

***Promuovere Case della Comunità
a Parma e Provincia:
ragioni e linee progettuali***

A cura del
Gruppo Progetto Casa della Comunità

Parma, 5 dicembre 2021

Indice

Introduzione

Parte Prima - Le ragioni del cambiamento

- 1. Apprendere dal Covid: di quali cambiamenti del welfare abbiamo bisogno?**
 - 1.1 Apprendimenti soft e apprendimenti hard*
 - 1.2 Il contesto societario e socio-sanitario alla luce dell'esperienza Covid*
- 2. Abitare la città: dotazioni, convivialità, salute comunitaria**
 - 2.1 Ripensare la città e la dimensione del quartiere*
 - 2.2 Rigenerare la vita di comunità*
 - 2.3 Ricucire le reti sociali*
- 3. La salute come bene comune e sfida creativa**
 - 3.1 La salute nella Costituzione*
 - 3.2 Attualizzazione della definizione di salute dell'OMS*
 - 3.3 Le indicazioni dei documenti OMS*
 - 3.4 Far fronte alle vulnerabilità e fragilità*
 - 3.5 Assumere la sfida della preparedness e della qualità della vita*
- 4. Riorganizzare il welfare generativo e comunitario locale**
 - 4.1 Ripensare orientamenti e metodi dell'azione sociale*
 - 4.2 Sviluppare interventi di prossimità*
 - 4.3 Buone pratiche parmensi e necessità di un cambio di passo*
 - 4.4 Promuovere un nuovo volontariato di comunità*
 - 4.5 Le specificità delle esperienze sanitarie nel parmense*

Parte Seconda - Le linee base del progetto

- 5. La Casa della Comunità: identità, composizione, valori**
 - 5.1 Definizione e Aree Operative*
 - 5.2 Valori fondativi e orientamenti d'azione*
 - 5.3 Attivazione e gestione*
 - 5.4 Patto istituzionale, organi di indirizzo, governance*
- 6. Case della Comunità, Cure Primarie, Reti sociali**
 - 6.1 L'interfaccia fra salute comunitaria e sistema dei servizi*
 - 6.2 Il Team delle Cure Primarie e il ruolo del Medico e del Pediatra della Persona e della Comunità*
 - 6.3 Il domicilio come luogo di assistenza e salute comunitaria*
 - 6.4 Dotazioni e Servizi di dimensione distrettuale*
- 7. Diritto alla salute e ruolo degli Enti locali**
 - 7.1 Riconoscimento della persona e diritto alla salute*
 - 7.2 Approccio rivolto alla persona e alla comunità*
 - 7.3 Accordi istituzionali e ruolo del Sindaco*

- 7.4 Riattivare le competenze dei Sindaci e dei Comitati di distretto*
- 7.5 Partecipazione civica, promozione della salute, Consigli di quartiere*

8. Co-produzione della cura

- 8.1 Comunità della cura e investimento nelle risorse umane*
- 8.2 La riorganizzazione sistemica del comparto socio-sanitario territoriale*
- 8.3 Personalizzazione e relazioni di cura collaborative*
- 8.4 Il ruolo co-produttivo dell'Associazionismo di cittadinanza*

9. Note sulla sperimentazione e la fase di transizione

- 9.1 Un Patto istituzionale per avviare la sperimentazione*
- 9.2 Ascolto e concorso delle varie componenti*
- 9.3 Un appello*

Documentazione

Scheda A - **Le esperienze del Settore Sociale nel Parmense**

Scheda B - **Le tappe dello sviluppo della sanità nel territorio parmense**

Scheda C - **Poteri e funzioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS)**

Estensori del Progetto e Adesioni

Introduzione

Questo documento si propone di contribuire al dibattito in corso sulla revisione e rilancio del welfare e dei servizi territoriali nella città e provincia di Parma, presentando una proposta articolata sul tema delle **Case della Comunità** (CdC). Le CdC costituiscono, nelle intenzioni degli estensori e aderenti a questo progetto, una evoluzione delle Case della Salute e delle iniziative di prossimità intraprese negli ultimi dieci anni circa sul nostro territorio. Ma una evoluzione che ne muta significativamente l'approccio e le modalità di funzionamento.

L'esperienza delle Case della salute ha conosciuto a Parma un rilevante sviluppo. Con 24 Case attivate (a giugno 2021), il territorio parmense si situa ai vertici nazionali per quanto riguarda l'applicazione del modello scelto dalla Regione Emilia Romagna per attuare le direttive emergenti dalle leggi del 2006/7 (Decreto Ministero della Salute 10 Luglio 2007 e Dgr ER 291/2010) che portano il nome del Ministro proponente Livia Turco. In questi dieci anni le Case si sono moltiplicate, ma solo in alcuni casi e in misura limitata hanno assunto quelle funzioni e quelle caratteristiche partecipative che erano state preventivate dal progetto ministeriale. Inoltre, l'evento della pandemia da Covid-19 - che ancora, per molti aspetti, stiamo attraversando in tutte le sue *dimensioni sindemiche* - ci pare che costituisca una cesura storica da cui occorre trarre tutte le dovute indicazioni e trasformazioni conseguenti. In altri termini, ci pare giunto il momento di un ripensamento di fondo dell'esperienza delle Case e degli altri interventi socio-sanitari sviluppati negli ultimi anni, al fine di dare risposte più adeguate e congruenti alle molte problematiche sociali e sanitarie già emerse nell'ultimo decennio e che, nel corso della pandemia, si sono aggravate o hanno assunto caratteristiche specifiche. Stiamo parlando di nuove problematiche di povertà, solitudine, disagio sociale, in particolare a carico della popolazione anziana, ma anche di quella giovanile; stiamo però anche parlando dei "normali" percorsi di cura fra domicilio, cure primarie, cure specialistiche e ospedaliere che oggi scontano ritardi, frammentazioni, scarso ascolto della cittadinanza, ma anche perdurante insoddisfazione da parte dei professionisti e quindi carente partnership fra cittadini e professionisti.

Il nostro sguardo si è inoltre allargato al di là dell'ambito sanitario e del complesso socio-sanitario, per includere l'ambiente prossimale - quello dei quartieri, della città, delle aree territoriali - sia nella sua dimensione ecologica e di vivibilità, sia in quella della socialità e del benessere sociale. Ambedue queste dimensioni sono da tempo in sofferenza e necessitano di una nuova attenzione, consapevolezza, investimento e cura. Nel suo complesso, è la dimensione di "comunità", ossia di abitabilità di uno spazio, identità, responsabilizzazione verso i problemi che al suo interno e nel mondo esterno sorgono, che pare fortemente carente. Se, per fortuna, ancora molte sono le aggregazioni, le iniziative volontarie, il capitale sociale che il nostro territorio esprime, non vi è dubbio che vi sia stato in questo decennio [che, ricordiamolo, è stato attraversato di ripetute *crisi economiche*, a partire dallo shock mondiale del 2008, *politiche* - sia interne sia globali, con vari focolai di guerra e l'accompagnamento di terrorismo, migrazioni forzate, conflittualità acute -, *ambientali* - con una transizione ancora incerta e che ha visto clamorose regressioni -, ma anche *etico-culturali* - atteggiamenti difensivi, di paura, di aggressività e conflittualità sociale diffusa - e oggi *sanitarie*, ma che investono tutto il vivere civile e sociale] un diffuso regresso, un indebolimento delle dimensioni sociali e comunitarie, un mancato ricambio generazionale che mette in discussione la continuità di molte iniziative.

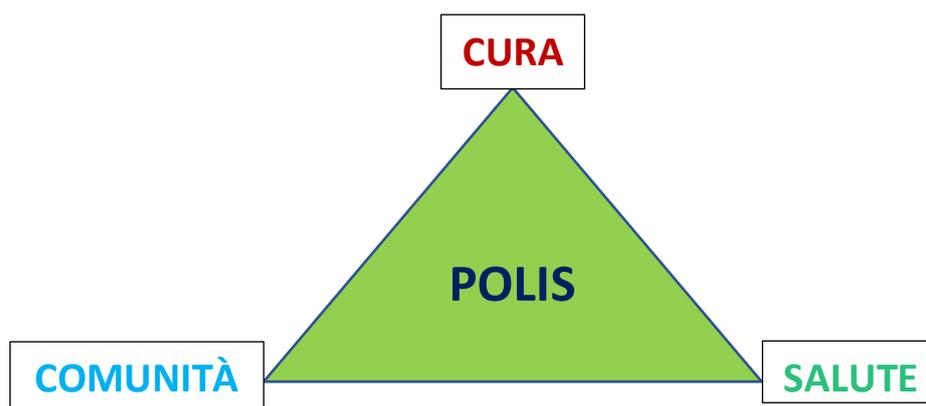
Nello stesso tempo, la pandemia ha messo in luce come questa dimensione sia essenziale, necessaria: senza di essa la vita societaria si intorpidisce, le persone soffrono di ansie e solitudini, si ha una soffocante carenza di benessere sociale e manca la capacità di affrontare i problemi, le sfide, di prestare attenzione e cura verso chi ha maggiormente bisogno. Dunque, contemporaneamente alla costruzione di una nuova dotazione socio-sanitaria, dobbiamo proporci di nutrire e riabilitare la *salute comunitaria*. Sono due facce della stessa medaglia che le risposte prettamente tecniche – ossia solo sanitarie o anche socio-sanitarie – non colgono.

La nostra proposta connette il tema della *cura* integrata con quello della *salute* ambientale e sociale, con quello della *comunità*, intesa come partecipazione, responsabilizzazione, ricucitura delle reti sociali. Al centro di questo triangolo vi è la *polis*, ossia l'amore per la città, la sua vivibilità, il perseguimento del bene comune (Fig. 1).

Per questo il documento si rivolge, in primo luogo, ai cittadini e abitanti di questo territorio, alle forze associative, alle istituzioni, a tutti coloro che interpretano la politica come amore per il proprio ambiente comune, ma con uno spirito di accoglienza e apertura che ha sempre contraddistinto questa terra.

Siamo consapevoli che ci troviamo di fronte ad una sfida ardua, di medio e lungo periodo, che mette in primo piano la dimensione etico-culturale di ciascuno e quella collettiva, un'opera che richiede competenze, tenacia, pazienza. Ma siamo anche convinti che sia possibile e insieme necessario dare risposte nuove a problemi vecchi che sono rimasti insoluti e a problemi nuovi che marcirebbero se li si lasciasse senza risposta. La nostra proposta è quella di partire, di sperimentare anche pezzi di soluzione, ma avendo davanti un quadro d'insieme come quello che abbiamo cercato di delineare e che potrà essere ulteriormente precisato cammin facendo. Facciamo quindi appello a tutti coloro che condividono e ritengono di poter contribuire a questo progetto affinché vi si impegnino nei luoghi e nei modi ad essi possibili.

Fig. 1 - Parole chiave del Progetto



Parte Prima

Le ragioni del cambiamento

1. *Apprendere dal Covid: di quali cambiamenti del welfare abbiamo bisogno?*

1.1 **Apprendimenti soft e apprendimenti hard**

La diffusione del virus Covid-19 ha assunto le dimensioni di una *pandemia* diffusa in tutti i continenti e paesi del mondo. Considerando la sua velocità di propagazione (comprese oggi le sue varianti) e la sua estensione, diversi commentatori hanno osservato che si è trattato del primo evento planetario di questa portata e di questo tipo. Inoltre, gli effetti di sconvolgimento sulla vita personale e associata, nonché l'impatto sul mondo economico, politico, sanitario e sulla comunicazione mediatica che ne sono derivati, hanno fatto parlare di *sindemia* (interazione fra diverse patologie e contesto socio-ambientale) e *infodemia* (caoticità comunicativa, che comporta danni aggiuntivi rispetto a quelli causati dall'agente infettivo).

Per contro, anche lo sforzo di reazione (planetario, europeo, nazionale e locale) che ha generato è stato imponente e straordinario, in termini interventi medici e ospedalieri, di vaccini e vaccinazioni, ma anche di mobilitazione di ingenti (e impensabili prima di ora) risorse economiche, di cambiamenti rilevanti degli indirizzi politici, di adattamento delle organizzazioni sanitarie, di impegno di molte categorie e persone. Ciò nonostante sarà necessario molto tempo per riportare sotto un certo controllo la situazione.

Di fronte a questo shock globale - che segue quello delle Torri gemelle (2001), della crisi economica mondiale (2007 e seguenti) e della montante crisi ecologica e climatica - molti si chiedono: «*Che cosa ci insegna la situazione che stiamo vivendo?*», «*Quali cambiamenti emergeranno?*», «*Di cosa abbiamo bisogno per un futuro migliore?*». In altri termini, ci sarà semplicemente un ritorno alla situazione pre-crisi appena il vaccino ci permetterà di tornare alla nostra "vita normale" o ci troviamo di fronte ad una *crisi/passaggio di portata storica* da cui emergerà un nuovo assetto planetario?

La risposta a queste domande non è certamente già scritta, ma si attualizza, prende consistenza, sulla base dei passi che già ora si fanno, camminando in una direzione o un'altra, facendo alcune scelte o altre. Poniamoci dunque la domanda di che tipo di cambiamenti abbiamo bisogno, focalizzandoci prevalentemente sul settore del welfare, della salute, della sanità, della cura.

Possiamo cercare di comprendere il tipo di risposte che ci paiono necessarie basandoci sulle indicazioni di uno studioso (fra l'altro) dell'immaginario sociale e dei suoi processi di cambiamento: Gregory Bateson. Egli distingue fra *Apprendimento 0, 1, 2, 3*¹. L'indicazione vale per il percorso di vita personale, ma anche per quello delle collettività.

L'*Apprendimento 0* si ha quando, di fronte ad uno stimolo, i soggetti implicati continuano a ripetere gli schemi precedenti, non sono in grado di apprendere dagli "errori", fanno adattamenti "tattici" e minimali. Vogliono cioè ricreare la "normalità" precedente. Le motivazioni o le coazioni a ripetere che portano a tale situazione possono essere varie: si stava bene nella situazione precedente e quindi perché cambiare? Oppure non si stava bene, ma si è "pessimisti" e fatalisti circa la possibilità di cambiare in meglio.

¹ G. Bateson, Le categorie logiche dell'apprendimento e della comunicazione, in Id., *Verso un'ecologia della mente* (VEM), Adelphi, Milano, 1976.

Nel caso della sanità, l'apprendimento 0 si configura come incremento quantitativo di addetti e risorse, possibilmente spalmato in tutto il campo medico-sanitario, senza un sostanziale ripensamento delle cure primarie, dell'assetto ospedaliero, delle connessioni con il settore sociale, della logica della cura che fino ad oggi si è dispiegata. In tal modo resterebbero irrisolte le varie problematiche legate alle diseguaglianze di accesso, alle diffuse situazioni di incuria, agli approcci segmentati e individualizzati alle prestazioni di cura, confermando tutti gli effetti di medicalizzazione, passivizzazione e sanitarizzazione che l'attuale assetto comporta.

L'*Apprendimento 1* è «un nome adatto per la correzione della scelta nell'ambito dello stesso insieme di alternative» (VEM, 312). In altre parole, si riconosce che dei cambiamenti ci devono essere, che il contesto è parzialmente cambiato, ma l'insieme delle alternative in cui ci si muove è simile alla situazione precedente. Detto altrimenti, non vi è "creatività" sufficiente per rispondere in modo nuovo e "più adattivo" a situazioni che trasformano radicalmente il contesto di vita. Si tratta dunque di una situazione in cui i "paradigmi" e le "premesse d'azione" non vengono messe in discussione e si cercano delle soluzioni "dentro lo stesso insieme di alternative".

Questo è il caso di interventi che vogliono correggere alcuni aspetti organizzativi che hanno comportato, ad esempio, una *governance* incerta fra Stato e Regioni, una risposta insufficiente e inadeguata delle cure primarie all'emergenza, una carenza del piano nazionale di prevenzione vaccinale, l'insufficiente ricettività dei reparti ospedalieri di malattie infettive e così via. Tutti interventi apprezzabili, ma che non intaccano il paradigma patocentrico, sanitarizzante, a compartimenti stagni e a silos che sta alla base delle attuali modalità d'azione. In altri termini, si va per aggiunte, si accresce ciò che è mancato, ma non si rivedono le connessioni e le idee soggiacenti.

L'*Apprendimento 2* «è un cambiamento correttivo dell'insieme delle alternative entro il quale si effettua la scelta, o un cambiamento della segmentazione della sequenza delle esperienze.» (VEM, 319). Questo apprendimento viene anche chiamato "apprendimento d'insieme" o "apprendimento ad apprendere". In altre parole, si intravede una nuova configurazione del contesto e non ci si fa condizionare dalle precedenti modalità di risposta; in tal modo si è in grado di ampliare gli "insiemi di alternative" e le sequenze entro cui si costruiscono le esperienze. L'assistere al dispiegarsi di una nuova situazione stimola ad immaginare un diverso tipo di configurazione, di equilibrio, e ciò può attivare il desiderio/speranza di poterla realizzare facendo dei passi adeguati.

In definitiva, questo tipo di apprendimento deve mettere in coerenza almeno quattro aspetti: *la lettura d'insieme del contesto, una nuova configurazione immaginata, il desiderio di procedere verso tale nuovo assetto, un'adeguata sequenza di passi che adatta il progetto cammin facendo*. La considerazione d'insieme cerca di esaminare i vari aspetti del contesto e le priorità che emergono, la nuova configurazione che si delinea cerca di rispondere alla molteplicità di tensioni presenti attraverso innovazioni culturali e organizzative adeguate, il desiderio evoca motivazioni e immaginario che sostengono un nuovo orizzonte di senso entro cui la proposta si colloca, i passi indicano le modalità comunicative, relazionali e istituzionali necessarie per far avanzare il progetto che evolve procedendo nella realizzazione ma mantenendo la coerenza di fondo originaria.

Prima di concludere questo paragrafo, vorremmo soffermarci su quello che Bateson chiama l'*Apprendimento 3*. Si tratta di un salto di idee, vissuti e assetti sociali che è assimilabile a processi di trasformazione rapida e radicale, come le conversioni, le rivoluzioni, i salti di

paradigma, ma descrive anche conflitti interni e sociali irrisolvibili che portano a forti caoticità, follia, collassi di civiltà, incapacità di trovare soluzioni. Si tratta di una situazione che, al momento, sembra sullo sfondo, ma che i quattro shock in corso negli ultimi vent'anni evocano come un vortice che può avvitarsi in modo incontrollato e potente spazzando via i tentativi di trasformazione anche profondi. Pare dunque importante andare alle radici delle varie crisi e operare per affrontare in modo quanto più possibile incisivo e approfondito le varie dinamiche degenerative che rischiano di collassare in modi imprevedibili.

Di quale tipo di apprendimento/cambiamento abbiamo quindi bisogno in questa situazione storica così stratificata e complessa? Un cambiamento soft e compensativo o uno più radicale che tenta un salto di qualità?

1.2 Il contesto societario e socio-sanitario alla luce dell'esperienza Covid

La situazione creata dal Covid costituisce un potente rivelatore del sommarsi di varie criticità prodottesi nell'ultimo ventennio: quindi, per uscire da questa crisi stratificata che ha prodotto una "normalità" profondamente inadeguata, ci pare necessario optare per un deciso ripensamento strutturale e culturale, assimilabile ad un *Apprendimento 2*. Ciò è tanto più vero nel campo del welfare, della salute, della cura, della sanità pubblica, che, a partire dagli anni '90, sono stati interessati da processi di ridimensionamento, razionalizzazione dell'esistente e blocco dell'innovazione. Questa situazione ha prodotto una forte insoddisfazione e frustrazione del personale, stretto da vincoli economici, organizzativi, burocratici. E ha generato altresì una sfiducia, delusione e parziale disaffezione da parte della popolazione che si è trovata alle prese con la mancata copertura dei LEA (*Livelli essenziali di assistenza*), con lunghe liste d'attesa, con forti ticket, scontando l'assenza di una visione globale e processuale degli interventi, specie per le categorie più a rischio, e molto altro.

Ciò significa che se, da una parte, l'esperienza Covid conferma l'assoluta necessità di pensare la salute e la sanità come *beni collettivi e comuni*, dall'altra, le modalità con cui l'insieme del sistema di welfare e le sue parti più rilevanti funzionano e si connettono vanno profondamente riviste. Lo stesso dicasi dell'interazione e combinazione fra le diverse modalità di cura, in particolare fra area sociale e area sanitaria. Inoltre, un deciso cambio di passo va fatto rispetto alla questione della partecipazione della cittadinanza alla gestione comunitaria dei servizi e al riconoscimento di un'attiva partnership e co-produzione della cura, stabilendo dunque un nuovo *patto di cura* fra popolazione, professionisti, servizi nell'ambito di un welfare decisamente "di comunità". In generale, vanno corrette e superate le *distorsioni* che l'attuale assetto ha comportato e che stavano portando ad una inarrestabile crisi di sostenibilità economica, sociale e culturale e a macroscopici fenomeni di disuguaglianza, incuria, sfiducia².

