qui, una nuova risorsa che il soggetto può rappresentare per la *cura di sé* nel quotidiano e per il buon andamento della terapia quando necessario. Le cure primarie possono diventare *battistrada e allenamento* per permettere a molti di sperimentarsi co-produttori della cura, grazie alla specifica continuità assistenziale rappresentata dal *medico della persona* operante in un ambiente collaborativo e comunitario.

PROMOZIONE DELLA SALUTE. Anche il campo della promozione della salute può essere un investimento di una comunità che si dà un programma ampio, rivolto a diverse fasce d’età e di condizione sociale, per attivare non solo risorse terapeutiche e preventive, ma altresì generatrici di salute (*salutogenetiche*). Nei prossimi anni dovremmo lavorare sul disagio diffuso prodotto dal Covid, ma

questo si deve fare sviluppando nuove modalità di animazione che vedano i soggetti partecipi. Al contempo dovremmo impegnarci a sviluppare una *nuova cultura della cura nella popolazione* (a cominciare da quella giovanile), stabilendo un contatto più diretto col personale medico, infermieristico, sociale e in generale ‘di cura’ a tutti i livelli. Per far questo dovremmo costruire una infrastruttura operativa territoriale attraverso dei *professionisti della promozione* che facciano da baricentro di una collaborazione virtuosa fra istituzioni e popolazione.

In conclusione, per andare verso un nuovo Patto di salute dovremmo adottare un *orientamento guidato dalle 4 P*, che hanno in comune una visione relazionale della vita sociale e dei rapporti di cura, dove la salute e la cura diventano *terreno comune, tessuto fra le persone e le istituzioni, bene collettivo*. Allora una nuova ‘Casa della salute di comunità’ (come mi piace chiamarla) diventa un obiettivo primario non tanto come luogo da costruire, ma come laboratorio, telaio artigianale su cui tessere dei processi relazionali continui, allargati, pluridimensionali, con il pieno coinvolgimento delle istituzioni sanitarie, ma anche del Comune, della scuola, dell’associazionismo e delle altre presenze territoriali che vogliono e possono ‘dare una mano’.

È un sogno che, se sognato insieme, può diventare realtà!⁷

12 Febbraio 2021
Marco Ingrosso

Commento di Alessandro Volta

Sottoscrivo interamente quanto ha scritto Marco, il quadro che ha delineato è piuttosto chiaro. Aggiungo qualche elemento che viene dall’esperienza di cure primarie che sto facendo in terra reggiana. Trovo centrale la necessità di mettere a sistema l’infermiere di comunità (che adesso chiamiamo infermiere della cronicità), quello che Marco individua come il ‘professionista della promozione’, in grado di produrre prevenzione (se non primaria, almeno secondaria e terziaria), con modalità di medicina di iniziativa e non in attesa della richiesta prestazionale (molto spesso poco appropriata). Noi stiamo sperimentando tutti i giorni la grande risorsa delle professioni sanitarie non mediche delle cure domiciliari e dell’assistenza di cure palliative, in autonomia, ma con integrazione con MMG, assistenti sociali, centri specialistici ospedalieri, Hospice, CRA, centri per i disturbi cognitivi, salute mentale, ecc., con anche reperibilità notturna e festiva. Questi infermieri delle cure primarie da noi collezionano elogi scritti dai pazienti e dai loro caregiver, gestiscono numerose persone e intere famiglie con anziani e cronici. Durante la pandemia i coordinatori infermieristici hanno tenuto unito il sistema, mettendo in rete anche le nuove risorse delle USCA, degli ambulatori Covid, del sistema dei tamponi domiciliari. L’altra lezione della pandemia è stata l’accelerazione degli strumenti di comunicazione digitale; oggi non ha più senso andare dal medico per ricevere una ricetta da portare in farmacia o fare ore di attesa per una visita ambulatoriale

⁷ [Articolo su battei.it](https://www.battei.it)

che può essere prenotata online; la sorveglianza telefonica o con videochiamata permette di ridurre le visite e di incrementare i contatti di follow up, soprattutto se a domicilio sono presenti strumenti come il pulsossimetro o un misuratore per la pressione. Abbiamo anche imparato che è possibile e utile prendere in carico tutta la famiglia, anche i minorenni presenti, attivando le risorse e le consulenze necessarie (ad esempio USCA in presenza e pediatra collegato in videochiamata). Molto di quanto fatto nell'ultimo anno potrebbe proseguire anche quando terminerà la pandemia. La digitalizzazione però deve essere meglio implementata, ad esempio rendendo obbligatorio il FSE (ormai tutti i dati sono informatizzati), senza aspettare una adesione volontaria lenta e a macchia di leopardo.