Una risposta che può catalizzare questi cambiamenti multipli e multilivello a livello territoriale viene dalla proposta di ripensare le Case della Salute esistenti (e quelle da realizzare) in termini di *Case della Comunità*. Non si tratterebbe solo di un efficientamento delle attuali strutture o di una migliore integrazione fra area sociale e area sanitaria, ma di un deciso mutamento di asse e paradigma che dovrebbe comprendere una nuova attivazione partecipativa della popolazione, un forte impegno per la costruzione del benessere sociale,

² G. Vicarelli e G. Giarelli (a cura), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia Covid-19. Problemi e proposte*, Franco Angeli, Milano, 2020.

della vivibilità e della salute nei quartieri, la creazione di servizi di prossimità, di domiciliarità e di cura delle fragilità.

Il *Recovery Plan* italiano³ sembra recepire (in parte) l'esigenza di ripensare l'assistenza territoriale prevedendo l'attivazione di 1.288 *Case della Comunità* entro la metà del 2026 che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove con un investimento di 2 mld (su un totale complessivo previsto di 20,22 mld), a cui si dovrebbero aggiungere 4 mld per le nuove tecnologie di telemedicina e 1 mld per le cure intermedie (381 *Ospedali di Comunità*). Ci si propone di rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari; inoltre viene prevista l'attivazione di 602 *Centrali Operative Territoriali* a livello di distretto per coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari. Da considerare che sono anche previsti 29,62 mld per *Inclusione e Coesione*, di cui 12,58 destinati ad infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore.

Il Piano di ricostruzione si presenta dunque come un grosso investimento sociale e politico che tuttavia va riempito di contenuti che non possono essere solo tecnici, ma anche sociali, culturali e politici⁴. Per questo un piano così complesso e che promette di incidere fortemente sul tessuto sociale delle città e dei territori deve vedere al centro le istituzioni rappresentative che, su questo, devono attivare un forte investimento politico. È altresì importante che intorno a un tale obiettivo i territori sviluppino uno sforzo unitario e partecipativo, nella consapevolezza che un tale investimento può incrementare nettamente la coesione, vivibilità e attrattività delle aree interessate, con importanti ricadute sia economiche sia in termini di qualità della vita.

Non abbiamo di fronte una prospettiva di breve momento e già tracciata, ma piuttosto una sfida da affrontare gradualmente e collettivamente sviluppando le risorse ideali e le volontà attuative che possano portarla a compimento.

Edgar Morin, celebre epistemologo e sociologo francese (che ha compiuto nel 2021 cento anni), ha scritto negli ultimi anni diversi contributi a partire dall'indicazione di Eraclito secondo cui «Se non speri nell'insperabile, non lo troverai!». A proposito della *fraternità*, che è alla base di qualunque vera azione di cura e solidarietà, scrive: «Così come tutto ciò che non si rigenera degenera, la fraternità che non si rigenera senza posa degenera»⁵. Che vi sia un grande bisogno di nuova fraternità per affrontare con uno spirito costruttivo la fase post-Covid - come ha sostenuto l'enciclica *Fratelli tutti* di Papa Francesco - è una consapevolezza emergente in molti⁶. Lo stesso Morin, in *Cambiamo strada*, poi sostiene che la speranza dentro una situazione caotica come l'attuale può appoggiarsi alle qualità rigeneratrici che ogni individuo e società umana possiede; esse spesso emergono dopo grandi pericoli attivando «l'aspirazione millenaria dell'umanità a un'altra vita e un altro mondo»⁷. Dunque apprendere dal Covid è possibile, ma comporta il percorrere una via stretta e impervia, che tuttavia può aprire orizzonti insperati.

³ Ci riferiamo qui al *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR) presentato alle camere il 26 aprile dal Presidente del Consiglio Mario Draghi.

⁴ In prima lettura il Piano sembra puntare più su una estensione del modello delle Case della Salute a tutto il territorio nazionale piuttosto che ad una vera innovazione di impostazioni. Le connessioni fra Missione 5 e 6 tuttavia possono permettere diverse opzioni sia regionali sia locali che avranno bisogno di adeguate elaborazioni.

⁵ E. Morin, *La fraternità, perché?*, Editrice Ave, 2020, p. 54.

⁶ M. Ingrosso e S. Manghi (a cura), *Laboratorio Fraternità. 20 voci in dialogo con la Fratelli tutti*, Battei, Parma, 2021.

⁷ E. Morin, *Cambiamo strada. Le 15 lezioni del coronavirus*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2020, p. 117.

2. Abitare la città: dotazioni, convivialità, salute comunitaria

2.1 Ripensare la città e la dimensione del quartiere

Durante il periodo della pandemia, oltre 500.000 cittadini hanno abbandonato New York a causa di un tasso di mortalità tre volte più alto del resto degli Stati Uniti. In generale, le grandi aree urbanizzate del mondo (compresa l'area metropolitana milanese-lombarda) hanno avuto tassi di contagio e di mortalità notevolmente sopra la media. Ciò in ragione della densità abitativa, dei tipi di insediamenti prevalenti (grossi condomini e grattacieli, ambienti chiusi, uso di ascensori), dell'uso massiccio di metropolitane e mezzi pubblici di trasporto, della strutturazione delle città in aree funzionali con grosse distanze da percorrere fra casa e lavoro, della carenza di scuole e servizi in diversi quartieri periferici, della sottovalutazione delle cure primarie e della scarsa integrazione fra ospedale e territorio.

Tale constatazione ha posto all'attenzione dell'opinione pubblica il tema dell'organizzazione della città e della sua vivibilità. Una prima rilevante proposta è venuta dalla Sindaca di Parigi, Anne Hidalgo, che ha proposto di costituire la "Città dei 15 minuti". La proposta propone di pensare ad una città fatta di tanti quartieri urbani integrati dove si mescolano residenza, luoghi di lavoro, attività commerciali, spazi pubblici e di divertimento. Quartieri dove tutte queste attività siano raggiungibili a piedi o in bicicletta (con percorsi dedicati) nel giro di 15 minuti.

Questo tipo di città rivitalizza i negozi di vicinato (che si sono dimostrati molto utili in epoca Covid) senza concentrare gli acquisti nei soli supermercati periferici e nei grandi centri commerciali. Questa scelta è integrata da limiti alla densità abitativa, da ampi spazi verdi, da incentivi al risparmio energetico delle abitazioni, da una ristrutturazione della mobilità nella prospettiva di costituire eco-quartieri misti che prefigurano un nuovo paradigma di "Città Sana" e vivibile.

La scelta di una opportuna dimensione di quartiere, ciascuno dotato di una propria storia e identità, si confà particolarmente alle città medie italiane - come Parma - che non hanno del tutto perduto il proprio baricentro simbolico e la dimensione vicinale, così come vale per diverse aree del territorio provinciale - costituite da centri piccoli, medi e a residenzialità estesa - da ripensare in termini di poli urbani integrati dotati di infrastrutture di servizi opportunamente collocate e adeguatamente collegate. Questa organizzazione a rete, con propri centri operativi e identitari, richiede un significativo ripensamento programmatico e progettuale territoriale.

Secondo Giaccardi e Magatti, il confinamento necessitato dal virus ha messo in scacco il due contendenti degli ultimi anni: globalismo e localismo: «Al contrario del globalismo, la globalità è intimamente legata al senso del limite. Alla *forma*, per usare la categoria di Simmel.⁸» In altre parole, abbiamo bisogno di confini e forme entro cui abitare, ma queste devono essere comunicanti e porose: di qui il concetto di "inter-indipendenza", ossia di autonomia delle aree però connessa con le più ampie attività e vocazioni della città e del territorio (da pensare in modo strettamente integrato e interconnesso).

Il "locale" deve quindi avere *una forma, un'identità, godere di una certa autonomia e autogoverno*, costituirsi come spazio "abitato" dai residenti in termini di socialità e comunità,

⁸ C. Giaccardi e M. Magatti, *Nella fine è l'inizio. In che mondo vivremo*, il Mulino, Bologna, 2020, p. 68.

ma deve essere altresì interconnesso con più ampie entità territoriali (città, provincia, macro area, ecc.) e “aperto” a opportuni scambi di persone, di idee, di aggregazioni sinergiche collocate su vari piani della vita associata.

2.2 Rigenerare la vita di comunità

Fra le infrastrutture centrali e necessarie di un quartiere si devono considerare le scuole, i parchi, le piazze e i luoghi d’incontro, la mobilità interna, i servizi, ma soprattutto ciò che riguarda la salute, la sanità, la vivibilità ambientale. Questa indicazione emerge, fra l’altro, dal Manifesto “La salute nelle città: bene comune” promosso dall’*Health City Institute* che dichiara al primo di dieci punti: «Ogni cittadino ha diritto ad una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano. Bisogna rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane.⁹» Seguono poi indicazioni che riguardano l’educazione e promozione della salute, l’attività fisica, gli stili di vita sani nei luoghi di lavoro, la prevenzione, l’inclusione sociale, l’ambiente urbano.

Dunque, insieme con l’assetto urbano e amministrativo, vi è l’esigenza di dotare i quartieri di sufficienti servizi e infrastrutture che tuttavia devono essere gestiti in modo tale da giocare un ruolo aggregativo e comunitario. Infatti la vita comunitaria e la partecipazione sociale hanno particolarmente sofferto nell’ultimo trentennio. Anche in una città come Parma, tradizionalmente nota per il suo tessuto associativo e solidaristico, se ne sono visti gli effetti di svuotamento, degrado, chiusura nostalgica¹⁰.

Non sarà semplice trovare una nuova strada, che tuttavia il distanziamento imposto dalla pandemia ha reso ancora più desiderabile e urgente. La ricerca di nuove modalità di abitare la città e di incontrare l’Altro dentro i suoi spazi necessita, per tale ragione, non solo di infrastrutture, ma di progetti e politiche urbane e culturali, anche di medio periodo, capaci di coinvolgere la cittadinanza, specie nelle sue fasce giovanili: «Alla radice della crisi della vita comunitaria a cui ci è dato oggi di assistere vi è sicuramente un fondamentale dato culturale, ovvero la fluidità del senso di appartenenza, che talvolta può essere anche profondo, ma che tende facilmente a raffreddarsi o a individuare nuovi obiettivi, idee e ideali. [...] Le forme di aggregazione comunitaria che paiono funzionare sono perciò al momento [...] quasi tutte funzionali e temporanee: il fare squadra per progetti a termine [...] ci consente infatti di dedicarci con sincerità [...] a realtà che ci interessano, ci convincono o corrispondono seriamente al nostro personale impianto di valori, lasciando però aperta la porta all’alternativa, alla possibilità di un dopo e di un oltre ...»¹¹.

Questa “voglia di comunità”, per non essere velleitaria o destinata a risolversi in chiusure difensive (come rilevato da Bauman all’inizio degli anni duemila¹²), ha la necessità di ricercare una nuova “arte di vivere insieme”, come ha indicato il *Secondo Manifesto convivialista*¹³, sviluppare una nuova cultura della cura e della fraternità, come autorevolmente sostenuto dall’enciclica *Fratelli tutti* e dalle proposte sulla fraternità “nel tempo dell’incertezza” offerte

⁹ <https://healthcityinstitute.com/manifesto/>

¹⁰ V.: A. Bosi, *Il caso Parma*, Battei, 2012 e S. Manghi, *Partecipare stanca*, Battei, 2016.

¹¹ R. Larini, Ripensare la comunità, in *Rocca*, 08, 15 aprile 2021, p. 33.

¹² Z. Bauman, *Voglia di comunità*, Laterza, Roma-Bari, 2001.

¹³ Internazionale convivialista, *L’arte di vivere insieme. Secondo Manifesto convivialista*, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, Milano, 2020.

da E. Morin¹⁴. Tali rilevanti riflessioni, possono trovare nell'ambito della vita sociale e politica delle città e dei territori significative opportunità attuative.

2.3 Ricucire le reti sociali

Sicuramente il punto centrale di tale ripensamento deve essere quello della ricucitura delle reti sociali e di una nuova focalizzazione sulla dimensione di comunità locale, capace di sviluppare capitale sociale, forme attive di socialità e associazionismo, responsabilità e partecipazione alla vita collettiva. Senza una vita attiva e partecipata anche le scelte urbanistiche migliori possono restare scatole vuote, senza una vita propria.

Soprattutto la città e i comuni collocati a reticolo nel territorio provinciale devono diventare molto più abitabili e vivibili di quanto non siano ora per i bambini, per gli anziani, per chi ha disabilità. Da tempo sono state proposte nuove modalità abitative che affrontino le necessità della condizione anziana attraverso forme di condivisione intergenerazionale delle abitazioni (*independent living, assisted living, co-housing*). Anche forme di *mediazione* fra proprietari di appartamenti e potenziali affittuari "deboli" possono servire a costruire ponti fiduciari.

Queste forme dell'abitare possono coniugarsi utilmente con una generalizzazione dell'*assistenza domiciliare integrata*, con forme di *prossimità* dei servizi, con l'attenzione alla *convivialità*, favorita da spazi d'incontro e di transito sicuri, mentre gli spostamenti dedicati e protetti possono favorire il percorso casa-scuola dei bambini e la loro presenza nel tempo libero nelle aree opportunamente attrezzate del quartiere. I nidi e le scuole d'infanzia possono diventare luogo d'incontro delle giovani famiglie, dove la presenza del pediatra può aiutare e rassicurare. L'associazionismo e le altre esperienze di aggregazione nei quartieri, dopo l'evento Covid che le ha duramente penalizzate, dovranno essere aiutate a ricostruire le loro reti sociali e solidaristiche. Esempi fra mille di una rinnovata azione ricucitiva delle reti e di sviluppo del capitale sociale che dei nuovi centri di quartiere dovrebbero portare avanti per ricostruire il tessuto di socialità e qualità della vita nei territori.

A fare da baricentro a questa rivitalizzazione della socialità di quartiere dovrebbero essere delle nuove *Case della Comunità* che costituirebbero non solo un contenitore di servizi sociali e sanitari, ma un luogo base di attività preventive, di promozione della salute, di aggregazione, di attivazione e partecipazione della comunità di quartiere, con una netta presa di distanze da paradigmi urbanistici basati su grandi dimensioni e specializzazioni funzionali delle città. Si tratta quindi di superare il paradigma basato sulla sola risposta sanitaria di base (come molte delle attuali Case della Salute) per una visione che abbia al centro la convivialità, la salute comunitaria, l'assistenza socio-sanitaria, con una particolare attenzione a tutte le situazioni di fragilità, verso cui operare in termini di domiciliarità, prossimità e personalizzazione dei budget di salute.

Quartieri con simili dotazioni, rigenerati con adeguate politiche e reti associative, svilupperebbero un'alta qualità di vita, responsabilizzata per la buona gestione delle dotazioni e dell'ambiente urbano, che, a sua volta, stimolerebbe un'alta qualità dei servizi sociali, sanitari, educativi, ambientali, attivando circoli fiduciari e virtuosi che l'attuale divisione del lavoro specialistica e funzionale ha messo in scacco.

¹⁴ Papa Francesco, Lettera enciclica *Fratelli tutti* sulla fraternità e l'amicizia sociale (http://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html) e E. Morin, *La fraternità, perché?*, Ave editrice, Roma, 2020.

Si tratta dunque di pensare nei termini di un nuovo orientamento urbanistico e sociale che connetta vivibilità, abitabilità, socialità conviviale, multidimensionalità e qualità dei servizi che andrebbero a costituire comunità locali di dimensione di zona e di quartiere, federate, a loro volta, in città e territori connotati da specifiche identità culturali e vocazioni produttive. Per questa ragione, il progetto di una nuova tipologia di Casa della Comunità diventa strategico per il ripensamento e il rilancio della città e del territorio parmense. La crisi del Covid può diventare un nuovo inizio di una *comunità della cura*!

3. La salute come bene comune e sfida creativa

3.1 La salute nella Costituzione

Per quanto riguarda i riferimenti alla salute e alla cura, questo progetto intende porsi nel solco della Costituzione italiana e dei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, compresi gli aggiornamenti recenti. Com'è noto, l'art. 3 della Carta Costituzionale indica l'eguaglianza fra i cittadini, la dignità e il pieno sviluppo della persona, la partecipazione come cardini della vita sociale, mentre l'art. 32 tutela la salute sia come diritto individuale che interesse collettivo.

La recente vicenda del Covid evidenzia nei fatti che solo con uno sforzo collettivo e comune si può proteggere il bene salute. Dunque la salute e le forme di promozione e cura conseguenti devono essere considerate un *bene comune* di una collettività. Inoltre la salute è un *diritto* per ciascun componente della collettività, ma essa si tutela anche fidando sulla *responsabilizzazione* di ciascuno a concorrere alla sua creazione. Ne consegue che la responsabilizzazione del cittadino deve valere, per il perseguimento della salute, sia in termini di diritti, di co-decisionalità e di co-produzione della cura, ma anche in termini di *doveri* e di possibilità di *partecipazione* alla sua costruzione.

Le collettività sono poi chiamate in causa, in quanto la salute ha necessità di una prospettiva di popolazione collegata al territorio, ossia di *comunità locale*, che ha interesse, diritto, responsabilità e autonomia per occuparsi della tutela e rigenerazione della salute nel proprio ambito (art. 5). A loro volta, gli Enti autonomi territoriali, rappresentanti delle comunità locali (in primis Comuni e Regioni), concorrono a costituire la Repubblica una e indivisibile e a rendere possibile l'azione delle sue istituzioni socio-sanitarie e di salute.

3.2 Attualizzazione della definizione di salute dell'OMS

La *definizione di salute* proposta nel 1948 dall'OMS (come "benessere fisico, mentale e sociale") rimane un fondamento. Essa tuttavia è stata ulteriormente aggiornata e interpretata negli anni successivi. In particolare il benessere fisico non viene più inteso solo in termini oggettivo-materici, ma come funzionamento adeguato e adatto dell'organismo vivente, di cui sempre di più si scopre la complessità costitutiva, ancora in parte inesplorata. La vicenda Covid evidenzia, inoltre, come il vivente umano sia in continua interazione con l'ambiente, gli altri viventi, l'intero ecosistema in una prospettiva che, negli ultimi anni, è stata chiamata di *One Health*. Ciò comporta una visione della salute non più solo interna e individuale, ma di stretto e continuo rapporto con l'*ecologia ambientale*, che oggi ha una dimensione mondiale, dati i continui scambi fra aree del pianeta, accentuati dalla globalizzazione economico-sociale prodotta dall'uomo e dalle sue tecnologie.

Vi è inoltre oggi la consapevolezza che corpo e mente sono strettamente interrelati, interagenti, compenetrati. Il sistema neurologico è componente del tutto corporeo e il corpo è una entità fittamente comunicante al proprio interno e con capacità emergenti di generare consapevolezza e coscienza. Ma il corpo è anche costituzionalmente comunicante e interagente col proprio ambiente sociale e culturale, oltre che biologico e fisico. Quindi il corpo è intimamente "mentale" e la mente è una porta di connessione fra autonomia organizzativa corporea e trama relazionale tessuta incessantemente con l'ambiente sociale e

simbolico interumano. La mente, dunque, è costantemente sollecitata in termini culturali e comunicativi e continuamente riflessiva, per cui corpo e mente “incorporano” al proprio interno processi generati collettivamente e culturalmente (si pensi al cibo e agli stili di vita, per fare alcuni esempi). Molti autori, anche in sede OMS, hanno rilevato come anche le dimensioni etiche, estetiche e spirituali influiscano in modo sensibile sulla salute e il benessere del soggetto nel suo ambiente. Quindi non si tratta di separare, opporre o negare i vari aspetti che concorrono alle dinamiche di salute, ma di saperli rendere coerenti e convergenti.

In questo senso anche la *dimensione sociale* deve essere intesa come una estensione del soggetto vivente in termini di sue relazioni costitutive con la rete relazionale primaria e secondaria, in stretta interazione con il contesto socio-culturale vicinale e allargato entro cui sviluppa la propria attività vitale. A sua volta, l’organizzazione sociale non è solo un’estensione del soggetto-persona, ma è altresì costituita da un insieme di entità collettive stabili e insieme in divenire, che continuamente interagiscono fra loro e coinvolgono ogni essere umano componente. Quindi anche la dimensione sociale va pensata come un circuito ricorsivo fluido entro cui si muovono le traiettorie delle persone.

Il benessere sociale che scaturisce da tale circuito interazionale e culturale è dunque una costruzione collettiva complessa in cui sono implicati nuclei familiari, ambienti di vita, comunità locali, istituzioni, immaginario culturale e reti comunicative: esso è fortemente percepito dalle persone come componente del proprio essere e vivere. Anche in questo campo, l’esperienza Covid insegna quanto la perturbazione della dimensione sociale della vita abbia prodotto forti stati di ansia, malessere, disagio in tutte le età e componenti sociali, ma essa ha anche sollecitato una nuova capacità di resilienza, di solidarietà e di ideazione sociale. È dunque assolutamente importante capire come questa dimensione di salute possa essere sostenuta ed equilibrata. Essa è influenzata solo in parte dagli interventi sanitari (che, se restano i soli attuati, provocano forme di *medicalizzazione e passivizzazione*), ma piuttosto viene generata e rigenerata attraverso forme di ascolto, vicinanza e reciprocità, di fratellanza e coesione sociale, di responsabilizzazione solidale e amicizia sociale (per usare i termini della *Fratelli tutti* di Papa Francesco), di cura attenta e di attenzione vigile alle fragilità.

3.3 Le indicazioni dei documenti OMS

È sulla base di queste premesse che devono essere comprese le indicazioni provenienti da varie assise dell’OMS. La *Dichiarazione sulle Cure Primarie* stilata ad Alma Ata nel 1978 affermava che la salute si genera laddove «le persone vivono, lavorano, amano, giocano» e dunque proponeva di costituire un forte sistema comunitario e territoriale che aveva al suo centro le cure primarie. Una indicazione fortemente disattesa nel periodo delle politiche neoliberali, ma che è stata ribadita e aggiornata in tempi recenti dalla *Dichiarazione di Astana* del 2018.

Anche in questo caso, tutta la vicenda Covid ha dimostrato senza ombra di dubbio che non solo un forte sistema di cure primarie è essenziale per affrontare le problematiche di salute, ma che esso deve essere accompagnato da un rilevante e continuo coinvolgimento delle comunità locali, da una significativa attività di prevenzione dei rischi e di promozione della salute (da non confondere fra loro).

A tal proposito, non deve essere dimenticata l’integrazione della definizione originaria di salute emersa nell’Assemblea mondiale che ha lanciato ufficialmente la *Carta di Ottawa sulla Promozione della salute* (1986). La salute è vista come un *potenziale* e come un *processo* su cui è possibile agire: «La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone

di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla...». Le politiche conseguenti abilitano il soggetto come protagonista della salute, agiscono sugli ambienti di vita, mobilitano le “città sane”, sviluppano un’ecologia ambientale, riorientano di servizi sanitari a favore di tale prospettiva. Tali indicazioni sono state ribadite anche nell’assise mondiale tenuta a Shianghai (2016) che dichiara: «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. La salute è uno dei *più efficaci e potenti indicatori* dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni città e contribuisce a rendere le città inclusive, sicure e resilienti per l’intera popolazione.»

La promozione della salute ha attivato un metodo e uno stile d’azione sempre più differenziati rispetto a quello preventivo attraverso modalità di auto-formazione e capacitazione personale (*cura di sé, health literacy, life skills, ecc.*) da attivare in tutte le età della vita, specie quelle di passaggio. Inoltre essa assume oggi una forte proiezione collettiva e comunitaria (ad es. con la *Rete delle scuole, delle Città sane, degli ambienti di lavoro, ecc.*), e si pone in un’ottica intersettoriale, di valutazione di tutte le politiche che possono influire sulla salute, di forte attenzione alla *sostenibilità ambientale*, in particolare negli ambienti urbani. Essa ha altresì sviluppato una *prospettiva salutogenica* al proprio interno (coniata da Antonovsky¹⁵ e in ulteriore recente sviluppo¹⁶) che mette l’accento sulla *capacità di adattarsi* e affrontare le difficoltà della vita, oltre che sui *fattori di resistenza* presenti negli ambienti di vita, in particolare nelle comunità locali, che possono aiutare e favorire i soggetti a sviluppare traiettorie di *resilienza* e benessere. Secondo tale prospettiva, è sempre necessario operare non solo per contenere i processi patogenetici (compresa la prevenzione), ma anche e contemporaneamente *agendo sulla leva della rigenerazione dei fattori e dei processi salutari*. Ciò vale sia per le fasi prevalentemente di buona salute quanto per quelle con forti compromissioni funzionali, con equilibri più fragili, e dunque nel corso dei percorsi di cura.

3.4 Far fronte alle vulnerabilità e fragilità

Le indicazioni emergenti dai documenti OMS sono estremamente importanti nella fase storica in cui ci troviamo in cui aumenta la durata di vita, ma non sempre la sua qualità. Di fronte al grande problema dell’invecchiamento di una rilevante componente della popolazione, sono importanti politiche attive, salutogeniche, comunitarie capaci di non ridurre gli interventi a semplice custodia e contenimento, ma piuttosto volte a sviluppare le capacità di adattamento in condizione di *salute sufficiente* alla propria autonomia e vita attiva.

La pandemia da Coronavirus ha riportato di attualità concetti come *precarietà, vulnerabilità, fragilità*. La precarietà è una condizione della vita di cui si tende a dimenticare la presenza, in orgogliose dichiarazioni di indipendenza dagli altri, di potere su e padronanza del mondo, di attenzione alla dimensione immediata di godimento. Essa tuttavia fa parte della condizione umana in ogni età della vita, ma tendenzialmente si accentua col passare delle età diventando vulnerabilità e fragilità. Queste questioni, stante la curva demografica e epidemiologica in atto, si presentano come una delle sfide centrali del presente e del futuro. Esse necessitano di essere affrontate con un’adeguata preparazione culturale diffusa, con

¹⁵ Antonovsky A., The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, 1996, 11, 1, pp. 11-18.

¹⁶ Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M. et al., eds, *The Handbook of Salutogenesis*, Switzerland: Springer, 2017.

attive reti di reciprocità e solidarietà, con strutture comunitarie e socio-sanitarie responsive e flessibili.

È in particolare in queste situazioni che emerge l'enorme importanza di poter portare le persone ad essere co-responsabili e capaci nella cura della propria salute, di mettere in moto processi di promozione della salute e della salutogenesi, di attuare interventi volti a prevenire i rischi individuali e collettivi, di avere servizi di prossimità capaci di ascoltare e comprendere le situazioni che necessitano di aiuti tempestivi, di avere una organizzazione adeguata delle cure primarie capaci di esprimere una medicina personalizzata, di iniziativa e comunitaria.

3.5 Assumere la sfida della *preparedness* e della qualità della vita

Questo progetto, che ha al suo centro la costituzione di Case della Comunità nei quartieri e nelle aree del parmense, si propone di assumere queste indicazioni al fine di sviluppare interventi coordinati e di ampio respiro che, mettendo a frutto le significative esperienze esistenti e sviluppandone delle nuove, portino il nostro territorio a migliorare la sua vivibilità e qualità di vita, nonché la sua capacità di fronteggiare le sfide sanitarie e sociali che si prospettano, rilanciandone le capacità di innovazione e attrazione. L'evento Covid porterà ad una migliore *preparedness* per il futuro se tale sfida verrà colta in tutte le sue sfaccettature e se si appronteranno strumenti multidimensionali all'altezza delle varie esigenze che un'idea di salute complessa e di cura collaborativa oggi esige. Non è più il tempo di interventi separati e monodimensionali, anche se magari singolarmente apprezzabili, ma di coordinare tutte le risorse disponibili (personali, solidaristiche, professionali, istituzionali) per arrivare ad un salto di qualità e di paradigma che sappia mettere in moto un nuovo inizio della vita collettiva. Di qui, crediamo, la rilevanza strategica di un intervento come quello che qui prospettiamo che può portare ad un dinamismo creativo paragonabile a quello vissuto nei momenti migliori della propria storia.

4. Riorganizzare il welfare generativo e comunitario locale

4.1 Ripensare orientamenti e metodi dell'azione sociale

Come ha scritto Baricco¹⁷, la situazione che stiamo vivendo ci fa capire che «l'intelligenza novecentesca è ormai inadatta a gestire la realtà, o quanto meno questa realtà.» Questa affermazione ha influenza anche sul tema a noi caro del welfare. Operiamo mediamente *con soluzioni stabili e di scarsissima flessibilità*. Di conseguenza facciamo fatica ad adattare le scelte politico-strategiche e a individuare soluzioni e risposte realmente innovative e utili. Ci abituiamo ai modelli in essere e perciò - anche se a parole dichiariamo di voler cambiare - tendiamo a rimanere fermi con l'idea di "aggiungere" e non di lasciare perdere qualcosa per trasformarlo. In più il tempo del cambiamento è molto lento, in una realtà sociale che corre velocissima per inseguire i mutamenti tecnologici ormai inarrestabili e imprescindibili. Inoltre, si perde di vista la soluzione migliore per *la persona nel suo contesto* a favore dell'applicazione dei regolamenti basati su teorici principi di equità/democrazia. Costruire servizi socio-sanitari-assistenziali comporta oggi la necessità di vivere dentro al movimento della società e alla sua instabilità ormai endemica.

Un altro dato importante è che, nel corso degli ultimi decenni, con l'idea di migliorare i servizi e di potenziarli, abbiamo alimentato la *visione specialistica*: in questo modo abbiamo parcellizzato i saperi nell'illusione di perfezionare le risposte ma, così facendo, abbiamo diminuito la capacità di vedere i problemi nella loro *dimensione sistemica*. Qualunque problema sanitario o sociale che sia viene esaminato e curato isolatamente, creando *ipercura specifica* (spesso più clinico-sanitaria che psico-sociale) e moltiplicando le azioni, gli interventi. In tal modo si rischia di produrre servizi inadeguati a costi molto elevati, con poca capacità di fare prevenzione.

La complessità in cui viviamo ci deve impegnare piuttosto a lavorare per connessioni, ipotesi temporanee, movimenti veloci, ma in contatto con le esigenze e i bisogni. Per questo dobbiamo, nella concretezza della nostra quotidianità, vedere la casa, la zona, il quartiere, come *luogo di cura*; costruire più punti di comunità decentrati che contengano sia i servizi sanitari di primo accesso che i servizi sociali; realizzare processi partecipativi "veri" nella programmazione e realizzazione dei servizi (*Consigli di quartiere*, focus group con tutte le istanze territoriali); favorire comportamenti proattivi dei professionisti coinvolti, inseriti in task force integrate con procedure e modalità operative *smart* e, spesso, al domicilio.

Per realizzare il welfare generativo e di comunità è indispensabile affinare strumenti e *percorsi di prossimità*, intesi come interventi e servizi alla persona che vanno incontro ai soggetti fragili anziché farli uscire dalla loro abitazione.

Per questo si devono immaginare nuove forme di responsabilizzazione e decisionalità, non solo istituzionali:

- non avere categorie troppo rigide, proceduralizzate e con troppi passaggi di responsabilità prima di arrivare alle decisioni operative, programmando in modo non standardizzato e personalizzando il servizio;

¹⁷ A. Baricco, Mai più, seconda puntata, *IL POST – Storie/Idee*, mercoledì 17 Marzo 2021.

- avere una dimensione territoriale limitata e circoscritta, con ambiti di attività diversificati compresenti nello stesso luogo fisico, in modo che gli operatori possano comunicare in modo veloce ed evitino di far girare troppe volte le persone in difficoltà, favorendo così la realizzazione di servizi socio-assistenziali più piccoli, flessibili, con operatori plurifunzione e motivati alla relazione, inseriti nella dimensione di zona/quartiere;
- utilizzare modelli di intervento flessibili e non gerarchici, ma di team/staff con deleghe e autonomie progettuali, che contemplino l'attivazione dell'utente, basati sulla relazione e sulla risposta mirata;
- ripensare il sistema di servizi per gli anziani: l'attuale sistema ha costi molto elevati, sia per gli enti che per le famiglie, e non risponde, in ogni caso, alle esigenze delle persone, delle famiglie, del contesto lavorativo. Meno strutture rigide, più soluzioni adattate alla famiglia (dalla badante di condominio, all'accompagnamento nel reperire risorse personalizzate), nei modi e nei tempi;
- ripensare le forme dell'abitare, rigenerando i quartieri, riorganizzando i contesti di solidarietà e di vicinato, creando progetti diversificati di *co-housing*, ecc., in collaborazione tra pubblico e privato sociale, realizzando forme di autogestione e governance partecipata dei servizi con percorsi nella logica della autosostenibilità.

4.2 Sviluppare interventi di 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 diseguaglianze 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.

A livello nazionale esistono esperienze avanzate di welfare generativo e di prossimità. La *Società Italiana di Servizio Sociale (SOCISS)*, ha promosso negli ultimi anni interessanti convegni nazionali di scambio e confronto su progetti e servizi innovativi realizzati in tutte le regioni italiane.

Tra queste, l'esperienza delle *microaree* di Trieste può essere un esempio da seguire¹⁸. L'esperienza triestina nasce nel 2005 dalla volontà di Franco Rotelli, ex Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste per sviluppare un approccio proattivo ai problemi della comunità e coinvolge piccole aree del territorio dove Comune e altri enti collaborano allo sviluppo di comunità. Le microaree, punto di riferimento del quartiere con a capo un referente, hanno come obiettivo quello di sviluppare una medicina territoriale radicata nei luoghi di vita, nelle abitazioni e nei luoghi sociali dei quartieri, con particolare attenzione alle zone con un'alta presenza di edilizia pubblica e famiglie multiproblematiche. L'esperienza delle microaree di Trieste riguarda 16 piccole zone, aventi dai 500 e i 2500 abitanti; vi lavorano una rete di operatori sanitari presenti quotidianamente nei condomini popolari, garantendo aiuti diretti in ambito sanitario, ma anche sviluppando relazioni di aiuto tra i cittadini e di sinergia tra i servizi istituzionali e non presenti sul territorio.

In alcune realtà italiane sono riscontrabili esperienze di *medicina generale d'iniziativa e di comunità*, ossia una rete di ambulatori sociali nei quali è presente personale sanitario volontario che può eseguire piccole prestazioni mediche, con la compresenza di infermieri e di volontari "laici" che si preoccupano di curare anche l'accoglienza.

Altre iniziative da valorizzare nella logica del lavoro di comunità sono:

- *il servizio "custodi sociali"*, ossia un operatore sociale che sta vicino ai cittadini e alle cittadine per favorire l'accesso ai servizi di prossimità e segnalare le persone bisognose di assistenza. Effettuano un monitoraggio permanente della situazione complessiva dei residenti nell'ottica della prevenzione sociale e sanitaria, ascoltano le richieste integrando le prestazioni dei servizi esistenti (piccoli aiuti domestici, accompagnamento per commissioni e visite mediche, disbrigo pratiche, acquisto generi prima necessità e farmaci ecc.). Tengono informati i cittadini del quartiere su orari e servizi, feste, parrocchie, iniziative varie di socializzazione, e - al bisogno - li accompagnano (es.: il Comune di Milano);
- *il bike-sharing gratuito di prossimità*, che prevede il recupero e la donazione di biciclette, e/o la ricerca di riparatori/meccanici, da utilizzare per chi ne ha necessità (es.: *RiCiclo*, *Officine Ricicletta*, ecc.), presenti in particolare nei grandi centri urbani;
- *la Web Radio*, che rende protagonisti rifugiati, richiedenti asilo, minori non accompagnati, giovani di seconda generazione, riducendo le distanze e sensibilizzando i cittadini sui temi dell'inclusione sociale. Ad esempio, *Alta Frequenza Web Radio*, nata da un'idea dell'Associazione Mosaico di Solidarietà di Bologna, piattaforma multiculturale e luogo di incontro per giovani che vuole promuovere l'ascolto, la conoscenza, la condivisione e la valorizzazione delle diversità culturali. Oppure ancora *la Web-Radio On the Move*, realizzata da migranti, rifugiati e persone del posto di Roma per affrontare i temi dell'intercultura e dell'accoglienza: una *best practice* dell'integrazione, promossa dal nuovo dicastero per lo Sviluppo umano integrale, dallo Scalabriniani International Migration Network (SIMN) e dalla Fondazione Konrad Adenauer.

¹⁸ C. Benedetti, M. Belluto e N. Pecora, Le microaree di Trieste, in G. Maciocco (a cura), *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Carocci Faber, 2019.

4.3 Buone pratiche parmensi e necessità di un cambio di passo

Anche a Parma sono presenti diverse esperienze significative sia attivate dal Settore Sociale del Comune di Parma, che negli ultimi anni ha rimodulato la struttura e i percorsi operativi, sia dal Volontariato e dagli Enti di Terzo settore. Per questo, prima di ragionare su alcune progettazioni immaginabili in futuro, abbiamo cercato di capire come è attualmente organizzato il campo sociale nel nostro territorio (v. Scheda A). Partendo da molte buone esperienze esistenti, connettendo le varie parti ancora scomposte, condividendo fra gli operatori e i cittadini gli obiettivi e la nuova lettura di contesto e di metodo che le Case della Comunità possono apportare, riteniamo che si potrà innescare un *nuovo step* evolutivo e generativo capace di creare innovazione sostanziale del welfare operativo sul nostro territorio.

Attualmente il sistema fa fatica a reggere la numerosità, le differenti tipologie di utenza e la complessità delle situazioni da prendere in carico. Inoltre *l'integrazione socio-sanitaria* prevista in tutte le normative e in tutti i documenti programmatici corre il rischio di rimanere sulla carta a causa della governance plurima e compartimentata dal punto di vista gestionale ed economico, della rigidità delle procedure, della ricerca spasmodica dei piani di responsabilità soggettiva in strutture fortemente gerarchiche. Bisogna investire sui beni immateriali e si possono anche rintracciare fondi economici che supportano questa scelta: ad esempio il *bonus Emilia Romagna* a sostegno del tesserino del caregiver. Ci sono fondi (anche europei) spesso non utilizzati per carenza di progettazione partecipata.

Per il futuro è indispensabile:

- progettare prodotti “sperimentali” da costruire in modo dettagliato nella quotidianità, da testare, verificare ed eventualmente aggiustare, modificare, tenendo conto della necessità di semplificare gli accessi e le modalità di risposta;
- costruire la presa in carico globale della situazione familiare in tutte le aree e favorire la consapevolezza dell'importanza del coinvolgimento attivo delle famiglie;
- definire le modalità per realizzare una reale integrazione tra le necessità specifiche del Sociale e quelle identificate dagli altri Servizi (in particolare nel settore dei minori e della disabilità);
- dare maggiore attenzione alle problematiche familiari (separazioni conflittuali, esigenze di tutela) e al coinvolgimento della famiglia stessa nella soluzione dei problemi portati all'attenzione del servizio;
- continuare il lavoro di omogeneizzazione delle modalità di lavoro tra i poli e sperimentare modalità nuove di presa in carico concretamente condivise (*bilancio e budget di salute*);
- progettare percorsi di formazione, supervisione integrati; intensificare il rapporto con l'Università; coinvolgere i giovani e interessarli, anche sul piano politico al lavoro sociale e di comunità;
- è necessario prendersi cura del sistema di cura, diminuendo le ore di lavoro a favore della cura reciproca nella comunità.

Dunque è necessario un *cambio di paradigma*: la standardizzazione dei servizi e le risposte preconfezionate creano disuguaglianza. Il sistema per reggere avrebbe necessità di finanziamenti oggi non sostenibili e oltre tutto non potrebbe comunque rispondere a tutte le esigenze presenti. Si tratta di costruire un sistema di servizi e interventi rivolti alle famiglie che sia l'esito di una piena integrazione degli interventi sociali, sanitari ed educativi, avente come fine una progettazione che possa essere, innanzitutto, un insieme organico di pensiero e che

si traduca, poi, in una collaborazione tra servizi e, cioè, in una serie di interventi coordinati attraverso strumenti concorrenti e compatibili per il raggiungimento degli obiettivi comuni e, di fatto, per realizzare, nell'interesse della persona che ha bisogno, un seguito di vita positivo, possibilmente coinvolgendo il nucleo familiare e la rete territoriale.

Il *polo sociale territoriale* è il luogo dove si gestisce l'insieme degli interventi sociali in collaborazione con gli altri servizi del Comune, dell'Azienda sanitaria locale, del mondo della scuola, del terzo settore e, in generale con le realtà associative e non presenti sul territorio e come tale andrebbe agganciato/inserito nella costituenda Casa della Comunità. I servizi di prossimità, ossia tutto quello che sta vicino e sostiene le persone fragili e vulnerabili, devono essere potenziati su tutto il territorio locale e vedere il contributo di differenti figure professionali, anche volontarie: la collocazione ideale è all'interno del contesto delle Case della comunità, utilizzando la nascente Casa della salute in via XXIV Maggio come sperimentazione innovativa, con alcuni punti fermi:

1. *governance* condivisa nella sede logistica unica;
2. costruzione del bilancio + budget di salute condiviso tra Ausl (sia MMG, ambulatori, che Neuropsichiatria infantile, SerT, Salute Mentale), Comune e Terzo settore, mettendo in comune risorse economiche, umane e percorsi operativi, creando task force agili e con autonomie nelle decisioni a favore delle persone una volta identificate le linee guida, per la realizzazione di un progetto di aiuto "unico" e non frammentato;
3. dare gambe ai *Punti di comunità* perché possano intrecciare il loro lavoro con i servizi sociali dei Poli e i servizi AUSL dentro la casa della salute;
4. creare un *tavolo di confronto e pianificazione*, con il supporto dell'Ufficio di Piano distrettuale, per costruire il nuovo sistema di welfare generativo che sappia utilizzare la co-progettazione per ridurre i servizi residenziali e i ricoveri ospedalieri a favore di nuovi servizi di domiciliarità mista pubblico/privato sociale/volontariato;
5. condividere con la Regione Emilia Romagna e l'Università le caratteristiche del percorso innovativo per monitorare la sperimentazione e in funzione dei risultati generare altre esperienze in tutti i territori.