Un altro punto a mio avviso essenziale è rendere prassi il lavoro di gruppo dei MMG/PLS; lavorare in solitudine dovrebbe diventare l'eccezione, a costo di perdere in prossimità (per questo ci sarebbe l'infermiere di comunità e l'ostetrica). Lavorare in gruppo significa condividere, confrontarsi, specializzarsi, utilizzare ecografo, ECG, e tanto altro (anche esami ematochimici, sierologici e batteriologici rapidi), significa poter fare campagne vaccinali e gestire i principali PDTA senza delegare ai centri specialistici (dove si dovrebbe fare il secondo e terzo livello). Medicine di gruppo con infermiere e personale amministrativo, per i PLS anche l'ostetrica alcune ore alla settimana. Tutta attività programmata e pianificata, con offerta H12 che toglie accessi impropri ai PS. Nei week-end collegamento con la continuità assistenziale, che accede ai dati dei MMG, possiede elenchi dei pazienti palliativi e cronici, invia feedback e

referti online ai curanti e agli infermieri di nucleo.

Ultimo tassello sarebbero gli OSCO (tutti gli attuali piccoli ospedali dovrebbero diventare ospedali delle cure primarie o almeno una parte di queste strutture), dove un MMG può inviare un paziente per diagnostica e terapia, con possibilità di ricovero breve, infermiere H24; il MMFG manterrebbe le funzioni di responsabile delle cure, senza delegarle ad altri. Negli OSCO si creerebbero anche le connessioni tra medici delle cure primarie e specialisti territoriali, che diventerebbero dei veri e propri consulenti del MMG. La nuova generazione di medici di cure primarie mi sembra pronta per un salto di questo tipo. Resterebbero da gestire le questioni contrattuali e sindacali, ma la struttura per un cambiamento profondo credo che sia già presente.

Mi sono limitato agli aspetti prettamente sanitari che sono quelli che conosco meglio, ma l'integrazione è ovviamente ampliabile agli altri settori che nella relazione di Marco sono bene descritti.

15 Febbraio 2021
Alessandro Volta

Sperimentazione e autonomia per i nuovi Servizi territoriali di comunità

di Bruno Agnetti



Il Welfare di Comunità non è di per sé un fenomeno inedito: alcuni autori fanno risalire l'inizio di un modello collaborativo e partecipativo locale addirittura al periodo del Rinascimento Italiano. Oggi l'aspetto che potrebbe apparire come effettivamente innovativo potrebbe corrispondere alle applicazioni delle nuove tecnologie in ambito sanitario, come si è potuto intravedere durante la pandemia, ma le conseguenze sociologiche di tali applicazioni non sempre sono state favorevoli alle comunità e al rafforzamento delle loro relazioni interne.

Quando si sostiene che occorre investire in sanità, una volta superata questa sconvolgente pandemia, ne consegue che finalmente si pensa di considerare i servizi sanitari territoriali talmente importanti da diventare d'ora in poi il denominatore fondamentale per dare il via al nostro nuovo rinascimento sociale, economico e culturale. Peccato che sia stata necessario un evento disastroso come questa pandemia per fare ricredere i fautori della chiusura dei presidi sanitari territoriali perseguita negli ultimi 20 anni, così come nello stesso periodo non si è esitato a ridurre i finanziamenti per il territorio generando preoccupanti differenziazioni professionali e assistenziali. In effetti, avere il primato di Case della Salute nella nostra regione non sempre ha significato aver avuto la necessaria attenzione verso l'equità delle cure ai cittadini e adeguate opportunità ai professionisti.

In ogni caso, a partire da questo evento, occorre avere il coraggio di rigenerare un nuovo rapporto di fiducia tra professionisti e aziende che si è sfilacciato negli ultimi 20 anni e ciò è possibile solo se si compie un'autocritica da parte dei decisori

e se si individuano delle personalità che possano svolgere un ruolo di mediazione culturale tra le aziende e gli operatori stessi che sono in questa fase molto sfiduciati.

Riprendendo il discorso iniziale, per poter investire è necessario avere progetti e prima di questi avere idee che possano generare processi decisionali autonomi, innovativi, contestualizzati, ove si realizzi una *sussidiarietà circolare* che, per sua natura, dovrebbe essere prima di tutto orizzontale piuttosto che verticale.

Le aziende Ausl e Ao sembrano molto concentrate sull'obiettivo della costruzione di un'azienda unica, ma tale processo dovrebbe combinarsi col compito di salvaguardia dell'universalismo, da una parte, e di delega del processo decisionale e dell'operatività sui territori ai professionisti e alle loro comunità, dall'altra.

Lo strumento che potrebbe permettere quel veloce cambio di passo ormai diventato irrinunciabile per essere innovativi nell'assistenza sanitaria territoriale è la *sperimentazione*. La sperimentazione è normalmente definita nello spazio e nel tempo e può avvalersi, soprattutto in periodi emergenziali o pandemici, di deroghe o normative speciali che possono facilitare l'innovazione affrancandola da alcuni limiti già ampiamente superati dalla rapida evoluzione sociale (basti pensare che l'ACN Accordo Collettivo Nazionale che norma la medicina di base attuale si richiama sostanzialmente ad una regolamentazione del 2005). Concetti già considerati dal dibattito culturale da decine di anni presentati come appena nati, carente creatività, comunicazioni autoreferenziali non aiutano la sperimentazione.