4.4 Promuovere un nuovo volontariato di comunità

Come si afferma nel capitolo precedente, il fine delle Case della Comunità è quello di perseguire una visione di salute dove la componente sanitaria è chiaramente fondamentale, ma non esaustiva rispetto ad una condizione di benessere e qualità della vita, dove la salute stessa è condizionata da molte variabili: la dimensione relazionale e affettiva, il sentirsi riconosciuti e parte di una comunità, il sapersi orientare tra le opportunità di un territorio e riuscire ad accedere alle stesse e così via. Lo star bene non è solo questione di cura, ma di *appartenenza e proattività*.

La sfida per il welfare in questo momento storico è, sempre di più, quella di sapere intercettare quei cittadini che spesso, anche attraverso una richiesta apparentemente sanitaria o assistenziale, nascondono bisogni più complessi. È facile chiedere aiuto per un problema fisico, è molto difficile farlo per le problematiche e le conseguenze legate alla solitudine.

Questi ultimi due anni hanno generato un'accelerazione e ampliamento di fenomeni che ci hanno portato ben lontani dal lavoro sociale e di comunità degli anni "pre-crisi" che era volto ad includere una minoranza di persone prive di mezzi (materiali principalmente, ma non solo) all'interno di una società che, tutto sommato, "teneva", pur con già evidenti segni di

allentamento e di caduta delle reti sociali. Infatti, già da qualche anno, si tratta di includere una maggioranza di cittadini in condizioni di infragilimento e vulnerabilità diffusa.

Si tenga presente che la percezione di inclusione non è data in sé dai servizi (pubblici o privati), ma dalla comunità, dalle relazioni sociali che vi si vivono. Lo sforzo a cui siamo chiamati nei prossimi anni si gioca in una dimensione culturale, di responsabilità civica ed umana *che va abilitata, che va coltivata e che va sostenuta*. La comunità, lo sappiamo, non è un dato di partenza: va costruita. È un impegno che ci chiama *tutti* in causa, ogni giorno nelle nostre dimensioni di vicini di casa, di colleghi, di amici, di parenti, di parrocchiani e così via.

Se si condivide questa visione nelle sue articolazioni, le Case della Comunità vanno pensate e abitate non solo da personale sanitario e socioassistenziale, ma da parti di comunità che si prendano cura dei cittadini più fragili creando attorno a loro una rete di prossimità, informale, ma organizzata. Parliamo di *cittadini volontari motivati e formati per essere di sostegno* a chi, per diverse condizioni di fragilità, fatica a trovare uno stato di benessere.

Pensiamo quindi ad una Casa della Comunità dove sanitario, sociosanitario e specifici gruppi di volontariato collaborino per sostenere tutto il ventaglio di bisogni che insieme determinano la qualità della vita.

Perché ciò si verifichi e perché si riesca a strutturare questa coabitazione di sostegni professionali e formali con sostegni di volontariato e informali, sono necessarie almeno tre condizioni:

1. Che si generi un *nuovo tipo di volontariato* che abbia come propria *mission lo sviluppo delle relazioni nel proprio quartiere*. Non possono essere né le forme di volontariato esistenti¹⁹, peculiari su un determinato target (che potranno essere attivate di volta in volta su specifici bisogni), né singoli cittadini che si attivano in autonomia (figure troppo estemporanee). Si tratta di una nuova frontiera per essere volontario²⁰, in linea con nuovi bisogni ed evoluzioni della società;
2. Che queste forme di volontariato siano *parte integrante e integrata* nei sistemi di funzionamento delle Case della Comunità, con:
 - una sede che ne evidenzia la presenza;
 - la partecipazione a momenti di coordinamento con le altre componenti;
 - un ruolo riconosciuto e partecipe nei sistemi informativi interni.

Occorre costruire un meccanismo di fiducia alimentando il riconoscimento reciproco tra le varie componenti sociosanitarie, professionali e informali; è una condizione imprescindibile per una presa in carico quanto più esaustiva delle persone.

¹⁹ Non si scambii questa considerazione per un giudizio d'inadeguatezza del volontariato attuale. Al contrario si vuole affermare che il volontariato si trova periodicamente dinnanzi a sfide che gli chiedono di *generare nuove specifiche realtà*. Essere generativo di fronte a nuovi bisogni è la sua caratteristica peculiare e qualificante: si pensi ai primi anni '80 con la nascita delle comunità terapeutiche di accoglienza (es. Betania, Ceis/Orizzonte, ...); alla fine di quegli stessi anni è stato necessario porre mano allo strutturarsi i servizi per la povertà estrema (es. mensa dei poveri, casa d'accoglienza di Ugozzolo, servizio docce, ...); alla fine degli anni '90, di fronte a flussi migratori sempre più importanti, si sono create nuove realtà (es. CIAC, Pozzo di Sicar,) e, in tempi più recenti di fronte a nuove forme di povertà, si è nuovamente innovato il tipo di risposte (es. Empori di Parma, Langhirano e Borgotaro). Oggi la sfida con i cittadini in condizione di vulnerabilità è data dall'affrontare momenti difficili della vita in condizione di sostanziale solitudine.

²⁰ In tal caso si potrebbe senz'altro contare sulla disponibilità di CSV Emilia – *Centro servizi per il volontariato* (già Forum Solidarietà) e del *Progetto Parma Welfare* che già agisce sperimentalmente con questa visione e vede coinvolti oltre al CSV Emilia, il Consorzio Solidarietà, l'AUSL, l'Azienda ospedale, il Comune di Parma, l'ASP Parma, la CISL e UIL.

Detto in altri termini, a fini esemplificativi: se il medico si fida del volontario, per il cittadino/paziente la legittimazione facilita la filiera della sua presa in carico;

3. Che si intenda questo nuovo sistema collaborativo dentro ad un processo evolutivo che richiede tempo e figure dedicate: la condizione di partenza deve tendere a costanti riadattamenti ed implementazioni; la capacità di ascoltare i bisogni (la domanda) sarà all'origine di un progressivo miglioramento dell'offerta (le opportunità che la Casa della Comunità nel suo complesso potrà offrire).

In conclusione, dobbiamo porci nuovi tipi di domande a cui, crediamo, si possono dare delle risposte positive, a patto del verificarsi delle condizioni sopraelencate:

- *«È possibile generare un volontariato specifico con una visione di quartiere, ovvero costruire attorno ad ogni persona, che vive una situazione di difficoltà una rete di prossimità in grado di sostenerla soprattutto relazionalmente?»*

Le esperienze in essere ci dicono che è possibile: volontari attivi, con competenze pregresse e appositamente formati alla relazione d'aiuto in una dimensione territoriale di quartiere già agiscono con risultati incoraggianti. Tuttavia, in vari casi, a fronte di un entusiasmo iniziale, si demotivano per non essere attivati! La difficoltà è quella di avere il primo contatto con i cittadini vulnerabili. Non è facile chiedere aiuto per problemi di solitudine o di carenza di reti sociali se non ci sono dei "ponti" che facilitino il contatto con i volontari disponibili all'aiuto. In questa direzione sarebbero cruciali, ad esempio, i medici di base che ogni giorno hanno nei loro ambulatori diverse persone che presentano queste caratteristiche.

- *«È realistico ipotizzare che l'Istituzione sanitaria "accompagni" i propri pazienti ad avvalersi del sostegno di cittadini volontari?»*

In questo momento accade in modo marginale e grazie a disponibilità individuali; il freno è presumibilmente dato dal timore del medico di assumersi la responsabilità di orientare cittadini vulnerabili verso realtà che non hanno riconoscimento istituzionale e "non offrono garanzie/tutele". *Le Case della Comunità possono superare questo ostacolo* a condizione, si ribadisce, che il volontariato ne sia parte integrante e riconosciuta dando così avvio ad un virtuoso circuito di cura del benessere delle persone fragili.

4.5 Le specificità delle esperienze sanitarie nel parmense

Le tappe di sviluppo

La sanità parmense ha seguito tutte le tappe dello sviluppo del SSN in Italia a partire dalla legge istitutiva 833 del 1978 e dalla riforma del 1992/3 (L. 502/1992 e L. 517/1993) che hanno portato alla definizione di due aziende: quella ospedaliero-universitaria e quella sanitaria locale. L'ambito ospedaliero è poi stato riorganizzato nei primi anni duemila seguendo gli indirizzi regionali del periodo, mentre – nello stesso periodo – venivano sviluppate le *Cure Primarie* in ambito distrettuale portando alla costituzione dei *Poli Sociosanitari Integrati*. Dal 2010 poi si avviava l'iter per la realizzazione in Emilia Romagna della *Casa della Salute*, settore su cui il territorio parmense si è particolarmente distinto in termini di diffusione e impegno

formativo. Abbiamo ricostruito questo iter nella Scheda B (v. nella sezione *Documentazione*) che dà conto delle tappe di questo percorso e dell'estensione attuale delle Case della Salute. Inoltre esso analizza la situazione del Distretto Sud Est in cui si sono avviate diverse pratiche di rilievo comunitario e culturale.

Questa indagine ha avuto lo scopo di evidenziare il rilievo e l'impatto delle esperienze finora compiute in questo settore, ma anche di comprendere, almeno in parte, i limiti che hanno frenato il funzionamento e l'impatto sociale. Di qui le considerazioni che seguono.

Problematiche aperte

Tanto si è realizzato in questi ultimi anni dalle Case della Salute, ma permangono alcune ombre:

- Stenta ad essere abbandonata, dal cittadino ma anche dagli stessi professionisti, la logica del "*prestazionificio*". Un'ottica forse favorita anche dall'atteggiamento di alcuni Amministratori locali che si sentono defraudati se servizi o attività poco efficienti ed efficaci sono sostituiti da collegamenti funzionali o da azioni di sistema. Gli Amministratori dovrebbero invece riappropriarsi del proprio ruolo di indirizzo nella programmazione sanitaria, chiedendo conto e orientando le scelte, evitando così di spingere le Aziende Sanitarie all'autoreferenzialità.

- L'*integrazione* interservizi e interprofessionale è una parola chiave, ma forse abusata e non agita a tutti i livelli. Tende a permanere una certa separatezza tra le categorie di professionisti e tra le diverse organizzazioni, in particolare tra ambito sanitario e sociale. Nel primo caso manca probabilmente una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo all'interno di un coerente sistema di relazioni, ma concorrono anche le differenze contrattuali delle tante figure professionali coinvolte nei processi e nei percorsi. Tra sociale e sanitario mancano probabilmente visioni e linguaggi comuni che solo una penetrante azione di formazione può superare ed è forse di ostacolo la rigida attribuzione gestionale (e anche economica) dei casi. Va, invece, ricercata una maggiore coesione e convergenza di obiettivi a favore di una reale rete di sostegno al bisogno, che consenta di superare una certa tendenza allo stigma.

Relativamente al Distretto Sud Est analizzato (v. Scheda B), inoltre, non sono state favorevoli le modalità con cui sono nate le Case della Salute che, come precedentemente ricordato, sono state realizzate a partire da preesistenti Poli Sanitari che non prevedevano la presenza della componente sociale. Appare quindi necessaria un'integrazione anche fisica tra componente sanitaria e sociale.

Un *terzo livello di integrazione indispensabile* è costituito un più stretto legame con il volontariato e l'associazionismo. Per quanto componenti imprescindibili del sistema sanità, diverse di queste realtà evidenziano una sorta di tendenza al "protagonismo", nel senso della promozione autonoma di pur lodevoli iniziative, ma svincolate da logiche di coordinamento che distruggono e forse disorientano il cittadino. Mancano forme di coordinamento strutturate, mentre pare necessaria la costruzione di partenariati stabili e finalizzati, che coinvolgano anche le forme variamente organizzate della cosiddetta cittadinanza attiva, in grado di generare reti di comunità ben strutturate e orientate verso comuni obiettivi di salute e benessere.

Al riguardo, avanziamo due considerazioni:

- Il concetto di *rete* è sulla bocca di tutti. Ma di quale rete si parla? Di una "rete ragnatela", dove nodi statici sono in una posizione di attesa di una domanda ingessando il sistema o di

una “rete neuronale” con nodi interconnessi da flussi dinamici capaci di intercettare, andare incontro, interpretare e dare risposta al bisogno anche inespresso?

- I Piani della Salute di antica memoria, dissolti sull’onda dei *finanziati* Piani di Zona, sono stati una grande palestra coagulando, intorno ad un obiettivo di salute, l’azione sinergica e condivisa di soggetti e competenze di diversa estrazione in grado di incidere sui suoi tanti determinanti, anche apparentemente estranei all’organizzazione sanitaria. Per chi vi ha partecipato, essi hanno portato alla consapevolezza che da soli non possono essere raggiunti risultati efficaci e duraturi.

■ È ancora lontano il concetto di Casa della Salute come *luogo di cui la comunità si appropria*, “abitata” da un cittadino consapevole, che partecipa, che è coinvolto nelle scelte, capace di esprimere il bisogno e di rendere disponibile il proprio contributo di idee. Se le Case della Salute intendono qualificarsi come un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari, parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale (Case della Comunità), occorre un cambio di passo culturale, una *rivoluzione culturale per passare veramente dal concetto di sanità a quello di salute*, ricercando alleanze stabili e diffuse tra i tanti attori del tessuto sociale in grado di dare contributi e convinta adesione. È in questa consapevolezza che deve “crescere” il cittadino, mentre l’organizzazione sanitaria deve parallelamente accrescere la propria capacità di ascolto mettendosi veramente a “servizio” della comunità.

È su queste zone grigie che occorre un’inversione di rotta; solo agendo su queste criticità le Case della Salute possono diventare parte integrante dell’identità della comunità (Case della Comunità), un luogo di valorizzazione di tutte le risorse del tessuto sociale in cui si possa sviluppare *empowerment* del cittadino. Il rischio, altrimenti, è quello di apporre etichette a etichette.

Occorre anche potenziare le opportunità che la disastrosa pandemia in atto ha comunque permesso di emergere. L’epidemia da SARS-COV-2, sin dall’esordio, ha pesantemente impattato sull’organizzazione di entrambe le Aziende, di fatto determinando una forte interdipendenza dei due sistemi, con necessità di ridefinizione di obiettivi integrati e congiunti sui molteplici ambiti di risposta collegati alla gestione dell’epidemia, in particolare nella seconda e terza ondata epidemica, come indicato negli indirizzi della DGR 1806/2020 e rappresentato nel Piano Pandemico Provinciale. Si è di fatto realizzata la *sincronizzazione delle cure territoriali ed ospedaliere* come prioritaria scelta strategica:

- l’Ospedale di Parma ha rapidamente “sovertito” la propria organizzazione dipartimentale, per realizzare modelli organizzativi *ad hoc* di risposta alla domanda di degenza ordinaria per acuti dei malati con polmonite da COVID-19. Le terapie intensive, implementate in maniera modulare e flessibile, hanno risposto con un’offerta di cure proporzionata ai bisogni clinico assistenziali più avanzati;
- la rete ospedaliera pubblica provinciale - con gli ospedali di Vaio e Borgotaro e del privato accreditato – è stata attivata in successione secondo una progressione appropriata. Al culmine della fase epidemica, 1200 persone, di cui 60 in terapia intensiva, sono state accolte nella rete ospedaliera provinciale;
- contemporaneamente la risposta territoriale si è sviluppata, affiancando agli interventi di contenimento di diffusione del contagio, scelte innovative ed integrate tra territorio ed ospedale, volte a dare continuità di cura tra i vari *setting* assistenziali: domicilio, pronto soccorso, degenza ordinaria per acuti, terapia intensiva e sub intensiva, riabilitazione, cure intermedie, ospitalità alberghiera;

- in coerenza con tale orientamento, gli interventi di prevenzione e contenimento della diffusione del COVID-19 sul territorio, portati avanti dagli operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda USL, si sono integrati con quelli dei professionisti delle Cure Primarie (tra cui il Medico di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale, Infermieri delle cure domiciliari (ossia di famiglia e di comunità), Medici di Diagnosi e Cura delle Case Residenza per Anziani, professionisti delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), nonché con l’azione dei professionisti del *COVID Hospital* attivati sul territorio (le Unità Mobili Multidisciplinari a partenza dal *COVID Hospital* collocato al Padiglione Barbieri della Azienda Ospedaliero Universitaria);
- l’innovazione organizzativa della Centrale di Coordinamento dell’Emergenza Covid si è rivelata decisiva per integrare gli interventi della rete dei professionisti ospedalieri e territoriali, sia a domicilio che nelle Case Residenza Anziani, svolgendo un ruolo fondamentale nel contenere la diffusione della epidemia e portare la qualità possibile della cura nei *setting* organizzativi appropriati. È stata di fatto potenziata e qualificata la rete di intervento territoriale, con sviluppo delle competenze delle USCA (es: ecografie a domicilio) e delle attività delle stesse in strutture residenziali e verso l’ambito pediatrico, fino al loro utilizzo integrato in ambito vaccinale domiciliare.

In questo contesto, il sistema di *governance* locale dell’epidemia, incentrato sulle Unità di crisi aziendali ed interaziendali AUSL-AOU, ha garantito risposte tempestive modulate in base ai trend epidemiologici e alla pressione sui servizi ospedalieri e territoriali. Si è di fatto gestita la risposta ospedaliera integrata mantenendo l’AOU *Covid Hospital* e gli stabilimenti dell’AUSL *Covid free*, attraverso il contributo professionale di specialisti dell’AUSL (Rianimatori, Internisti, Cardiologi) che hanno operato in reparti Covid dell’AOU durante la fase più critica della terza ondata, nonché nella riconversione di risposta territoriale (Cure intermedie di San Secondo trasformate in struttura Codiv) per il trattamento delle dimissioni complesse da reparti Covid.

L’adozione di questi modelli radicalmente innovativi è stata possibile grazie ad una cultura professionale ed organizzativo-gestionale già presente nel nostro territorio: la condivisione del “cosa fare insieme e come” è il terreno su cui si sta fondando la partnership tra le due Aziende che va consolidata.

Parte Seconda

Le linee base del progetto

5. La Casa della Comunità: identità, composizione, valori

5.1 Definizione e Aree Operative

Sulla base delle analisi fin qui svolte, possiamo definire la **Casa della Comunità** come una *nuova aggregazione complessa e flessibile di Servizi e Unità operative con finalità promozionali, preventive, riabilitative, assistenziali, comprendente cure primarie, medicine specialistiche, servizi alla persona e unità di promozione della salute che si pongono a servizio di una popolazione spazialmente definita e organizzata in termini di comunità locale che, a sua volta, concorre, insieme con le istituzioni preposte e in raccordo col Sistema Sanitario Nazionale, a co-produrre gli interventi multidimensionali di cura necessari a soddisfare le esigenze dei residenti, secondo principi di solidarietà e uguaglianza, partecipando alla loro gestione.*

Le CdC che condividono una parte dei servizi in comune, sono *aggregate* in termini distrettuali o territoriali congruenti con le caratteristiche del territorio, della popolazione e delle istituzioni coinvolte.

La nuova CdC si compone di cinque **Aree Operative**. Ciascuna Area è costituita dall'aggregazione di diversi Servizi, Unità e Progetti di area. I Progetti Interarea faranno capo all'Area del Coordinatore di Progetto o all'Area dirigenziale (Partecipazione e Governance).