Con l'intento di semplificare ed esemplificare, vorrei elencare, in modo

senza dubbio incompleto, alcune situazioni pratiche che richiederebbero percorsi sperimentali più che solleciti:

1. può essere giunto il momento di rivedere e riconsiderare i concetti di *capillarità* e di *prossimità* nel senso di un potenziamento di questi stessi principi collegandoli all'offerta di servizi e all'orario di fruibilità;

2. da questo punto di vista, diventa fondamentale la promozione dell'istituto modulare conosciuto come "Medicina di Gruppo", prevedendo gruppi costituiti da un numero consistente di medici e personale;

3. i gruppi devono potersi scegliere reciprocamente nei loro componenti al fine di realizzare squadre affiatate ed in grado così di produrre iniziative innovative assistenziali;

4. le "medicine di gruppo" così costituite possono entrare in concorrenza tra loro per quanto riguarda la *qualità del servizio*;

5. per generare servizi di eccellenza, i professionisti devono poter recuperare *un ruolo centrale e autonomo* nel processo decisionale così da poter rappresentare reali punti di riferimento per le loro rispettive comunità;

6. team e squadre di professionisti efficienti ed efficaci si possono ottenere se si supera il concetto normato dall'ACN del 2005 di "ambito territoriale" rappresentando un territorio oggi superato; l'abolizione di questi feudi agevola la creazione di quel capitale umano e professionale in grado di progettare e innovare l'organizzazione senza desertificare le aree oggetto di assistenza sanitaria;

7. la medicina generale territoriale sta vivendo in questi anni un completo *viraggio di genere*; quasi tutti i medici di base che si diplomano/specializzano in questi anni sono donne che presentano necessità e bisogni organizzativi legati ad una nuova modalità del prendersi cura che differenzia questa professione oggi dalle generazioni precedenti. Questa modificazione sociale, che sta avvenendo proprio sotto i nostri occhi, depone a favore della formazione di medicine di gruppo composte da molti/e professionisti/e;

8. l'investimento e la fiducia che questi gruppi devono poter percepire nettamente da parte delle comunità e delle istituzioni si deve manifestare anche con il sostegno economico che, per queste organizzazioni, si realizza con un *nuovo sistema incentivante*: infatti quello attuale non incoraggia la progettazione di innovazioni assistenziali, nonostante vi siano schemi e studi che indicano chiaramente quante potrebbero essere le risorse necessarie per ogni singolo componente del team o della squadra.⁸

20 Febbraio 2021
Bruno Agnetti

⁸ Articolo su battei.it

Casa della comunità e costruzione della salute

di Franco Prandi



L'Associazione "Prima la Comunità"

Prima la Comunità" è un'associazione nata alla fine di un percorso che è iniziato nel 2013 con un Manifesto dal titolo evocativo "*Salute bene comune, per un'autentica casa della salute*". Due realtà del terzo settore a vocazione pubblica (Fondazione Casa della Carità di Milano e Fondazione Santa Clelia Barbieri dell'Appennino Bolognese) lo hanno proposto raccogliendo il contributo di autorevoli voci di professionisti delle istituzioni sanitarie e sociali e dell'Università. Dal manifesto è nato il bisogno di misurarsi con la realtà: per questo sono partite 8 esperienze concrete (6 Aziende sanitarie, tra cui Parma, e 2 del privato sociale) con riferimento valoriale e organizzativo al manifesto.⁹

Da queste esperienze è emersa la convinzione che si doveva approfondire ulteriormente e quindi il lancio di un percorso di ricerca-laboratorio di "Community building" con circa 30 aziende sanitarie e 10 altre organizzazioni del terzo settore e del volontariato – che Fiaso e Federsanità hanno condiviso – che ha portato ad un catalogo di buone pratiche e allo sviluppo di una metodologia di lavoro di rete. Dopo questo periodo di incubazione si è sentito il bisogno di consolidare le idee maturate: da qui la nascita dell'Associazione che, ad oggi, vede circa 70 adesioni di organizzazioni diverse e altrettante personalità.

⁹ Abbiamo messo in comune i risultati con gli interrogativi che hanno suscitato queste esperienze nel libro di S. Landra, F. Prandi, M. Ravazzini, *La salute cerca casa*, DeriveApprodi, Roma, 2019.

Salute e territorio

Per provare a fornire alcuni elementi di proposta, vorrei cominciare con un paio di chiose al termine "territorio" Heidegger distingue tra territorio e *luogo*.¹⁰ Il territorio è qualcosa che va abitato e identificato ponendo in campo valori e senso (può essere trasformato in discarica o in giardino) trasformandolo in luogo. La metafora è interessante perché introduce la dimensione della scelta, che diventa la forma concreta per la trasformazione del territorio/spazio in luogo; valori e senso diventano il ponte che permette di abitare il territorio trasformandolo in ciò che vogliamo. Il territorio è dunque il luogo dove si costruisce l'identità e si vive la salute.