Le *Aree Operative* previste sono:

1. **Area delle Cure Primarie** che comprende la medicina della persona e di comunità, l'assistenza domiciliare, i servizi diagnostici, le unità di ricovero breve e gli ospedali di comunità;
2. **Area Medicine Specialistiche e dei Progetti speciali** che comprende i servizi di specialistica territoriale, prevenzione, riabilitazione, salute mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze patologiche, consultoriali e di salute familiare, le unità di telemedicina;
3. **Area Servizi alla Persona:** avrà competenza per gli interventi sociali, assistenziali e di prossimità; concorrerà inoltre all'assistenza domiciliare e alle *Unità complesse di cura alla persona*;
4. **Area Città Sana:** avrà il compito di sviluppare un'intensa opera di promozione, educazione, formazione e comunicazione della salute e del benessere sociale, di animazione sociale, di salvaguardia e valorizzazione dell'ambiente, di sviluppo di una cultura della salute come bene comune attraverso la costituzione di una *Unità multidisciplinare* e il coinvolgimento del sistema scolastico, dei centri sportivi e giovanili, dei centri anziani, delle istituzioni culturali e religiose, in particolare attraverso la realizzazione di progetti utili allo sviluppo della Città sana, vivibile e sostenibile;
5. **Area Sviluppo di Comunità e Rigenerazione della Reti Sociali:** è l'area – presidiata soprattutto da nuove e già sperimentate forme di Associazionismo, Volontariato e Terzo Settore - che si occuperà della socialità del quartiere, della prossimità con le fragilità, dello sviluppo delle reti sociali, di varie forme di animazione e vita culturale del territorio;

6. **Area Partecipazione e Governance:** è costituita dagli Organi di rappresentanza, di indirizzo e di governo della Casa della Comunità, nonché dallo *Staff di Direzione* che avrà compiti di supporto degli Organismi dirigenti e, in particolare, degli obiettivi di raccolta informativa necessaria per stilare il *Profilo di Comunità* e per supportare la *Valutazione* dei vari servizi e progetti sviluppati nell'ambito della CdC; avrà inoltre il compito di orientare e facilitare l'*organizzazione collaborativa* dei servizi e delle professioni, nonché di sostenere l'*integrazione* con i servizi ospedalieri e specialistici presenti nel territorio provinciale e extraprovinciale; lo staff si occuperà inoltre di sovrintendere alla *community building* e alla *comunicazione* orientate al coinvolgimento e alla partecipazione della popolazione.

Fig. 2 - Aree di intervento di una Casa della Comunità



5.2 Valori fondativi e orientamenti d'azione

Le CdC, nel loro strutturarsi e operare, rispondono a valori e orientamenti coerenti col dettato costituzionale, quali:

- **uguaglianza**, da coniugare secondo modalità sempre più efficaci, inclusive e adeguate alle esigenze della vita contemporanea;
- **solidarietà**, con particolare attenzione a tutte le situazioni di disagio, mancanza, marginalità, povertà, disabilità, conflitto, malessere sociale che possono manifestarsi entro la popolazione di riferimento e oltre i suoi confini spaziali;
- **bene comune**, che riguarda l'esigenza di tutelare i servizi e le istituzioni preposte al benessere e alla salute della comunità e di concorrere responsabilmente, con le proprie capacità, alla loro gestione e sviluppo in forma collettiva e collaborativa.

Le CdC di nuova generazione si caratterizzano in quanto mirano a sviluppare modalità di cura e intervento orientate verso la:

- a. **prossimità, proattività e generatività** con cui indichiamo il metodo di lavoro dell'"andare verso" le situazioni a maggiore rischio di vulnerabilità al fine di farsene carico puntando sulla rigenerazione delle reti sociali, la riabilitazione delle persone, il reinserimento e l'inclusione nella vita della comunità, l'attivazione della medicina proattiva e di iniziativa, la collaborazione delle reti associative e di volontariato, la collaborazione di tutti i servizi (a partire dalla farmacie, i negozi, i punti di quartiere, i centri giovanili e sportivi, ecc.) che possano concorrere al benessere e all'integrazione delle persone, specie le più vulnerabili;
- b. **personalizzazione delle cure**, basate su una combinazione multidimensionale di interventi terapeutici, assistenziali, di benessere, di supporto e di tutto quanto sia utile per rendere possibile il benessere e la vita quotidiana del soggetto - anche attraverso la definizione di *budget personalizzati di salute* - sollecitando l'attivo coinvolgimento e la responsabilizzazione del soggetto interessato;
- c. **partnership** fra soggetti necessitanti di cure e interventi, da una parte, e professionisti operanti nei servizi, dall'altra, al fine di istituire **relazioni di cura collaborative** che vedano le persone in cura come co-decisori delle scelte e parte attiva nella produzione dei processi e delle risorse - attraverso l'ascolto, la comunicazione, il coinvolgimento, l'attivazione della cura di sé -, ma anche responsabilizzati in termini di rispetto e comprensione dell'impegno degli operatori e della necessità di costruire adeguati ambienti, infrastrutture, tecnologie e procedure attraverso cui l'attività di produzione della cura possa svolgersi in modo adeguato e opportuno;
- d. **promozione della salute, del benessere sociale, dell'ambiente sano, della cultura della cura e della salute**, sviluppando adeguati progetti che prevedano il coinvolgimento delle istituzioni e reti sociali attive nella comunità di riferimento;
- e. **partecipazione della popolazione** - sia direttamente sia attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle sue reti sociali e istituzionali - in termini capaci di riattivare i legami comunitari e il capitale sociale, sviluppare il sentirsi parte e il prender parte a forme di consultazione, di collaborazione, di raccolta di risorse per progetti collettivi, di invio di rappresentanti negli organi di

gestione, di sviluppo di un'attenzione e responsabilizzazione condivisa verso i beni comuni, l'ambiente, la salute collettiva.

Nella gestione dei servizi, unità operative e progetti afferenti, la CdC opererà secondo principi-guida quali:

- **governance condivisa** fra ambito sociale, sanitario e di terzo settore, sviluppando procedure di attiva partecipazione della popolazione;
- **autonomia gestionale e operativa** attraverso la costituzione di a) un organo rappresentativo delle varie istanze che concorrono all'indirizzo, funzionalità e partecipazione della comunità locale; b) un organo di *governance* orientato a tradurre le indicazioni provenienti dall'organo rappresentativo in termini operativi; c) un *organo di coordinamento* col compito di guidare la CdC e di partecipare agli organi decisionali di Distretto;
- **integrazione e collaborazione**, ossia istituendo forme di connessione, continuità, cooperazione fra tutti i servizi, le istituzioni, le professioni implicate nella CdC e con tutti gli altri servizi facenti parte del sistema sanitario, sociale, educativo e di welfare pubblico, no-profit e convenzionato. Si presterà particolare attenzione a modelli e procedure organizzative orientate alla complessità, all'intervento sistemico, alla integrazione, anche attraverso l'istituzione di apposite figure di *management organizzativo* e di *agente di comunità*;
- **efficacia, efficienza e sostenibilità**: la CdC opererà attraverso la costituzione e gestione di un unificato *budget di comunità* costituito attraverso gli apporti delle istituzioni coinvolte e dei vari fondi nazionali, regionali, locali pertinenti con le attività svolte. Particolare attenzione sarà rivolta alle ricadute sociali, all'attivazione delle risorse personali, informali e di rete capaci di contribuire all'efficacia, efficienza e sostenibilità in un'ottica non meramente contabile ed economicista, ma attenta alle modalità di costruzione della salute comunitaria e del benessere nel medio e lungo periodo;
- **contestualità, valutabilità e flessibilità**: l'attivazione delle unità operative e dei progetti deve svilupparsi in coerenza col *profilo di comunità* e le sue variazioni, ossia basandosi su un'adeguata raccolta di informazioni sulla popolazione di riferimento, la valutazione sistematica degli interventi e progetti, l'adeguamento alle esigenze emergenti. La CdC deve poter adeguare la quantità, qualità e tipologia degli interventi al cambiamento demografico, epidemiologico, di stili di vita, di cultura della salute e della cura, di tecnologie disponibili, operando in sintonia con le trasformazioni della vita sociale e ai bisogni emergenti nella popolazione di riferimento. In particolare si dovranno sviluppare interventi rivolti alle varie fasce di interesse, quali anziani, disabili, adolescenti e giovani, care givers e assistenti familiari, immigrati, donne richiedenti aiuto e così via.

5.3 Attivazione e gestione

Le CdC operano tenendo conto delle elaborazioni che l'OMS ha fatto nel tempo, in particolare sulle definizioni di salute, sulle cure primarie, sulla promozione della salute. Inoltre considerano lo sviluppo dei modelli e delle esperienze che, in condizioni similari a quelle del territorio italiano, emiliano-romagnolo, parmense, hanno mostrato di avere efficacia in

termini di coinvolgimento dei cittadini, di funzionamento organizzativo, di risultati epidemiologici.

Le CdC partono dalla normativa prevista nazionalmente e regionalmente per le Case della Salute (Decreto Ministero della Salute 10 Luglio 2007 e Dgr 291/2010) e dalle indicazioni previste dal PNRR (varato dal Governo, approvato dal Parlamento e inviato alla Commissione europea il 30 Aprile 2021) relativamente alle Case della Comunità e alle linee di intervento previste dalle Missioni 5 (Inclusione e coesione) e 6 (Salute). Sulla base di tali indicazioni auspicano l'apertura di una **fase sperimentale** tendente ad individuare modelli innovativi di funzionamento e coinvolgimento della popolazione nella gestione dei servizi inseriti nelle CdS/CdC, nei Distretti, nelle Aziende USL, Ospedaliere e dei Servizi alla Persona.

Le esperienze condotte dalle attuali CdS, dalle Aziende presenti sul territorio, dai Servizi alla Persona, dal Terzo settore nel territorio parmense costituiscono un patrimonio da cui partire per costruire un nuovo orizzonte e assetto delle politiche e dei servizi territoriali nella prospettiva di un nuovo welfare di comunità. Si ritiene quindi utile aprire una **fase di transizione** che porti alla migliore definizione di un nuovo assetto organizzativo, gestionale e partecipativo delle CdC, introducendo da subito tutte le innovazioni compatibili con gli attuali assetti normativi, ma che prefigurino gli elementi portanti di un nuovo progetto che con questo documento abbiamo cercato di delineare e sostenere.

5.4 Patto istituzionale, organi di indirizzo e governance

L'apertura di questa fase di transizione deve partire da un **Patto istituzionale** concordato fra Regione, Enti locali, Ausl, AOU, ASP e rappresentanti del Terzo Settore in cui si definisca gli obiettivi, le linee guida, le risorse e le responsabilità per giungere alla realizzazione di un nuovo assetto dei servizi territoriali, mettendo anche a frutto le esperienze maturate nella fase di emergenza creata dalla pandemia da Covid-19 (v. Fig. 3).

Tale accordo di programma definirà anche la composizione e i compiti dell'**Organismo di indirizzo di livello sovraordinato** che seguirà sul piano politico e organizzativo lo sviluppo del progetto sperimentale fino alla definizione del nuovo assetto.

Verrà inoltre varato un **Organo di governo sperimentale per ogni Distretto** capace di favorire e sostenere lo sviluppo delle diverse CdC provviste nel proprio territorio. Eventuali **riassetto territoriali** dovranno essere varati tempestivamente al fine di avviare la fase transitoria secondo opportune modalità che prefigurino l'assetto finale della sperimentazione.

Si auspica che le CdC possano muoversi secondo una **visione integrativa e collaborativa** con tutti i servizi e le istituzioni del territorio. Per fare ciò tuttavia si ritiene che essa debba godere di un margine significativo di **autonomia gestionale e propositiva**. Ciò comporta la creazione di organi di indirizzo e di governo sufficientemente rappresentativi della popolazione, delle sue reti sociali, dei servizi e professionisti coinvolti, delle istituzioni.

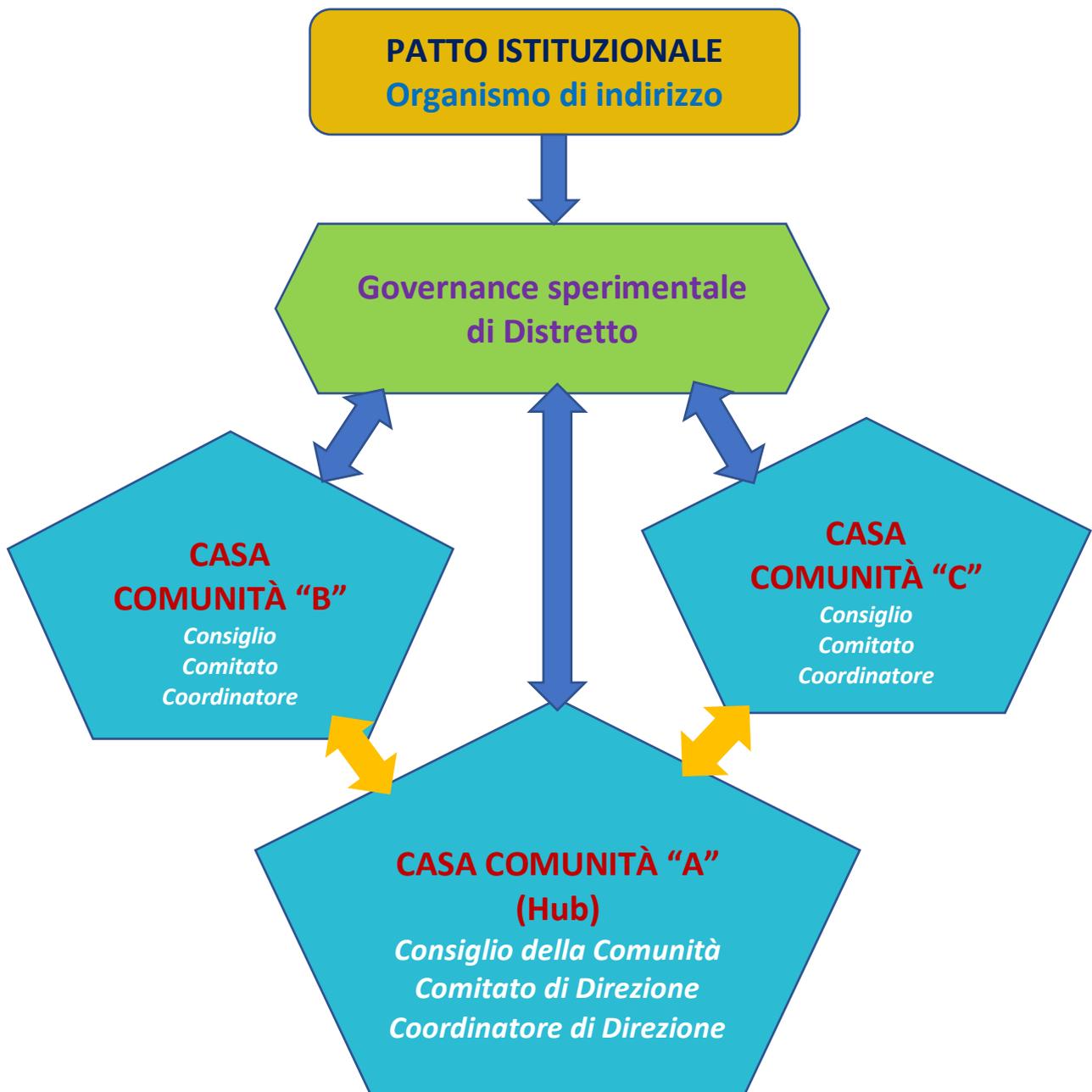
Si auspica quindi la creazione di:

- un organo rappresentativo (**Consiglio della Comunità**) delle varie istanze che concorrono all'indirizzo, funzionalità e partecipazione della comunità locale;
- un organo di **governance (Comitato di Direzione)** orientato a tradurre le indicazioni provenienti dall'organo rappresentativo in termini operativi;

- un organo di promozione e coordinamento rappresentato dal **Coordinatore di Direzione** eletto dal Comitato di Direzione. Il Coordinatore avrà il compito di rappresentare e guidare la CdC, nonché di partecipare agli organi decisionali di Distretto.

Il *Consiglio della Comunità* avrà il compito di definire gli indirizzi e dare indicazioni al Comitato di Direzione sulla base del *Profilo di Comunità* stilato triennialmente, di un ascolto costante della popolazione e delle reti sociali, anche attraverso l'indizione di Assemblee pubbliche di quartiere.

Fig. 3 – Patto istituzionale e Governance della Casa della Comunità



Il *Comitato di Direzione* guidato dal *Coordinatore di Direzione* avrà il compito di gestire le varie strutture della CdC, in coordinamento col Distretto, di attuare gli indirizzi e le indicazioni provenienti dal Consiglio della Comunità, di presentare una relazione annuale sull'operatività della CdC al *Consiglio della Comunità* e al *Distretto*.

Il *Comitato di Direzione* si avvarrà di uno *Staff di Direzione* con compiti di supporto alla raccolta informativa, all'organizzazione collaborativa e integrativa dei servizi e delle professioni, alla *community building* e comunicazione orientate al coinvolgimento e alla partecipazione della popolazione.

Al fine di ottenere una unitarietà e responsabilizzazione degli organi di *governance* della CdC si richiede la definizione di un *Bilancio o budget di comunità aggregato*. Ipotizzando che il personale strutturato continui ad essere retribuito dalle Aziende di riferimento, il bilancio dovrebbe comprendere i costi di gestione e funzionamento delle varie strutture provenienti dai vari comparti assistenziali e socio-sanitari e sanitari (Area Cure Primarie, Area Medicina Specialistiche e Progetti speciali, Area Servizi alla Persona - v. Fig. 2 -) oggi previsti e gestiti con canali separati. Per le Aree aggiuntive rispetto all'assetto attuale (in particolare relative all'Area Città sana e all'Area Partecipazione e Governance) si concorderà sulla ripartizione della copertura in sede di Patto istituzionale.

6. Case della Comunità, Cure Primarie, Reti sociali

6.1 L'interfaccia fra salute comunitaria e sistema dei servizi

La CdC non deve essere intesa semplicemente come un luogo fisico o un contenitore di servizi, ma piuttosto come una *rete di reti*, ossia uno spazio di interscambio e connessione fra *reti sociali, reti associative, reti istituzionali e reti di servizi*. La dotazione di una CdC non è fissa, ma piuttosto flessibile, adattabile alla dimensione e tipologia di quartiere o zona e alla sua articolazione in termini di istituzioni e reti comunitarie presenti.

Le CdC devono, a loro volta, essere pensate come una rete del tipo *hub and spoke*, alcune con una composizione di base centrata intorno alla PHC (*Primary Health Care*) e altre con una strutturazione più ampia, ospitanti servizi e unità operative che non pare conveniente distribuire in tutte le zone o quartieri. Come ipotesi di lavoro assumiamo la stessa del documento *La Casa della Comunità*, dell'Associazione "Prima la Comunità", ossia che un Distretto avente la dimensione di 100.000 abitanti abbia al suo interno una CdC contenente una dotazione di servizi quanto più possibile ampia e completa (a servizio di un quartiere di circa 30.000 abitanti) e sia affiancato da alcune CdC più piccole con una dotazione di servizi di sostegno meno estesa²¹.

È ipotizzabile che, a sua volta, il Distretto debba conformarsi, almeno in termini di *governance*, al nuovo assetto delle Case della Comunità (v. par. precedente), ma su questo punto rimandiamo al *Patto istituzionale* sopra citato. Come a ben scritto I. Cavicchi relativamente ad una nuova forma di organizzazione territoriale dei "sistemi socio-sanitari di comunità" (SSSC) nella fase post-Covid²²:

- «• alla gestione dei programmi di costruzione, promozione e tutela della salute si provvede in modo non uniforme ma "discreto" sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di SSC, dove "discreto" vuol dire il più adeguato ad una comunità;
- la comunità non può che essere il riferimento di un rinnovato universalismo che non può basarsi sull'uniformismo dei servizi semplicemente perché il paese non è uniforme e non è uniformabile;
- l'universalismo vero per sua natura non nega le differenze, ma le usa per dare e avere in modo equo a ciascuna comunità quanto serve;
- Il SSC è un sistema non solo di servizi ma anche "insiemi" di persone (cittadini e operatori), cioè gruppi eterogenei di persone, che con ruoli diversi partecipano alla costruzione della salute e al suo governo.»

Diversamente da tutte le impostazioni che concepiscono i Centri sanitari territoriali o di PHC come entità di base a sé stanti del SSN e sportello di accesso alla medicina avanzata ad alta intensità di cure, la CdC si focalizza sull'accoppiata *salute-comunità*, dove il costruire

²¹ Associazione "Prima la Comunità", *La Casa della Comunità*, <https://www.primalacomunita.it/documenti/>

²² I. Cavicchi, *Quel giorno che Luciano Lama mi chiamò per sapere cosa avessi mai scritto sulla sanità per far arrabbiare il PCI*, *Quotidiano Sanità*, 17 maggio 2021, https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=88015

salute rafforza la comunità e dove il costruire comunità rafforza la salute. La prevenzione e la cura sanitaria vengono, in tal modo, a riorientarsi e a diventare integrate e complementari a questo asse che cerca di dare spazio ad una visione di salute personale e comunitaria che da tempo l'OMS ha indicato come baricentro degli interventi complessivi dei SSN e della salute in tutte le politiche (v. capitolo sulla definizione di salute).

La dimensione comunitaria in una CdC deve tenere presente:

- a) **Le reti familiari e informali** che partecipano ad una cura comunitaria sia in termini fiduciari, sia attraverso diverse e multiformi attività quotidiane di mantenimento della salute, cura di sé, cura degli ambienti, nonché istituendo rapporti di cura con i servizi preposti. Inoltre, la cura domestica di persone fragili e non autosufficienti, a carico di caregiver, familiari e reti informali, costituisce un presidio basilare degli interventi domiciliari. Queste reti microsociali costituiscono la base della partecipazione e responsabilizzazione della popolazione nei confronti della CdC;
- b) **Le reti associative** comprendono le attività di volontariato sanitario e assistenziale che solitamente sono più stabilmente coinvolte nei progetti istituzionali di tipo socio-sanitario, ma anche tutto l'associazionismo educativo, sportivo, culturale, religioso che può partecipare alle attività della CdC relativamente a varie iniziative preventive, promozionali, aggregative. Tale mondo associativo costituisce altresì la base privilegiata della partecipazione alle attività proposte dalla CdC e per concorrere alla gestione dei suoi organi dirigenziali;
- c) Con **reti istituzionali** intendiamo qui quelle entità pubbliche e collettive (scuole, fondazioni, biblioteche, enti culturali, servizi ambientali, ecc.) che costituiscono il tessuto aggregativo e funzionale di un quartiere e di una città. Tali reti possono svolgere importanti funzioni comunicative, culturali, educative per la popolazione residente di tutte le età e quindi essere coinvolte in vari progetti generati da una CdC che, a sua volta può recepire e concorrere ad iniziative che da questi enti e reti vengono proposte.

Al fine di costituire una *interfaccia attiva fra il sistema dei servizi e le reti comunitarie orientate alla salute*, è basilare che ciascuna CdC, anche nella sua struttura di base, sia dotata di un settore attivo di *educazione, formazione, comunicazione e promozione della salute, della qualità della vita, degli stili di vita sani, dell'ambiente vivibile* capace di stimolare e insieme di recepire le proposte sorgenti dal mondo dalle reti associative e istituzionali. Anche da questo punto di vista, questa proposta si differenzia rispetto alle tradizionali strutture socio-assistenziali ex-post che rispondono esclusivamente ad eventi patologici dopo la loro manifestazione evidente e spesso avanzata.

A loro volta, le iniziative di prevenzione attiva, di medicina d'iniziativa, di prossimità socio-sanitaria possono beneficiare delle reti connettive e fiduciarie che tali unità di promozione della salute e dell'ambiente sostenibile hanno messo in opera al fine di una effettiva penetrazione di tali iniziative fra la popolazione di tutte le classi d'età e condizione sociale.

Bisogna passare quindi da un settore promozionale visto come secondario ed eventuale in molte proposte standard, ad un robusto investimento in questa direzione che deve vedere in primo piano gli enti rappresentativi della comunità e le principali istituzioni del territorio.

6.2 Il Team delle Cure Primarie e il ruolo del Medico e Pediatra della Persona e della Comunità

I professionisti sanitari e sociali che operano nel territorio di riferimento di una Casa della Comunità costituiscono il **Team di cure primarie** (TCP). Il TCP possiede un *nucleo core* costituito dai professionisti che agiscono nel territorio di una sola Casa della Comunità. La sede fisica del nucleo core del team di cure primarie è la Casa della Comunità di riferimento, al fine di favorire l'integrazione tra i professionisti. Il TCP costituisce una comunità di pratica, capace di mettere in campo soluzioni complesse perseguendo processi di educazione permanente e di produzione di conoscenze a partire dalle prassi.

Il TCP si compone dei professionisti delle Area delle Cure Primarie, dell'Area Medicine Specialistiche e dei Progetti Speciali, dell'Area Servizi alla Persona, dell'Area Città Sana, ed ha il compito di rispondere ai bisogni di salute rilevati ed espressi nel territorio di riferimento dalle persone e dalle comunità che abitano il territorio. Per fare ciò si avvale del *profilo di comunità* prodotto dall'Area Partecipazione e Governance, con il loro sostanziale contributo di conoscenze. Quest'ultima provvede inoltre a favorire l'integrazione tra i professionisti del Team di Cure Primarie e tra questi e le comunità presenti nel territorio. L'Area Partecipazione e Governance valuta inoltre che gli interventi messi in atto siano distribuiti tra interventi di promozione, prevenzione, terapia e riabilitazione, declinati nella dimensione sia individuale, sia familiare che comunitaria. Ogni componente del Team può fungere d'accesso alla rete da parte della persona, indipendentemente dal punto della rete in cui il bisogno viene presentato.

A tal fine è fondamentale il ruolo dei MMG e PLS, che sono spesso il punto di primo contatto tra il cittadino e il SSN, dove i problemi di salute vengono presentati il più delle volte con caratteristiche aspecifiche e in cui le dimensioni biologiche del bisogno di salute sono intrecciate con dimensioni culturali, sociali, psicologiche, esistenziali ed economiche. Per tale ragione il MMG e il PLS vanno ripensati e sviluppati facendoli diventare quelli di un *Medico (o Pediatra) della Persona e della Comunità* (M/PPC). Per Medico della Persona e della Comunità si intende una figura di medico con competenze generali e sistemiche che segue la persona nel suo cammino epidemiologico e biografico, potendo contare sul lavoro di gruppo del quale è parte integrante.

Al fine di poter seguire le traiettorie di cura dei propri assistiti, il medico deve avere un minor carico assistenziale rispetto a quello attuale, deve essere affiancato da figure infermieristiche *della famiglia e della comunità* capaci di seguire i percorsi di cura in termini di *care/case manager*, deve poter contare su un gruppo di assistenza di base comprendente lo psicologo e l'assistente sociale (**Unità complessa di cure alla persona**) al fine di costituire *progetti personalizzati e budget di salute* per le situazioni che necessitano di una cura integrata che comprenda anche gli aspetti assistenziali, relazionali e comunicativi e di organizzazione della vita quotidiana del soggetto assistito.

La valorizzazione dell'insieme di competenze che costituiscono l'Unità complessa di cure alla persona e il Team delle cure primarie comporta un deciso cambiamento delle *relazioni di cura* che diventano molto più multidimensionali, personalizzate e in partnership con i cittadini del quartiere. Si tratta quindi di passare da una visione solitaria e monodimensionale ad una efficace dinamica di gruppo e rete professionale multidimensionale.

L'approccio centrato sulla persona impone l'adozione di un *paradigma della complessità* proprio della *Comprehensive Primary Care*, inteso come approccio onnicomprensivo di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito

prettamente sanitario e limitato al singolo individuo. Da ciò deriva l'importanza del lavoro in gruppo e in team al fine di convocare i diversi saperi e competenze necessari a generare risolutività sui casi, non ultimi i saperi e le competenze delle persone e delle comunità servite, anche promuovendo la nascita di dispositivi di partecipazione, sull'esempio dei *community lab*, o valorizzando le dinamiche di partecipazione formali e informali spesso già in essere nel territorio.

L'importanza del lavoro in team inteso come comunità di pratica è altresì importante al fine di stabilire una costante interazione tra il livello di assistenza primario e quello secondario, ossia la medicina specialistica e l'ospedale. La Casa della Comunità, grazie all'azione dell'Area Partecipazione e Governance, genera una rete di relazioni che incide sulle pratiche in modo dinamico. Pertanto il rapporto fra il livello primario e secondario, o tra aree diverse, non si limita alla richiesta di consulenze o prestazioni, ma implica un'attenzione al mantenimento e al potenziamento della rete stessa.

Tale azione deve essere perseguita anche mediante un investimento in termini di varietà di figure professionali che compongono il Team di cure primarie e di *adeguamento tecnologico dei servizi di cure primarie*. La tecnologia in particolare potrebbe contribuire a facilitare l'integrazione tra i professionisti anche a distanza, potrebbe permettere la condivisione delle informazioni necessarie alla cura delle persone e implementare le potenzialità diagnostiche e terapeutiche del territorio.

La CdC deve, a tal fine, poter disporre di una strumentazione adeguata a poter diagnosticare e seguire in via breve una quota significativa di assistiti affetti dalle patologie più comuni senza disperse perdite di tempo. Il MPC deve poter ricorrere ai medici specialisti, presenti nella CdC, al fine di intervenire in tempo reale sulle situazioni che meritano un consulto rapido e deve poter disporre di una *struttura di teleconsulto* per consulenze specialistiche e ospedaliere da poter realizzare in tempi brevi abbattendo i tempi di invio, prenotazione e attesa a carico del paziente come avviene ora. Nei casi in cui serva l'invio dell'assistito a centri specialistici e ospedali la CdC deve poter disporre di *canali di prenotazione privilegiati* ed essa deve attivare un percorso di cura interservizi su cui manterrà la sorveglianza fino alla sua naturale conclusione.

Scopo del team di cure primarie è quello di contribuire al mantenimento della miglior funzionalità possibile da parte delle persone. A tal fine è importante sviluppare per le persone con disabilità e non autosufficienza, dispositivi di compensazione che potenzino la domiciliarità. Questi interventi devono essere considerati *di alta intensità* e hanno lo scopo di permettere alla persona di condurre il più a lungo possibile la sua vita nei contesti che più desidera, aiutando i caregiver e diminuendo loro il carico assistenziale affinché non diventi un determinante di salute negativo significativo per la loro salute.

Occorrerà però sviluppare anche tutta una serie di *ambienti di vita* che permettano di accogliere la persona quando le sue condizioni rendano non più possibile la permanenza presso l'abitazione. Tali strutture dovranno essere diversificate a secondo dei bisogni prevalenti dell'individuo e potranno essere luoghi di breve (es. *Ospedale di Comunità, Hospice, ecc.*) o lunga permanenza (*Case famiglia, Case protette, ecc.*), considerando queste ultime come opportunità di una diversa domiciliarità governata dalla Casa della Comunità e parte del lavoro del team delle cure primarie e del MPC.

6.3 Il domicilio come luogo di assistenza e salute comunitaria

Secondo Ingrosso²³: «Il primo centro di cura va considerato il domicilio del cittadino collegato con opportune reti telematiche e territoriali ai servizi e ambienti di supporto. È il luogo dove si elaborano e attuano progetti di cura di sé e si promuovono stili di vita sani [...]; è anche il luogo dove si curano i piccoli mali e dove si cercano di recuperare gli equilibri perduti — causati dalle pressioni ambientali — e le capacità di adattamento. Il domicilio è quindi un nodo e terminale di una rete che si dipana in prossimità, ma che può arrivare anche in luoghi spazialmente distanti ma relazionalmente vicini per comunanza di problemi e soluzioni (in questo ambito si situano le associazioni dei pazienti che sempre di più sviluppano delle connessioni on line per il mantenimento di uno contatto costante con gli associati). Il domicilio è il luogo di riferimento di uno o più soggetti conviventi che costituiscono dei “terminali intelligenti” su cui investire tempo, energie, strumenti. In quanto luogo di elaborazione e di attività, esso può essere “rifornito” di informazioni, tenuto collegato con comunicazioni opportune, servito con attività formative quando necessario. Ma esso può anche essere un “luogo attrezzato” per il benessere e la terapia quando si presta a tale uso e le necessità lo richiedono. Tutto questo investimento si potenzia allorché il domicilio diventa uno spazio di cura a “lungo termine” che catalizza delle risorse professionali e non-professionali intorno a progetti di *Assistenza domiciliare integrata*. Il domicilio allora può essere attrezzato con opportuni ausili sanitari e essere collegato attraverso reti di “telemedicina” e “teleassistenza”.»

Possiamo dunque dire che la comunità inizia nelle case del quartiere che si connettono coi servizi primari ivi disponibili in maniera costante ma variabile, a seconda delle esigenze che i nuclei di convivenza manifestano. I servizi primari, a loro volta, mantengono aperto un dialogo informativo, formativo, di supporto, assistenza e terapia che si dilata o si contrae a seconda delle situazioni vissute dai nuclei stessi.

Il microambiente familiare è, per molti versi, un ologramma della comunità, ove si costruisce la salute, si cerca di evitare i rischi e mantenere un ambiente sano, e dove si interviene per supportare i soggetti nei momenti di necessità. Esso diventa anche il luogo di operatività elettivo della CdC che si muove attivamente al di fuori del confine dei servizi e delle loro modalità di attesa e risposta ex-post. Non è sempre il cittadino che è ospite del Centro servizi primari, ma sono i servizi coi loro professionisti qualificati che frequentano il domicilio allorché questo diventa *luogo di cura*.

In questo dialogo fra professionisti della terapia e dell’assistenza e persone in cura, la figura dell’*infermiere della famiglia e della comunità*, recentemente istituita, può giocare un ruolo importante di mediazione e supporto, a patto che i Team di PHC e specialistiche siano attrezzate tecnologicamente e organizzativamente per un’attività di intervento a domicilio in ogni situazione in cui ciò sia pertinente e consigliabile.

A tal proposito, risulta evidente che gli strumenti di *telemedicina e teleassistenza* possono giocare un ruolo importante, a patto tuttavia che essi non portino ad una carenza di relazionalità fra soggetti implicati nella cura domiciliare e specialisti, ossia ad una trasmissione di meri dati tecnici, ma, al contrario, di maggiore vicinanza e familiarità fra assistiti, caregiver, care manager e professionisti della cura.

²³ M. Ingrosso, *La cura complessa e collaborativa*, Aracne, Roma, 2018, pp. 133-134.

6.4 Dotazioni e Servizi di dimensione distrettuale

Sintetizzando l'esposizione finora svolta, in ogni Distretto (o Sistema Socio-Sanitario di Comunità) saranno presenti 3-4 CdC, ognuna dotata di un proprio *Servizio di Cure Primarie e Area Diagnostica* e almeno una dotata di un *Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata*, e di una *Unità di Ricovero Breve o Ospedale di Comunità*. In questi casi, i servizi presso la sede maggiore avranno come campo d'azione tutto il territorio del distretto.

Ogni CdC sarà dotata, in ogni caso, di un *Servizio di accoglienza, informazione e accesso* in grado di facilitare l'utilizzo dei servizi disponibili, fornire tutte le informazioni utili per poter incontrare e dialogare coi vari professionisti, approntare un ambiente idoneo e accogliente per i cittadini che si recheranno presso le sedi di una CdC. Anche uno *Sportello di prenotazione* è bene sia attivo in ogni CdC.

Altri servizi disponibili presso la sede maggiore, ma con presidi presenti in tutte le CdC saranno il *Servizio sociale* che, a sua volta, svilupperà una opportuna "rete di prossimità" tarata sulle specificità del quartiere/distretto di riferimento, ma con unità decentrate presenti in tutte le CdC al fine di integrare le *UCCP* e le *Unità di Valutazione Miste* attive presso ogni Servizio di Cure Primarie.

L'*Unità di Promozione della Salute* (Area Città Sana) sarà collocata nella CdC maggiore, ma con possibilità di articolarsi in Nuclei situati anche in altri CdC.

Dovranno essere inoltre previsti, come già sopra accennato, una serie di *Medici Specialisti* e un *Servizio di Telemedicina* utili per consulti, un *Servizio Riabilitativo* territoriale, *Servizi per la Salute mentale*, la *Neuropsichiatria infantile*, le *Dipendenze patologiche*, i *Servizi consultoriali* e di supporto delle relazioni primarie e quanto l'evoluzione delle problematiche di salute e vita comunitaria consigliasse di organizzare attraverso *Servizi o Progetti dedicati*.

Sarà inoltre necessario supportare i rispettivi organi di indirizzo e *governance*, come già ricordato, con Staff dirigenziali (eventualmente condivisi con le Case dello stesso Distretto) con competenze *di management organizzativo, di community building e con adeguate capacità di rilevazione e indagine* di modo da poter stilare dei periodici "Profili di Comunità" utili per una valutazione almeno triennale delle variazioni dei bisogni, dell'adeguatezza degli interventi effettuati e dei risultati dei progetti avviati.

7. Diritto alla salute e ruolo degli Enti locali

7.1 Riconoscimento della persona e diritto alla salute

La salute e il diritto alla salute costituiscono elementi centrali, da un lato, dell'esperienza vitale di ciascuno e, dall'altro, della soggettività giuridica della persona: sembra questo l'effetto profondo della pandemia, nonché la situazione di base ed essenziale da considerare per ogni riflessione sul futuro. Una situazione che va correttamente interpretata perché indica un diverso ordine delle cose.

Prima del Covid-19, infatti, salute e relativo diritto erano due componenti dell'esistenza della persona, oggi appaiono l'essenza dell'esistenza e della sua dignità. In altri termini è, quanto meno, istintivamente prevalente l'idea che *"ho la salute, quindi, esisto; mi è riconosciuto il diritto alla salute, quindi sono persona e soggetto di diritto"*.

Questa impostazione è destinata a caratterizzare la dinamica relazionale tra le persone e le istituzioni. Ciò che è importante cogliere è che questa prospettiva spoglia, per così dire, il diritto alla salute della sua mera caratterizzazione sanitaria per renderlo l'elemento centrale per la singola persona ed il "motore" della sua socialità. In altri termini, mentre prima il diritto alla salute era legato ai momenti della vita delle persone caratterizzati da una morbilità, oggi, per così dire, tutto è salute e tutto dipende dalla salute. Ciò comporta necessariamente che il diritto alla salute perda la sua monodimensionalità, assurgendo a fondamento della *estrinsecazione della persona umana*.

È evidente che tutto questo non annulla l'importanza del momento terapeutico, ma rende quest'ultimo un aspetto – e solo un aspetto – del diritto alla salute. È questa la conseguenza dell'approccio prima delineato. Tutto questo si trasferisce anche necessariamente sulla funzione che l'organizzazione finalizzata a garantire il diritto alla salute è destinata ad avere nel contesto sociale.

Si può, infatti, ragionevolmente prevedere che i luoghi della salute, soprattutto in un'organizzazione territorializzata, vengano sempre più ad assumere la funzione di *punto di riferimento* di una collettività e dei suoi componenti. In altri termini, i presidi sanitari sono destinati a perdere inevitabilmente la loro caratterizzazione esclusivamente di apparato di erogazione di prestazioni sanitarie per diventare il *centro della vita comunitaria*.

Questo è presumibile che avvenga anche perché questa nuova concezione del diritto alla salute, e la necessità di rispondere ad esigenze delle persone per patologie che possono ricondursi anche al deterioramento delle condizioni di vita e di lavoro delle persone stesse, determinerà inevitabilmente un'ancora più forte *caratterizzazione socio-sanitaria* del diritto alla salute, nel senso che dovrà esservi sempre di più la capacità di affrontare *in modo unitario*, avvalendosi delle diverse specializzazioni, la dimensione sociale e sanitaria delle problematiche che verranno portate all'attenzione dai cittadini.

7.2 Approccio rivolto alla persona e alla comunità

In questo, va colta la *naturale rilevanza comunitaria* del presidio (originariamente) socio-sanitario; una rilevanza comunitaria che non potrà - e non dovrà - essere ignorata nella definizione ed organizzazione dei presidi stessi, che, per le ragioni prima esposte, non potranno non essere "Casa della Comunità" e non potranno non realizzare concretamente

tale modello, se vorranno fino in fondo svolgere pienamente la stessa funzione originaria, cioè quella sanitaria.

In questa prospettiva, è evidente che la Casa della Comunità dovrà avere una capacità prestazionale che la porti ad essere in grado, non solo di dare le risposte squisitamente sanitarie, ma anche di “prendere in carico” la persona e, quindi, essere capace di aiutare quest’ultima nel superamento delle difficoltà di natura sociale e/o economica e/o relazionali che possono essere la causa della malattia o possono accompagnarla. Dunque, il presidio non potrà, sul piano delle professionalità, esaurirsi in quelle strettamente sanitarie, ma dovrà presentare uno spettro di professionalità in grado di affrontare le “patologie” sociali.

Per queste ragioni, la Casa della Comunità dovrà essere in grado di considerare fin da subito la persona che si rivolgerà ad essa non come mera portatrice di una patologia medica, la quale potrà anche non esistere, ma come una persona eventualmente affetta da malattia medica e però *prima di tutto componente della comunità* che dovrà essere aiutata in tutte le difficoltà di inserimento nella stessa.

In linea di tendenza, pertanto, tale Casa della Comunità dovrà essere caratterizzata da un *approccio rivolto alla persona* e non alla sua sola malattia. Questo comporta che la Casa della Comunità avrà bisogno di essere non semplicemente il luogo dove vengono ospitati dei professionisti che svolgono autonomamente la loro attività, ma una struttura caratterizzata da un *modello di coordinamento* di tutte queste professionalità che, in quanto chiamate a dare la risposta alla persona e non al mero profilo sanitario, dovranno muoversi in una *logica interdisciplinare e interprofessionale sinergica* e di costante confronto.

Questo ruolo di coordinamento, per le ragioni esposte, sarà decisivo per lo sviluppo e radicamento della Casa della Comunità; sarà un ruolo di estrema complessità e difficoltà, che dovrà essere affidato a professionalità molto robuste, capaci, per l’appunto, di *essere organizzatori e motori del coordinamento*. Questa impostazione porrà anche il problema della provenienza di parte del personale che dovrà lavorare nella Casa della Comunità, proprio perché vi sarà una quota di professionisti non provenienti dalle professioni sanitarie.

7.3 Accordi istituzionali e ruolo del Sindaco

Questo assetto porta a pensare che le Case della Comunità comportino un accordo tra gli Enti locali, le AUSL e le Aziende ospedaliere. Se così sarà, lo stesso ruolo del Sindaco, che oggi è formalmente la massima autorità sanitaria, dovrà essere ridisegnato, perché non potrà non essere il responsabile o condividere la responsabilità delle Case della comunità.