Relativamente alla salute, il termine "Servizi territoriali" rischia di essere ambiguo. Anche l'ospedale è un servizio territoriale, perché rientra in un sistema che supporta condizioni di benessere. Io credo si debba pensare ad un *sistema sociale per la salute* dove l'insieme dei servizi è funzionale alla salute. Oggi questo sistema funziona poco perché non è in connessione. Questa è la prima antinomia da ridefinire! Vi è anche da considerare che la salute sta alla sanità per il 15-20% (ce lo diciamo tutti, ce lo dicono i fatti, oltre che all'OMS), ma alla fine la identifichiamo con la sanità. Invece è una condizione complessiva ed è il risultato di connessioni profonde tra sapere, consapevolezza, condizioni di vita, contesto relazionale: ci riferiamo ai cosiddetti "determinanti della salute" che non sono integrativi ma sostanza per la salute.

¹⁰ M. Heidegger (1951), *Costruire, abitare, pensare*, Ed. Ogni uomo è tutti gli uomini, 2017.

Perché ho voluto esplicitare questi due elementi? Perché condivido profondamente quanto sottolinea da sempre l'OMS, ossia: «La salute si sviluppa nei contesti della vita quotidiana, nei quartieri e nelle comunità in cui le persone vivono, lavorano, amano, fanno acquisti e si divertono. E questa salute è uno dei più efficaci e potenti indicatori dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni luogo di vita e contribuisce a rendere i luoghi di vita inclusivi, sicuri e resilienti per l'intera popolazione.» (*Dichiarazione di Shanghai*, 2016).

Connettere salute con “territorio” ha due ragioni che considero complementari: la prima è di *natura eco-antropologica*. In una dimensione di ecologia integrale, dove ogni cosa è connessa, non è legittimo isolare i vari aspetti del vivere, e quindi delle risposte ai problemi che il vivere presenta. La seconda è più *di natura organizzativa e sociale* che rimarca l'esigenza di osservare le cose *dal di dentro*. Non solo avere una visione globale, ma anche una visione *specifica* sulla salute, come ci propone Alma Ata (OMS 1978) quando sottolinea che esiste un unico sistema di servizi per la cura. Si tratta dei servizi sanitari e sociali di base mentre gli specialistici sono integrativi dei servizi di base.

Comunità e bene comune

Reti sociali e “capitale della reciprocità”, percorsi educativi, gestione del territorio, economia e lavoro, autosufficienza economica, forme della relazione sociale (volontariato formale e non...), sostegni diversi nei casi di bisogno, forme di garanzia per le fragilità e così via sono il terreno di azione per la costruzione della salute. Con un'attenzione specifica

a garantire la consapevolezza e la partecipazione diretta della comunità.

La comunità va pensata nella sua accezione originaria di “*Cum Munus*”, dove si declinano dono, responsabilità e impegno reciproco. Sempre meno si può immaginare una comunità come struttura basata su territorio, religione, etnia, storia (chiusa dentro confini difensivi di identità). Oggi la responsabilità reciproca si gioca sul tema dello stare bene collettivo e individuale come *bene comune*. In questa prospettiva, le diverse istituzioni – costrutti storici per rispondere al bisogno di salute/benessere – hanno bisogno di fare un passo indietro e rappresentarsi come risorsa della comunità, connesse alla comunità a cui devono rispondere in una logica di *advocacy* reale e non formale. Quindi comunità non si identifica né con le istituzioni a priori né con specifiche articolazioni organizzative. Il distretto non è una comunità, ma un'articolazione organizzativa, utile se supporta la comunità, così come va pensato il tema del Comune. Anche se al Comune è indispensabile riconoscere un ruolo unificante.

È indubbio che quanto detto non conclude la riflessione necessaria sul tema delle comunità in questa fase storica, ma vanno chiariti i confini di essa, che sono innanzitutto sociali e relazionali. Mi piace, a tal proposito, la definizione di Bauman: «Salute è (nel)la comunità, (nel)l'insieme delle relazioni di reciprocità che in essa instauriamo e che ci “rassicurano” perché [...] in una comunità possiamo contare sulla benevolenza di tutti. [...] Aiutarci reciprocamente è un nostro puro e semplice dovere, così come è un nostro puro e semplice

diritto aspettarci che l'aiuto richiesto non mancherà.»¹¹

La Casa della Comunità come processo di “community building”

La *Casa della Comunità* costituisce una risorsa derivante dall'incontro di tutte le potenzialità presenti in un contesto di relazioni in funzione di un disegno di salute comunitario. Quando nel 2007 l'allora Ministro Turco lanciò l'idea delle *Case della Salute* aveva in testa proprio questo (credo lo si possa dire essendo lei una protagonista della nostra Associazione) se è vero che nel sito Ministeriale veniva scritto: «La Casa della Salute è la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina Generale e di Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. 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 benessere sociale». Si parlava quindi di Casa della Salute come luogo fisico di servizi per la salute, ma si comprendeva anche la promozione della salute e del benessere sociale che andavano al di là dello spazio fisico. Dunque, quando si introduce la parola comunità, si deve parlare di *salute globale* e non di sanità o al massimo di apparato socio-sanitario.