Potrà svilupparsi un modello di questo tipo con l’attuale impostazione accentratrice del governo locale?

Appare inevitabile che le Case della Comunità, proprio per questa loro funzione e per il radicamento sul territorio nelle medie e grandi città, non possano prescindere dalla ricostituzione di organi politici decentrati, quali erano i *Consigli di quartiere*, che dovranno costituire l’anello di congiunzione tra la struttura tecnica, i cittadini, il Comune e le Istituzioni sanitarie. Una volta che si affermi il modello della Casa della Comunità appare evidente che nella stessa organizzazione della struttura di governo comunale, cioè della Giunta, dovrà essere recuperata una dimensione operativa rispetto alle Case della Comunità e alla relativa azione.

Questo può sollevare preoccupazioni per quanto riguarda i rapporti tra i sindaci e le istituzioni sanitarie, proprio perché il ruolo del Comune dovrà assumere una dimensione più decisionale ed incidente. Si tratta di un problema che andrà affrontato e codificato, ma non

un problema insolubile, avendo la consapevolezza che restano sempre decisive non le regole, ma le teste degli uomini.

7.4 Riattivare le competenze dei Sindaci e dei Comitati di Distretto

Parlando di sanità si pensa immediatamente all'ospedale, all' AUSL e, per estensione, alla Regione e al Ministero della salute: il sistema sanitario nazionale è in effetti imperniato su questi soggetti e gran parte del bilancio delle Regioni è assorbito appunto dalla sanità. Quello che invece non viene adeguatamente sottolineato e valorizzato è il ruolo degli Enti locali che comunque il sistema riconosce, in particolare riguardo ai Comuni capoluogo.

Come spesso si ripete, Il Sindaco è la massima autorità sanitaria di un Comune, come chiaramente espresso nella legge 833 del 23/12/78²⁴. La *Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria* (CTSS) ha una serie di poteri di programmazione e verifica, che vale la pena ricordare per esteso (v. Scheda C). Si tratta di funzioni niente affatto marginali e residuali.

Inoltre, ci sono i *Comitati di distretto* (la città di Parma è capofila assieme a Colorno, Sorbolo-Mezzani, Torrile) che adottano i Piani di zona e i piani attuativi per la salute e il benessere sociale, in cui sono comprese moltissime misure e programmi di intervento²⁵. Molte delle strategie e degli obiettivi indicati hanno a che fare più o meno direttamente anche con l'ambito sanitario o, meglio ancora, "della salute".

I Comitati di distretto potrebbero aprirsi, già ora, a **Consulte di cittadinanza** a cui potrebbero partecipare rappresentanze di residenti e di associazioni presenti sul territorio del Distretto.

Dunque, anche a legislazione invariata, i Comuni hanno delle precise funzioni e la possibilità di incidere sulle politiche sanitarie e sociosanitarie locali. Eppure in molte realtà si sente spesso lamentare un ruolo non sufficientemente forte dell'Ente locale nelle scelte e decisioni che riguardano la sanità. Vale dunque la pena di mettere in evidenza alcuni punti su cui varrebbe la pena riflettere nel ragionare sul rapporto tra Comuni e strategie sanitarie:

1. I/le Sindaci devono essere convinti di poter esercitare un ruolo più dinamico e determinato. Il rispetto per le leggi vigenti e per le competenze che esse assegnano ai vari enti non deve far dimenticare che quelle stesse leggi riconoscono importanti funzioni agli Enti locali, che vanno espletate al massimo possibile;
2. è necessario che all'interno dei Comuni siano presenti professionalità specifiche nel campo della gestione sanitaria, in grado di consigliare e supportare sindaci/assessori nell'assumere orientamenti e proposte in campo di politica sanitaria;
3. al di là di ciò che è sancito nelle leggi e nei regolamenti, i Sindaci hanno un ruolo politico del tutto rilevante. Molte norme che delineano la gestione della sanità sono precedenti alla riforma che ha portato all'elezione diretta dei sindaci. Tale riforma assegna loro un "potere di fatto", di tipo politico, derivante proprio dall'investitura diretta. Se tale poter viene spesso usato per cercare di ottenere risultati sul piano delle infrastrutture,

²⁴ L'Art.3. della 833/1978 dichiara: «Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni. I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.[...]». Il seguente Art 32 (poi ripreso dall'Art 117 del DLgs 112/98) inoltre precisa che il Sindaco: «può emanare ordinanze contingibili ed urgenti, con efficacia estesa al territorio comunale, in caso di emergenze sanitarie e di igiene pubblica.»

²⁵ Per il distretto di Parma si veda il link: <https://www.comune.parma.it/welfare/it-IT/Piani-di-Zona.aspx>

- dell'edilizia scolastica, delle politiche ambientali, della difesa del suolo, ecc., perché non agirlo (ove ciò non venga fatto) anche nella sanità?
4. sarebbe meglio quindi che i Sindaci o le Sindache, oltre a ciò che assegna loro la legge, tenessero direttamente la delega alla sanità. Se ritengono più opportuno non farlo, occorre che l'assessore/a che riceve questa delega la eserciti puntualmente e seriamente, raccordandosi strettamente con l'Assessore comunale al sociale che partecipa al Distretto e lo presiede;
 5. anche i *Consigli comunali* devono essere coinvolti nella discussione e delimitazione delle politiche sanitarie, sia nelle commissioni che in plenaria. Non solo: i Consigli comunali – e, in generale, la Comunità cittadina – dovrebbero essere messi nelle condizioni di poter valutare la corrispondenza tra obiettivi indicati e traguardi raggiunti. L'*accountability* dovrebbe riguardare ogni settore della vita amministrativa, ma, per la sua importanza e complessità, ciò risulta ancora più importante nell'ambito della sanità;
 6. I Comuni, assieme alle strutture sanitarie, alle associazioni di volontariato e di cittadinanza attiva, agli operatori, dovrebbero promuovere momenti di confronto pubblici e aperti coinvolgendo la cittadinanza, sia a livello di quartiere che cittadino. Tali momenti non dovrebbero essere pensati come convegni per addetti ai lavori, ma vere e proprie occasioni di confronto e ascolto, in cui enti, operatori e cittadinanza ragionano assieme. Non si tratta solo di un opportuno momento di condivisione ma anche un modo per valorizzare osservazioni e proposte innovative da parte dei cittadini che possono essere raccolte ed attuate.

7.5 Partecipazione civica, promozione della salute, Consigli di quartiere

La *partecipazione dei cittadini*, come si è detto, costituisce un elemento portante e insieme uno degli scopi a cui la Casa della Comunità dovrebbe tendere. Il partecipare, com'è noto attiva un sentimento collettivo, quello del *sentirsi parte* e di conseguenza *responsabilizzarsi* verso qualcosa che è sentito come bene collettivo e comune. Si dice che da tempo 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 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.

Inoltre, al fine di rafforzare questa direzione partecipativa e “di rete”, ci pare estremamente utile pensare ad uno specifico investimento in termini di *Promozione della*

salute, del benessere sociale, dell'ambiente sano, della cultura della cura e della salute a cui potrebbero partecipare istituzioni e associazioni presenti sul territorio (in primis la scuola).

Oggi vi è poi una motivazione in più per investire in questo settore: infatti nei prossimi anni sarebbe utile e necessario proporsi di 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.

Ovviamente non si vuole affermare che tutto quello che si muove in un quartiere debba fare capo ad un unico riferimento. Sarebbe improprio un'accezione totalizzante che vi ricomprendesse ogni espressione della vita. Piuttosto ci parrebbe corretto immaginare che le forme associative con diverse finalità ed espressioni cooperino in un dato ambito territoriale (un quartiere) per offrire ai cittadini servizi e occasioni di vita sociale. In tal modo non solo la salute, ma anche l'istruzione, la cultura, lo sport, la spiritualità ed altro ancora concorrerebbero ad un senso comune di benessere, di cura, di creatività verso il proprio ambiente di vita, contribuendo a creare e sostenere le relazioni coesive e fiduciarie.

Queste diverse espressioni del vivere sociale locale potrebbero trovare un momento di sintesi e di governo in una forma reale ed efficace di *decentramento amministrativo comunale* (i Consigli di quartiere soprannominati) che permettesse ad una comunità di quartiere di avere una rappresentanza "politica" che incida sulla gestione di queste forme organizzative, accompagnando e rafforzando le azioni del volontariato organizzato.

8. Co-produzione della cura

8.1 Comunità della cura e investimento nelle risorse umane

Le attività che fanno capo e riferimento alla Casa della Comunità costituiscono *un nuovo ecosistema di lavoro professionale, di cura collaborativa e di vita sociale*. Il capitale umano rappresentato dai diversi professionisti che operano in modo coordinato nell'ambito della sanità, della salute, dell'assistenza, della promozione sociale, educativa e culturale costituisce la principale ricchezza e la fondamentale struttura di riferimento della comunità.

L'investimento nel capitale umano merita ogni attenzione da parte della dirigenza e degli Enti istituzionali che sovrintendono alle attività e ai progetti sviluppati dai servizi e dalle reti che fanno capo alle CdC. Sarà quindi necessario creare, verificare e continuamente rinnovare una organizzazione del lavoro che vada oltre le tradizionali logiche gerarchiche e burocratiche, a favore di una struttura funzionale, flessibile, adattiva, ispirata ai principi del benessere organizzativo, della collaborazione progettuale e operativa, della responsabilizzazione personale e di gruppo.

Ciò richiede lo sviluppo di nuovi tipi di professionisti *competenti sul piano scientifico, operativo e gestionale*, ma altresì preparati sul *piano comunicativo-relazionale* e su quello delle *competenze trasversali*, capaci cioè di favorire lo spirito di gruppo, la visione d'insieme, l'innovazione delle tecniche e delle pratiche, il coordinamento e la collaborazione. Tale obiettivo implica adeguati investimenti formativi di base e nel corso della vita (*long life learning*), la costante attenzione allo sviluppo e valorizzazione delle risorse umane, una distribuzione condivisa delle risorse, una continua attività di apprendimento dall'esperienza e di innovazione.

Al di là delle specifiche mansioni tecniche di ciascun professionista e dell'appartenenza a entità organizzate rispondenti a specifiche finalità, nel loro insieme le attività che fanno capo ad una CdC costituiscono la più rilevante espressione organizzata di una *comunità della cura*, ossia di una comunità locale che si costituisce come promotrice del proprio benessere e responsabile della cura dei soggetti che necessitano di sostegno, assistenza e terapia. Per tale ragione si dota dei servizi opportuni, di un adeguato sistema conoscitivo della popolazione residente, di una *governance* partecipativa e riflessiva.

La cura che si sviluppa nell'ambito della CdC sarà quanto più possibile frutto di *progetti di cura multidimensionali, longitudinali e personalizzati*, svolti in partnership fra i vari professionisti della cura e promozione della salute, da una parte, e le persone direttamente interessate coadiuvate dalle loro reti familiari, informali e comunitarie, dall'altra. La cura è quindi frutto del concorso di diversi operatori (professionali, volontari ma anche informali: si pensi ai caregiver e alle assistenti familiari), di diverse competenze e modalità d'azione, orientata a coprire diverse esigenze e fornire diverse benefici al soggetto curato. È altresì importante far sì che il soggetto preso in cura possa essere *co-autore* del proprio percorso di cura secondo il suo stato e le sue capacità.

L'ambiente di lavoro in cui opereranno i professionisti della cura, della salute, dell'organizzazione comunitaria dovrà essere in grado di coinvolgere, responsabilizzare e sviluppare le capacità di ogni singolo professionista e insieme dovrà orientarsi a sostenere la fiducia, la partnership, la partecipazione della popolazione di riferimento. Ciò richiederà un rilevante sforzo culturale, politico ed organizzativo al fine di creare un adeguato sistema di

ascolto e conoscenza della popolazione, efficaci dinamiche interprofessionali di *caring*, scorrevoli percorsi di cura interservizi, una costante attenzione alle iniziative preventive e a quelle promozionali interistituzionali (ad es. fra salute e scuola, fra salute e cultura, ecc.).

Un tale articolato insieme di attività implica una rilevante capacità di visione delle istituzioni promotrici, una significativa capacità di guida, progettazione e promozione dei coordinatori e degli organismi di gestione delle CdC, un investimento in nuove figure di staff orientate sia a mantenere la coesione, la flessibilità e la capacità innovativa della struttura operativa, sia a sviluppare il coinvolgimento e la costruzione dell'appartenenza e partecipazione delle comunità di riferimento.

La *sostenibilità sociale* della CdC sarà commisurata alla capacità di istituire un'adeguata circolarità fra costruzione di comunità ed *engagement* fiduciario da parte della popolazione di riferimento, da una parte, soddisfacimento di bisogni e adeguata flessibilità organizzativa della struttura dei servizi, dall'altra. Su questa base dovrà essere disegnata anche la sostenibilità economica capace di apportare risorse sufficienti e adeguate, aggregando fondi e capitali di diversa provenienza - compresi quelli imprenditoriali con finalità etica - orientandoli allo sviluppo multidimensionale e processuale della cura necessaria e al servizio di una comunità protagonista della salute.

8.2 La riorganizzazione sistemica del comparto socio-sanitario territoriale

Negli ultimi 10-15 anni diverse sono state le indicazioni legislative e regolamentari volte ad avviare forme collaborative intraprofessionali, interprofessionali e di integrazione fra servizi. Si ricordi la Legge Turco (DM 10 luglio 2007) che istituiva le Case della Salute, la Legge Balduzzi (158/2012 e 189/2012) che, al fine di garantire un'attività assistenziale per l'intero arco della giornata, sosteneva l'adozione di forme organizzative di tipo intraprofessionale (in particolare le *Aggregazioni Funzionali Territoriali* fra MMG), di tipo multi e interprofessionale (le *Unità Complesse di Cure Primarie*, integrate anche con le componenti specialistiche), nonché l'integrazione fra cure primarie e area sociale a rilevanza sanitaria. Il Patto per la salute 2014-2016 indicava inoltre per le AFT e UCCP un bacino di utenza di non oltre 30.000 abitanti e la possibilità di avvalersi non solo di personale dipendente del SSN ma anche di "professionisti accreditati".

Questa base di riferimento sistemico-collaborativa ha prodotto interessanti esperienze che tuttavia non si sono uniformemente estese nei vari territori e che da tempo sperimentano una fase involutiva, il mancato adattamento alle nuove condizioni sociali e tecniche contemporanee (ad es. con l'uso delle tecnologie disponibili), ma anche la sottovalutazione del ricambio generazionale in corso. Ciò ha comportato una crescente difficoltà a sviluppare obiettivi innovativi, come la medicina d'iniziativa, l'integrazione ospedale-territorio, i percorsi integrati di cura, l'adozione di forme avanzate di comunicazione ed *engagement* del proprio bacino di utenza e così via.

Si è inoltre evidenziata una percepita distanza fra Direzioni strategiche, Management intermedio e *governance* clinica, tale per cui i MMG e le altre professioni sanitarie molto spesso avvertono l'organizzazione come estranea, pesante, dirigista e quindi incapace di valorizzare le proprie competenze e il rapporto fiduciario istituito con i pazienti.

Diversi sono poi i comportamenti nelle professioni e nei servizi che hanno portato ad una *autoreferenzialità organizzativa* (servizi come "silos" a sé stanti) e *professionale-disciplinare* (autonomismo identitario).

Per superare tale inerzia e stasi evolutiva, pare quindi necessario partire da un attento ascolto del personale e dei dati di contesto relativi alla popolazione (*real world evidence*), da una valorizzazione delle migliori esperienze esistenti, ma anche dall'immissione di una forte intenzionalità e visione "di sistema" che permetta di condividere priorità e indirizzi strategici di cui ci si senta parte.

La CdC deve poter essere vissuta come un nuovo inizio, un nuovo paradigma, una nuova visione che, non solo si propone dei compiti di efficacia, efficienza ed equità, ma che costituisce una nuova possibilità di vita lavorativa soddisfacente, creativa e responsabilizzante per tutti i professionisti e le risorse umane che ne costituiscono l'ossatura progettuale e operativa. È quindi necessario avviare un fecondo percorso co-evolutivo fra risorse umane, bisogni e coinvolgimento della popolazione, forme organizzative della rete comunitaria dei servizi di cura e dei progetti di benessere.

Le CdC assumono le esperienze della *Primary Health Care* e delle Case della salute, ma esse mirano ad andare oltre queste esperienze che mettono al centro quasi esclusivamente la dimensione sanitaria, assumendo piuttosto una visione e composizione "comprehensive"²⁶ (*Verso il libro azzurro*) che comprende la promozione della salute, del benessere sociale comunitario, dell'ambiente sano di vita e una visione integrata della "care"²⁷. Tutto ciò viene a valorizzare nuove aree di intervento, nuovi attori comunitari, nuove dimensioni di salute come l'educazione e la cultura, ma anche a ridefinire i professionisti sulla base non solo delle loro capacità tecniche ma per l'apporto alla costruzione collettiva della vita comunitaria.

8.3 Personalizzazione e relazioni di cura collaborative

Il cittadino che diventa una "persona in cura" (denominazione da preferire a quella di "paziente") costituisce non solo un destinatario della cura (e nemmeno una persona "al centro" del lavoro degli altri), ma deve essere visto anche come un *co-produttore* della cura²⁸. Ciò implica il *coinvolgimento* della persona in cura (*engagement*), da cui consegue 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 personalizzato* 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 complottismo, 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 personalizzazione e responsabilizzazione più diffusa del cittadino

²⁶ Campagna "2018 Primary Health Care: Now or Never", *Verso il Libro Azzurro. Un manifesto aperto per la riforma delle Cure Primarie in Italia*, <https://2018phc.wordpress.com/>.

²⁷ B. Saraceno, "Lezioni per il dopo. Salute, Comunità, Democrazia", *Communitas*, Vita spa, maggio 2020.

²⁸ M. Ingrosso e G. Mascagni, Pratiche e relazioni di cura in ambito sanitario, in M. Cardano, G. Giarelli, G. Vicarelli, *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna, 2020.

verso la “buona cura” e 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.

8.4 Il ruolo co-produttivo dell’Associazionismo di cittadinanza

Con “associazionismo di cittadinanza” si intende ogni forma di aggregazione che permette al cittadino di avere un migliore accesso ai propri diritti sociali di cittadinanza responsabilizzandosi circa la loro definizione, produzione e utilizzo. Nel passaggio dal welfare state a forme di *welfare community*, si è riconosciuto a varie forme di terzo settore la capacità di intermediare fra le dimensioni informali e formali degli interventi sociali, sanitari e di cura evitando, almeno in parte, l’eccessiva burocratizzazione degli apparati pubblici e amministrativi. Ciò tuttavia si è spesso scontrato con lo scarso peso partecipativo accordato a tali associazioni, talvolta con una loro scarsa capacità operativa o con limiti della loro visione.

Un passo importante è costituito dal nuovo Codice del Terzo Settore (Dlgs 117/2017 e D.L. 22 marzo 2021, n. 41) che prevede lo sviluppo della *co-programmazione e co-progettazione* nell’ambito dei servizi. Secondo De Ambrogio e Guidetti la co-progettazione è «una modalità di lavoro congiunto fra pubblico e privato che investe l’intero processo di costruzione di una politica sociale dalla fase di ideazione a quella di progettazione vera e propria, a quella gestionale, di intervento, fino alla sua valutazione». Inoltre «la co-progettazione è un’occasione di incontro fra soggetti diversi che ha potenzialità generative se costruiscono fra di loro un legame positivo che li valorizzi entrambi e che produca valore aggiunto»²⁹.

La co-progettazione indica quindi una *forma nuova di collaborazione* fra enti pubblici ed enti di terzo settore. Per rendere possibile la collaborazione occorre costruirne le condizioni, in particolare il riconoscersi reciprocamente, trovare una reciproca e comune convenienza, condividere le ragioni e l’orientamento del progetto. Spesso tale collaborazione procede attraverso diverse modalità di *networking*, ossia fare rete fra diversi soggetti presenti nello spazio locale. In particolare, sostengono diversi studiosi del settore³⁰, è necessario un forte investimento culturale per riuscire a costruire e sostenere nel tempo dei *network generativi*, ossia aggregazioni di diversi soggetti che portino a risultati creativi e moltiplicatori delle risorse.

La co-progettazione che diventa collaborazione sistematica e permanente può essere definita *co-produzione*. A partire dagli studi di Ostrom e di Osborne³¹, la co-produzione è stata vista come l’introduzione di una nuova logica di funzionamento che mette in primo piano la collaborazione fra enti pubblici ed enti no-profit, ma che poi si allarga anche al coinvolgimento dei cittadini specie quando questi sono utilizzatori dei servizi. La triangolazione allora implica

²⁹ U. De Ambrogio e C. Guidetti, *La coprogettazione. La partnership tra pubblico e terzo settore*, Carocci Faber, 2016.