Questa visione richiede un passaggio culturale per tutti i professionisti, non solo quelli della sanità e del sociale, ma anche quelli della scuola, della cultura, della gestione del territorio. Essi non sono tanto prestatori

d'opera, ma parte della comunità con cui sono in relazione. I contributi specialistici si integrano con la capacità di vedere le cose dal di dentro nella loro complessità e permettono ad ogni curante di “avere cura” e non solo erogare prestazioni in una logica che si confonde facilmente con quella mercantile.

Se vista nella sua dimensione relazionale, La Casa della comunità non necessariamente si esaurisce in un unico luogo fisico perché diventa essenziale la dimensione simbolica. Essa è, per usare una espressione partecipativa, quel luogo dentro la comunità in cui ogni persona può dire “è casa mia”. In altri termini, si potrebbe dire che tale entità dovrebbe costituire il luogo:

- *di una nuova identità comunitaria* (reti di reti);
- *dei diritti di cittadinanza* (basata sul riconoscimento reciproco);
- *della partecipazione e della consapevolezza dei doveri*;
- *della integrazione delle risorse* (un progetto di sistema)
- *dell'accoglienza e dell'avere cura* (la persona è considerata in quanto tale e non catalogata secondo criteri di reddito, patologia, ecc.).

Questa impostazione permette di andare oltre alla visione che la propone come una struttura dove si erogano prestazioni sanitarie a cui delegare la soluzione dei problemi individuali, ambiente degli “specialismi”, della tecnologia, dell'esercizio del potere.

Credo che, se si tiene conto di questi elementi, sia difficile immaginare un modello unico di Casa della Comunità: le storie ed i

¹¹ Z. Bauman, *Voglia di comunità*, Laterza, Roma-Bari, 2001, p.4.

contesti possono definire specifiche configurazioni, prestando un'attenzione preliminare alle persone che la "abitano". Infatti la casa della comunità si dovrebbe costituire "con" le persone residenti, nel senso profondo della partecipazione diretta.

Come Associazione, abbiamo provato a immaginare le caratteristiche di una CdC e quattro ci paiono dirimenti; esso dovrebbe essere:

- *Interprete attenta dei fenomeni sociali* (che vanno oltre le dimensioni sanitarie);
- *Inclusiva accogliente e aperta;*
- *In ascolto onesto*, sulla base di *profili di comunità*, ossia stilando mappe delle risorse e dei bisogni della popolazione locale;
- *A gestione sociale*: immaginiamo una governance autonoma basata su *budget di salute di comunità* capace di favorire progetti di salute con risorse dedicate. Significa riconsegnare ai cittadini l'esercizio della democrazia sulla loro esperienza di vita.

Partendo da questi elementi si può provare a formularne una specie di "carta d'identità" misurandone concretamente l'agire:

- *"Va verso"*: nel senso di porte aperte ma anche di capacità di ascolto di quelli che sono bisogni e risorse presenti. Il PUA (*Punto Unico di Accesso*) dovrebbe creare le condizioni per l'accoglienza a tutto campo e fare sintesi di molteplici sensori già presenti nella comunità (informativi e sociali);
- *"Va a cercare"* chi non arriva: infatti sappiamo che esistono esigenze/bisogni che non sono catalogati, ma anche che ci sono risorse che non vengono valorizzate;

- *"Costruisce cultura della salute"*: infatti la comunità è essa stessa produttrice di salute;

- Si inserisce in un contesto di *"sostenibilità"* che è sociale, economica e tecnica;

- Garantisce il *protagonismo della persona* che non è destinatario, ma artefice del proprio progetto di salute;

- Garantisce il *protagonismo della comunità* ossia una partecipazione non formale.

Per verificare l'andamento di questa costruzione diventano indicatori non tanto il numero delle prestazioni sanitarie e/o sociali erogate quanto le *connessioni* non formali tra tutti gli attori sociali e la loro *capacitazione*, cioè il loro protagonismo, la coesione sociale, la partecipazione, le opportunità di sviluppo del capitale sociale e, in generale, una sostenibilità che ha la sua radice nella visione ecologica integrale e nella gestione dei beni comuni. Diventa quindi cruciale definire una ipotesi progettuale che sia contemporaneamente *informativa* (basato su profili di comunità dove risorse e bisogni si parlano), *organizzativa* (con una *governance* unitaria, che significa gestione quotidiana ma soprattutto possibilità/responsabilità di un programma condiviso e attuato attraverso alleanze di sistema), *formativa* (per un lavoro di squadra reale e per una consapevolezza diffusa in ogni persona/cittadino di responsabilità che significa diritti e doveri) e *valutativa* (con una necessaria trasparenza verso i cittadini e una documentazione puntuale di quanto succede in termini di salute nella comunità).

Pur senza pensare ad un modello predefinito e fisso, pare importante sottolineare che

la Casa della Comunità dovrebbe rispondere ad alcuni criteri anche strutturali. Accanto a luoghi per la sanità e per il sociale adeguati, sono indispensabili spazi che denotano una visione completamente nuova. Qualche esempio non esaustivo:

- Spazi esterni funzionali alla *socializzazione* e ad attività di *promozione della salute*;
- *Zona della prima accoglienza* riconoscibile dalla persona che individua subito la attenzione e la disponibilità dei suoi confronti
- Aree che facilitano le *interconnessioni* tra i diversi servizi e favoriscano le relazioni interprofessionali;
- Spazi di riferimento per le Istituzioni e le agenzie che partecipano alla formulazione e realizzazione del progetto di salute della comunità (volontariato, terzo settore, reti formali e informali);
- Spazio per la partecipazione e dove si assumono le decisioni da parte della comunità.

Per concludere

Una provocazione/invito che ricavo da Edward De Bono sostiene che «non si può avere una nuova buca se si continua a scavare nello stesso posto»; un concetto ribadito anche da Einstein quando ci dice che «non si possono risolvere i problemi di oggi con le stesse categorie mentali con cui li abbiamo creati». E concludo con le parole di Morin, quando afferma che «Quello in cui si può sperare non è il migliore dei mondi, ma un mondo migliore [...] Tutto è da riformare e da trasformare. Ma tutto

è già cominciato senza che lo si sappia. Miriadi di iniziative fioriscono un po' ovunque sul pianeta. Certamente queste iniziative sono spesso ignorate, ma ciascuna, sulla sua via, apporta "relianza" e coscienza [...]. Lavoriamo per "rilegare", sempre "rilegare"». ^{12 13}

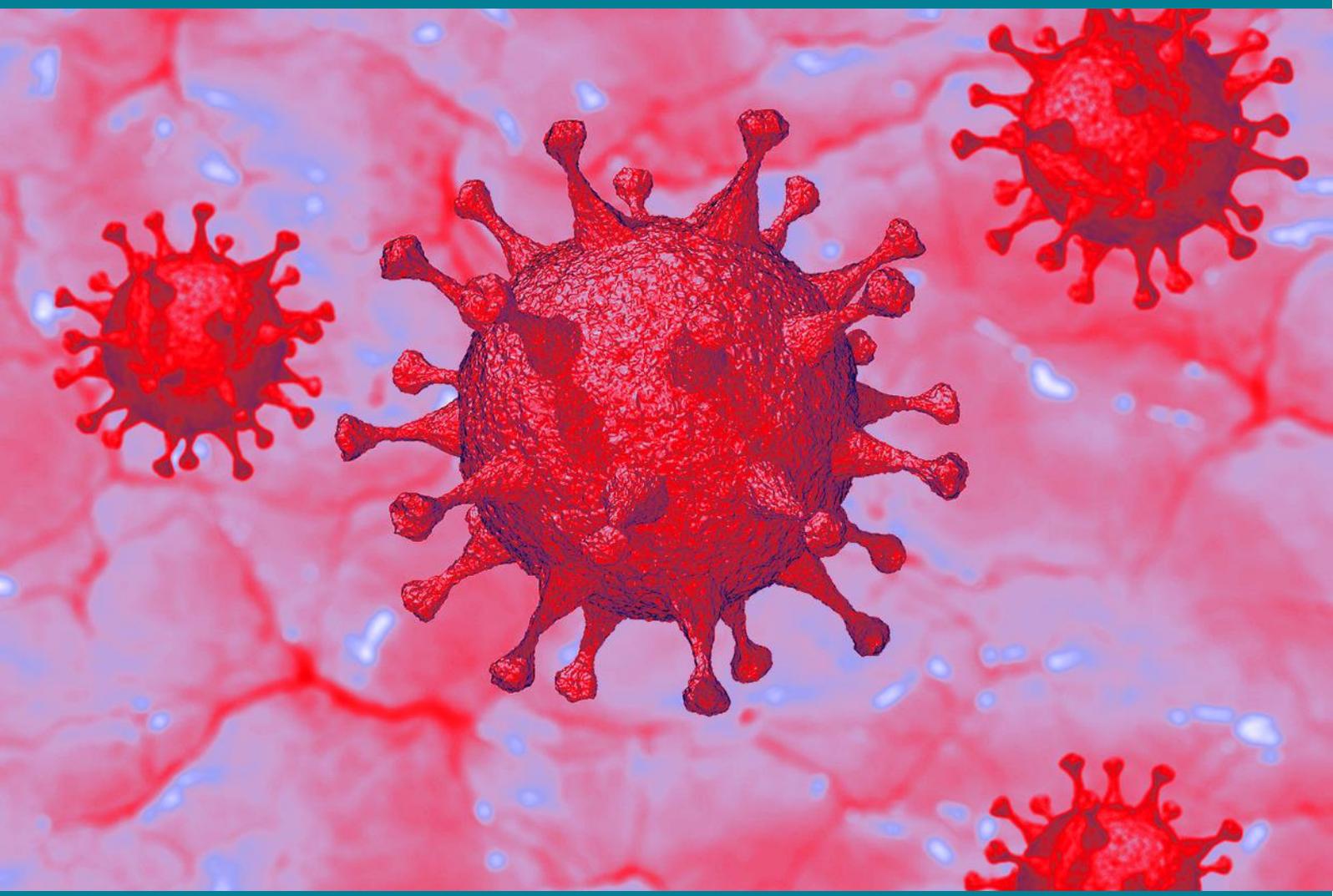
24 Febbraio 2021
Franco Prandi

¹² E. Morin, *La via per l'avvenire dell'Umanità*, Cortina, Milano, 2011, p. 283.

¹³ [Articolo su battei.it](http://www.battei.it)

L'integrazione tra sociale e sanitario nel post-Covid: verso il welfare comunitario

di Stefania Miodini



L'esperienza di ASP nel periodo Covid, come per tutte le strutture di accoglienza per anziani, è stata molto impegnativa e complessa per la gestione dei processi di lavoro, ma ancor di più per il bisogno di modulare continuamente il percorso di cura al fine di adattarlo alle nuove disposizioni dei decreti, sintonizzando contemporaneamente le azioni di tutela sanitaria con l'immutata necessità di relazione delle persone accolte.

In ogni caso la pandemia ci ha insegnato e ci sta insegnando molte cose. E la realtà dei servizi per anziani sarà ulteriormente diversa quando il virus sarà debellato e si dovranno proporre modalità differenti di risposta alle esigenze delle persone. *Viviamo in movimento*, come scrive Baricco (*The Game*). Dovremo obbligatoriamente realizzare quello che oggi chiamiamo *welfare generativo* favorendo il senso di comunità e costruendo servizi di prossimità ai cittadini che ne hanno bisogno, servizi di piccole dimensioni che mantengano le persone al domicilio, garantendo assistenza e sanità in modo integrato, in una logica "di servizio" e non "di prestazione", in condizione di equilibrio e rispetto per la dimensione psicologica e la libertà di scelta.

Purtroppo la necessità di chiudere i centri diurni e gli spazi collettivi, e così pure l'isolamento delle persone in CRA, ognuna nella propria stanza con operatori irriconoscibili per l'obbligo di utilizzo dei dispositivi di sicurezza, ha fatto emergere un peggioramento significativo delle condizioni emotive e cognitive di tutti gli ospiti. Il mantenimento dei contatti attraverso le tecnologie informatiche (tablet, cellulari, videoconferenze) ha fatto da sostegno, ma non ha sostituito le attività dirette:

l'aspetto positivo di tutto questo è che abbiamo avuto conferma dell'importanza di queste azioni. A volte sorgevano dubbi sull'efficacia degli interventi di socializzazione, animazione, stimolazione cognitiva, per quanto le valutazioni in itinere a presidio dei P.A.I. dessero supporto al riguardo, e la situazione di emergenza ce ne ha dato ulteriore conferma.

La salute non può essere valutata solo come benessere sanitario: sappiamo quanto l'interazione tra corpo e mente sia determinante e imprescindibile per la persona e soprattutto per la sua cura. Per gli operatori e per la direzione di ASP è spesso stato necessario confrontarsi con dilemmi centrali per la salute delle persone nella ricerca dell'equilibrio psico-fisico, dovendo decidere sempre in un tempo breve se e come accogliere le istanze portate. Ad esempio, se e quando consentire ai familiari di incontrare l'anziano. Come proteggere contemporaneamente i bisogni emotivi individuali in corrispondenza della salute collettiva. Come affrontare il tema della morte in solitudine. E così via. Generando modalità operative continuamente in auto-organizzazione.

Le CRA sono comunità di vita per 40/100 persone che convivono, abituate a interagire come se fossero una famiglia e con bisogni e condizioni di salute molto differenti tra loro. Gestire le persone con demenza è stata una sfida quotidiana, con dilemmi costanti nelle scelte di cura personali e di gruppo.

Ci siamo trovati nella condizione di dover decidere cosa dire, come affrontare l'argomento Covid, per proteggere, ma contemporaneamente non spaventare. Gli anziani a disagio sappiamo che tendono ad abbandonare il campo, e il trauma collettivo si è aggiunto a

quello soggettivo, personale, familiare. Nella comunicazione con gli ospiti, gli operatori hanno dovuto allenarsi in un tempo brevissimo a utilizzare prevalentemente il tono della voce e i gesti per farsi riconoscere dagli anziani e rassicurarli, per non farli sentire abbandonati.

Senza che fosse necessario scoprirlo attraverso il virus, abbiamo compreso quanto importante sia la comunità esterna alle strutture di accoglienza, residenziali e di prossimità: prima dell'evento pandemico avevamo lavorato intensamente per abbattere le barriere tra il dentro e il fuori e considerare i legami con la comunità di appartenenza come vitali per la quotidianità degli anziani; dopo il periodo di isolamento forzato gli anziani e gli operatori stanno cercando di trovare modi adatti al contesto per rigenerare nuovi legami con il territorio per sentirsi parte integrante della città.

Abbiamo bisogno di adeguare la capacità di comunicare con le persone e di incontrarle nei loro luoghi di appartenenza; di “andare verso” oltre che accogliere nei servizi e ascoltare; di utilizzare al meglio la tecnologia per migliorare i servizi e ottimizzare i tempi a favore delle persone fragili; di potenziare la conoscenza del territorio, dei profili demografici, dei servizi e delle istituzioni presenti sul territorio per costruire intrecci permanenti ma modulabili in funzione dei bisogni emergenti.

In questo contesto lo sviluppo delle *Case di Comunità* è una prospettiva di grande rilievo, pensando ad una progettazione urbana condivisa tra i diversi settori coinvolti, compreso il sociale.

Non ci sono risposte per tutti i bisogni individuali e non sempre offrire una risposta prestazionale è la cosa più equa. I percorsi di aiuto devono essere costruiti *con le persone*,

non solo per le persone, immaginando di mantenere l'attenzione ai diritti delle persone e potenziare la consapevolezza della necessità di recupero della dimensione del dovere soggettivo e della partecipazione attiva. Come dice Sergio Manghi, costruire una sorta di *fraternità tra sconosciuti*. È necessario offrire servizi e attivare occasioni civiche anche al fine di garantire la sostenibilità del sistema di welfare ed evitarne l'implosione.

È altrettanto centrale lavorare nella direzione di realizzare un approccio di aiuto di tipo comunitario attraverso nuovi intrecci interistituzionali, non solo per generare risposte maggiormente equilibrate in rapporto a risorse e bisogni, ma anche per uscire dalla dimensione individualistica degli ultimi anni. Costruire interventi di sostegno centrati sulla persona non vuole dire rispondere indiscriminatamente a tutti i bisogni, ma individuare tutti gli elementi che possono concorrere a generare processi di autoresponsabilità e autodeterminazione nella ricerca della soluzione al problema. E mettere in comune le risorse economiche e umane.

A maggior ragione in un mondo globale, “liquido” (Bauman), fatto di legami intensi ma brevi e fragili, dobbiamo impegnarci a valorizzare l'impegno a com-muoverci, a muoverci insieme alle persone in legami che sono capaci di rinnovarsi, attraverso la narrazione, le testimonianze, anche il buon uso delle tecnologie.

È necessario cambiare. Stiamo già cambiando. In questi anni abbiamo fatto molte “cose buone”, in stretta collaborazione tra tutte le istituzioni territoriali, ma forse ci siamo concentrati troppo sullo specifico delle singole appartenenze. Comune, AUSL, ASP, Terzo

settore, devono ritrovare un luogo comune per offrire servizi alla persona in modo accogliente, integrato e non parcellizzato. Come ha sostenuto Ivo Lizzola (*Varchi di uscita dall'Io ipertrofico*): «Per rendere gli individui uomini e donne capaci di agire nelle loro difficoltà, occorre generare e alimentare continuamente anche la trama di una vita comune. Trama nella quale la danza tra capacità e fragilità non lasci nessuno escluso.»¹⁴

6 Marzo 2021
Stefania Miodini

¹⁴ [Articolo su battei.it](https://www.battei.it)

Gli Autori



Bruno Agnetti. Medico e Consigliere comunale di Parma.

Marco Ingrosso. Sociologo della salute e della cura, docente ed “eminente studioso” dell’Università di Ferrara.

Stefania Miodini. Direttore Generale ASP “Ad Personam”, Parma.

Pietro Pellegrini. Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

Franco Prandi. Già Dirigente Ausl RE, è esponente dell’Associazione “Prima la Comunità”.

Alessandro Volta. Pediatra, Programma materno infantile, ASL di Reggio Emilia.

Maggio 2021



PROSPETTIVA

Ambiente ideativo dell'Associazione culturale "Luigi Battei"

Oggi come non mai l'incontro di idee si rivela di fondamentale importanza per affrontare le sfide che ci giungono inaspettate e per le quali non ci siamo ancora attrezzati a dovere. Chi volesse inviare contributi per PROSPETTIVA ci contatti all'indirizzo mail redazione.prospettiva@gmail.com, oppure è possibile farlo direttamente dal nostro Blog alla sezione "[Proponi un articolo](#)". Chiunque potrà commentare sotto gli articoli, la vostra partecipazione è di vitale importanza!



NEWSLETTER: tramite il nostro servizio di newsletter potrete essere sempre aggiornati sui nostri articoli, contributi e iniziative. Basta solo iscriversi! Clicca su [Registrati](#).



FACEBOOK: Seguite la nostra [Pagina](#) Facebook ed entrate nel [Gruppo](#) di discussione.

BATTEI.it

BATTEI.*it*





PROSPETTIVA Salute