³⁰ F. Addario e F. D’Angella, Reti generative. Aggregazione e condivisione sono un processo da costruire, coltivare e curare, in *Le sette virtù della coprogettazione*, “Vdossier”, dic. 2016, n° 3.

³¹ Ostrom E. (1996), Crossing the Great Divide: Co-Production, Synergy and Development, in “World Development”, 1996, n° 6; Osborne S.P., Delivering Public Services: Time for a New Theory”, in “Public Management Review”, 2010, n°1.

un'opera sistematica di ascolto del cittadino nel suo percorso nei servizi, un coinvolgimento del volontariato, terzo settore e reti sociali (*engagement della comunità*), un utilizzo di nuovi metodi di progettazione e gestione degli enti pubblici.

L'approccio co-produttivo vale quindi tanto a livello delle relazioni di cura (v. par. precedente) quanto a quello delle politiche locali dei servizi. In molti casi è possibile combinare i due livelli e arrivare ad una collaborazione allargata. È però soprattutto importante che, nella prospettiva di un processo che porti alla creazione di Case della Comunità innovative e funzionanti, si lavori allo sviluppo di una cultura comune e di metodi innovativi di progettazione e lavoro sociale che portino ad un orientamento diffuso e condiviso capace di produrre risultati duraturi.

9. Note sulla sperimentazione e la fase di transizione

9.1 Un Patto istituzionale per avviare la sperimentazione

Come abbiamo scritto nell'introduzione, la nostra proposta è quella di avviare una *sperimentazione* finalizzata ad un cambiamento profondo tanto dei rapporti fra cittadini e servizi quanto dell'assetto del welfare locale, introducendo immediatamente pezzi di innovazione, ma avendo davanti un quadro d'insieme come quello che abbiamo cercato di delineare che potrà essere ulteriormente precisato cammin facendo.

Come abbiamo ripetutamente sostenuto in tutto il testo di questo progetto, la sfida è duplice: da una parte è necessario rigenerare la vita delle comunità locali e dei quartieri sviluppando nuove forme di inclusione e partecipazione, dall'altra è urgente ripensare a fondo il sistema di welfare, in particolare andando verso una nuova tipologia di centro di servizi territoriale che sappia combinare la cura multidimensionale, la prevenzione, la promozione della salute e dell'ambiente, la rigenerazione e ricucitura delle reti sociali. Tale centro deve essere in grado di far interagire due dimensioni fondamentali: quella relazionale-partecipativa e quella socio-sanitaria, producendo concreti processi salutogenetici, di benessere sociale e di cura. Per tale ragione riteniamo appropriato che esso assuma la denominazione di *Casa della Comunità*. "Casa" in quanto luogo accogliente da abitare, "della comunità" in quanto generata dalle reti sociali locali, orientata dalla popolazione e posta al servizio di questa.

Al fine di sviluppare un tale ampio e impegnativo progetto, è urgente che le istituzioni locali assumano un chiaro impegno propulsivo e di coordinamento, accompagnato da conseguenti innovazioni a livello regionale e nazionale. In questo senso abbiamo sottolineato nel testo la necessità che il *Sindaco* del Comune capoluogo, quale massimo rappresentante della comunità locale, sviluppi una incisiva azione di promozione sia in termini istituzionali sia sul piano culturale e organizzativo. In sede provinciale la *Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria* può svolgere un analogo ruolo di iniziativa e coordinamento.

Un progetto di questa portata, che implica profonde trasformazioni culturali, politiche e organizzative condivise, mette in gioco tutte le forze attive di una comunità: le istituzioni rappresentative, le agenzie tecnico-professionali di servizio, l'associazionismo culturale, educativo e sociale, i diversi enti di terzo settore, la cittadinanza, le forze economiche locali.

Per quanto riguarda il ruolo delle istituzioni rappresentative e di quelle tecnico-professionali, come già anticipato (par. 5.4), riteniamo che l'apertura di questa fase di transizione debba partire da un *Patto istituzionale* concordato fra Regione, Enti locali, Ausl, AOU, ASP e rappresentanti del Terzo Settore in cui si definiscano gli obiettivi, le linee guida, le risorse e le responsabilità per giungere alla realizzazione di un nuovo assetto dei servizi territoriali, mettendo anche a frutto le esperienze maturate nella fase di emergenza creata dalla pandemia da Covid-19. Tale accordo di programma definirà in particolare la composizione e i compiti dell'*Organismo di indirizzo di livello sovraordinato* che seguirà, sul piano politico e organizzativo, lo sviluppo del progetto sperimentale fino alla definizione del nuovo assetto.

Uno dei primi impegni di tale organismo dovrebbe essere quello di definire e avviare i vari *Organi di governo sperimentale e partecipato per ogni Distretto* che sovrintendano allo sviluppo e coordinamento delle varie Case della Comunità da attivare nel proprio territorio di

competenza. Tale organismo, comprendente rappresentanti dell'associazionismo e dei cittadini, potrebbe sviluppare una intensa attività di promozione, ascolto e formazione rivolta a diverse componenti chiamate a confrontarsi per trovare linee comuni e avviare innovazioni incisive. Eventuali *riassetto territoriali* dovranno essere varati tempestivamente al fine di sviluppare un fecondo rapporto fra la popolazione residente e la Casa della Comunità di competenza da costituire secondo opportune modalità che prefigurino l'assetto finale della sperimentazione.

Appena possibile sarà varato un *Comitato di direzione* e un *Coordinatore provvisori* per ogni CdC che prepari e sovrintenda al varo del *Consiglio della Comunità* e definisca l'articolazione di ogni Casa e dei ruoli professionali che ne verranno a fare parte.

9.2 Ascolto e concorso delle varie componenti

Sarà importante che ogni componente professionale e area di servizi sia attentamente ascoltata e stimolata ad indicare nuove proposte e soluzioni che vadano nella direzione di un nuovo welfare generativo e di comunità, di nuovi rapporti di cura collaborativi, personalizzati e multidimensionali, di un assetto dei servizi più integrato, efficiente ed efficace. Sarà necessario porre le basi di un nuovo clima collaborativo fra le diverse professioni e fra le diverse aree di servizi al fine di individuare le sinergie e le linee comuni delle costituende Case della Comunità.

Un ruolo molto importante nel varo delle varie Case sarà assegnato alle Associazioni e agli Enti di Terzo Settore. Si ritiene necessario partire da specifiche *assemblee e focus group* di ascolto delle forze associative e dei cittadini dei quartieri al fine di condividere la portata dell'innovazione che si va preparando, ascoltare le esigenze finora scarsamente soddisfatte e capire la disponibilità ad un impegno responsabile e continuativo.

Sarà altresì molto utile pensare anche a nuove aggregazioni "di cittadinanza" e iniziative nell'ambito del Terzo settore (come previsto nei parr. 4.4 e 8.4) al fine di sostenere lo sviluppo di relazioni pro-attive e partecipative nei vari quartieri. Tutte le forme di associazionismo (sociale, culturale, sportivo, educativo, ecc.) possono fornire apporti utili; una loro rappresentanza qualificata deve essere ospitata nella CdC e deve entrare a far parte degli organismi di gestione per lo sviluppo di iniziative e progetti orientati al territorio.

Appena possibile, sarà utile fare incontri fra le forze attive nei vari quartieri e i professionisti della Casa al fine di sviluppare un dialogo e confronto costruttivo per cominciare a definire progetti da realizzare nelle varie aree.

Tali progetti saranno articolati in diverse proposte: a) *di tipo culturale*, a sostegno dell'identità e coesione; b) *di tipo educativo-promozionale*, favorevoli il coinvolgimento di diverse fasce di popolazione, c) *di tipo sociale*, al fine di sviluppare la prossimità verso le fasce più deboli, d) *di tipo sanitario*, implementando innovazioni di cura percepibili dalla popolazione; e) *di tipo ambientale*, relative alla salubrità e vivibilità del quartiere; f) *a sostegno della partecipazione*, al fine di facilitare il coinvolgimento della collettività, nelle sue varie componenti, al miglioramento della salute collettiva.

Ci pare che un'attenzione particolare debba essere riservata alla componente giovanile. Per tale ragione è importante costituire al più presto una o più Unità di Promozione della Salute (v. par. 5.1 - Area Città Sana) che contatti e coinvolga le scuole, i centri giovanili, l'associazionismo educativo e sportivo, le aggregazioni informali e i media al fine di stimolare progetti e occasioni di socialità, esperienza e responsabilizzazione.

9.3 Un appello

Al fine di sviluppare un'intensa attività progettuale nella fase sperimentale, gli Organismi di indirizzo e di governo distrettuale avvieranno tutte le iniziative utili volte al reperimento di finanziamenti aggiuntivi a quelli ordinari sollecitando sia interventi ad hoc degli Enti pubblici sovraordinati, sia il concorso delle forze economiche e delle Fondazioni locali. I miglioramenti della salute e integrazione collettiva portano anche a benefici in termini di produzione, produttività e capacità innovative di un territorio. È quindi importante che anche le forze economiche locali siano coinvolte in un programma di investimenti utili ad un deciso salto di qualità delle comunità locali e dei loro abitanti.

Alla fine del periodo sperimentale – della durata ipotizzabile di un triennio - sarà utile sviluppare un *profilo di comunità* che raccolga dati, valuti le iniziative compiute e prepari il varo di un assetto stabile degli organi di governo e partecipazione. Tale operazione non può essere solo meramente conoscitiva, ma deve portare ad un coinvolgimento e responsabilizzazione in forme adeguate e riconosciute di tutte le forze che hanno concorso alla fase sperimentale, ponendo così le basi di un rinnovato impegno strategico di medio-lungo periodo.

In conclusione, facciamo appello a tutti coloro che condividono e ritengono di poter contribuire a questo progetto affinché vi si impegnino nei luoghi e nei modi ad essi possibili. Ci attendiamo che professionisti, dirigenti, cittadini, politici, volontari e responsabili del terzo settore, esperti e ricercatori mettano le loro competenze e motivazioni a servizio di un progetto collettivo che implica lungimiranza, creatività e pazienza del fare.

Riteniamo che gli eventi collettivi vissuti in seguito alla pandemia e sindemia originata a livello planetario dal virus SARS-COV-2, nonché la mobilitazione successiva, che ha visto straordinari esempi di dedizione e coraggio, debbano portare ad una nuova stagione di "ripresa", ossia di impegno su nuove basi, e di "resilienza", ossia di riprogettazione e riadattamento.

Solo ritrovando in molti le ragioni del bene comune sarà possibile sprigionare quelle energie e motivazioni capaci di rendere possibile ciò che all'inizio sembra arduo e di difficile realizzazione. Come ha detto il poeta Antonio Machado, è solo «camminando che s'apre il cammino»:

Viandante, sono le tue orme
la strada, nient'altro;
Viandante, non sei su una strada,
la strada la fai tu andando.
Mentre vai, si fa la strada
e girandoti indietro
vedrai il sentiero che mai
più calpesterai.
Viandante, non hai una strada,
ma solo scie nel mare.

Documentazione

SCHEDA A

Le esperienze del Settore Sociale nel Parmense

Struttura e iniziative del servizio sociale comunale

Il Settore Sociale del Comune di Parma è articolato in 9 Strutture Operative, 7 centralizzate e 2 dislocate sul territorio comunale:

- *quattro S.O. di tipo amministrativo:*
 - ⇒ Programmazione Politiche Distrettuali (Ufficio di Piano e SAA³²)
 - ⇒ Contributi e Controlli
 - ⇒ Politiche Abitative
 - ⇒ Rapporti con i Cittadini

- *tre S.O. centralizzate con funzione di policy e di service rispetto ai territori:*
 - ⇒ Genitorialità
 - ⇒ Fragilità
 - ⇒ Non Autosufficienza – Disabilità

- *due S.O. di Polo con funzioni di referenti per il territorio:*
 - ⇒ una che unisce Polo Parma Centro-San Leonardo, in Via Verona n. 36/a, e Polo Cittadella-Lubiana-San Lazzaro, Piazzale della Pace n. 1;
 - ⇒ una che unisce Polo Pablo-Golese-S. Pancrazio, Via Bocchi n. 1/a, angolo Via Savani, e Polo Montanara-Vigatto-Molinetto, Via Carmignani n. 9/a

Gli operatori dei Poli territoriali (assistenti sociali, educatori, RAA – responsabili di area assistenziale), a seconda delle richieste/necessità dell'utenza, sono supportati nei processi di lavoro dagli operatori della sede centrale inseriti nelle strutture operative sopraindicate, che fungono da service (linee guida; presidio delle risorse e dei rapporti con enti gestori pubblici, di privato sociale e privati; rendicontazione amministrativa e/o contrattuale; raccolte dati, ecc.).

Oggi il cittadino che ha bisogno deve rivolgersi al Polo Sociale Territoriale di riferimento in funzione della propria residenza, luogo nel quale deve essere costruito il progetto personalizzato da parte dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso, eventualmente con la collaborazione di altri professionisti, in una logica di équipe multi-professionale. In ogni polo sono presenti iniziative e forme di collaborazione con differenti istanze comunitarie, quali ad esempio *Punti di Comunità* (un'azione del progetto "Welfare Parma 2020"), *Laboratori Famiglia*³³ e *di Comunità*, *Laboratori compiti*, *Tavoli di quartiere*, con l'intento di generare aiuti con il supporto del volontariato singolo e organizzato per facilitare l'accesso, l'accompagnamento e l'utilizzo delle opportunità già presenti sul territorio e sviluppare interventi di prossimità.

³² L'Ufficio di Piano è una struttura tecnica intercomunale (comuni di Parma, Sorbolo-Mezzani, Colorno, Torrile) a supporto del Comitato del Distretto di Parma, incaricata normativamente della programmazione e della gestione amministrativa dei servizi sociali territoriali in una logica di integrazione socio-sanitaria, quindi in stretto raccordo con l'AUSL. Inoltre, deve costantemente monitorare l'andamento/appropriatezza del sistema dei servizi presenti in ambito distrettuale, oltre che i bisogni emergenti, elaborando i dati territoriali locali e assolvendo a tutti i debiti informativi verso altri enti; promuovere lavoro di rete tra istituzioni e privato sociale; redigere il Piano di Zona Distrettuale per la Salute e il Benessere Sociale, con la relativa allocazione delle risorse economiche (es Fondi per la Non Autosufficienza, Fondo Sociale); definizione e predisposizione degli atti amministrativi per l'affidamento e la valutazione dei servizi secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente in materia di accreditamento socio-sanitario.

³³ Il progetto dei Laboratori Famiglia prende forma nella primavera del 2009, con il fine di promuovere relazioni positive tra nuclei familiari, attraverso le quali giungere allo sviluppo di reti tra famiglie, cittadini e realtà associative di varia natura, nonché al concretizzarsi di esperienze di prossimità, anche con carichi di cura. Ad oggi sono attivi nella città di Parma tre Laboratori Famiglia, dislocati in tre diverse realtà territoriali: "Al Portico"; "In Oltretorrente"; "San Martino San Leonardo".

Tra le iniziative più innovative e da potenziare portate avanti dal Comune di Parma possiamo identificare:

- *“Swap Party”* e *“E...state con noi”* iniziative di aggregazione presso le zone dell'emergenza abitativa.
- Volontari stranieri in servizio nel Carcere a supporto di cittadini stranieri in condizioni di difficoltà e che necessitano di tutele e reti di protezione.
- *#IosonoParma* percorso formativo che ha coinvolto il Liceo Toschi e il Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti (CPIA).
- *Welcome* – Un progetto di volontariato d'impresa: progetto innovativo, inserito all'interno di un programma di welfare aziendale, dedicato ad attività di orientamento lavorativo per richiedenti protezione internazionale.
- *Digitali senza Frontiere* che vede impegnati gli studenti del Liceo Artistico Toschi nella realizzazione di strumenti digitali utili ai cittadini stranieri appena giunti in città per orientarsi rispetto alle opportunità del territorio.
- *Gruppi di Parola*, incontri rivolti a bambini e ragazzi di età compresa tra i 6 e gli 11 anni e fra i 12 e i 14, figli di coppie in fase di separazione o già separati, condotti da operatori specificamente formati.
- *Una Casa in più*, per offrire spazi di accoglienza, al domicilio delle persone iscritte all'Albo Comunale Assistenti di Conciliazione, a favore delle famiglie che hanno l'esigenza di conciliare l'accudimento dei figli con impegni lavorativi “non ordinari”, per qualche ora al giorno, per alcuni giorni della settimana o per periodi limitati di tempo nel corso dell'anno.
- *Percorso Nascita*, rete di servizi dei Comuni del Distretto di Parma, dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma, per tutte le famiglie che desiderano un bambino o che sono già in attesa.
- *B Factory*, uno spazio innovativo e sperimentale rivolto a giovani con disabilità, in cui si effettuano assessment strutturati, e rappresenta una “palestra” per i prerequisiti necessari alla autonomia e/o a percorsi lavorativi e/o opportunità di inclusione. Il B Factory è frutto di una coprogettazione tra Comune ed Associazioni.
- *Danceability*, un'opportunità che rovescia il punto di vista sulla danza, partendo dall'assunto che anche chi non risponde ai canoni precostituiti della perfezione fisica o mentale, può danzare, instaurare una relazione, sperimentare. Permette di sperimentare nuove dimensioni relazionali ed espressive, di andare “oltre” gli stereotipi attraverso la relazione e il reciproco ascolto, che sovente non passa attraverso le parole, ma attraverso il linguaggio espressivo, sincero e diretto del corpo, con un coinvolgimento emotivo importante. Grazie alla sinergia tra Assessorato al Welfare, Assessorato allo Sport e Polisportiva Gioco, è partita la prima esperienza locale di Danceability, rivolta a persone adulte con disabilità di varia tipologia ed ai loro amici, parenti o volontari, per far sì che la danza possa avvenire a coppie ed in gruppo.
- Progetto *“La Cittadella dei ragazzi”*, uno spazio laboratoriale per persone con disabilità, collocato presso il parco Cittadella di Parma, in cui si sperimentano percorsi di inserimento occupazionale, che evolvono per step gradualmente, in un luogo che consente di sperimentare una vasta gamma di occasioni di impegno, essendo presenti un bar, uno spazio destinato alle famiglie, un'ampia area verde circostante e varie attività complementari.

Lo *Sportello sociale di prima accoglienza* è il punto di accesso unico ai servizi sociali; si occupa di dare tutte le informazioni necessarie e dell'ascolto di tutti i casi nuovi, delle prese in carico brevi e delle accoglienze in emergenza nel quotidiano ed è presente in ogni sede di polo territoriale. Le situazioni che presentano maggior complessità vengono prese in carico per un periodo medio-lungo dall'assistente sociale dell'area relativa ai bisogni prevalenti. Nel percorso di presa in carico gli Assistenti sociali individuano in modo più puntuale il bisogno e le risorse necessarie per costruire la risposta (economiche, umane, territoriali/ambientali...), fare le prime valutazioni per la risoluzione del problema e decidere quali colloqui, visite domiciliari, accompagnamenti sono necessari con persone singole, familiari, vicini, rete sociale (con lo scopo di costruire il lavoro di comunità), gruppi di utenti.

Ogni Polo ha al proprio attivo per la presa in carico:

- 9-10 Assistenti Sociali, di cui 5 per la non autosufficienza, 1 per la fragilità adulta, 1 per la tutela, 2-3 per la fragilità genitoriale.
- 3 Educatori, di cui 1 per la tutela e 2 per la fragilità.
- 2 RAA, dedicate per tutti i casi che necessitano di presa in carico a medio-lungo termine.

POLO PARMA CENTRO-S.LEONARDO-CORTILE S.MARTINO

- 44.705 ab.
- 1.500 utenti

POLO PABLO-GOLESE-OLTRETORRENTE-SAN PANCAZIO

- 42.818 ab.
- 1.302 utenti

POLO LUBIANA-SAN LAZZARO-CITTADELLA

- 59.796 ab.
- 2.000 utenti

POLO 4: MONTANARA-MOLINETTO -VIGATTO

- 42.677 ab.
- 1.673 utenti

L'esperienza di Villa Ester

Un'esperienza di grande valore comunitario in corso di sperimentazione a Parma è *Villa Ester*, inaugurata alla fine del 2019: è una casa indipendente, con un piccolo giardino, collocata nel centro storico di Parma, nel quartiere Oltretorrente, di proprietà di ASP Ad Personam.

Fino a febbraio 2018, Villa Ester è stata una Casa Residenza per persone anziane non autosufficienti; il trasferimento della casa residenza ha consentito di ripensare l'utilizzo della struttura in coerenza con le linee strategiche del Comune di Parma, le indicazioni del Piano di zona del distretto di Parma 2018/2020 e gli obiettivi relativi all'innovazione sociale di ASP Ad Personam³⁴, che prevedevano di rinforzare il tessuto sociale e stimolare l'emergere di nuove interazioni per generare soluzioni innovative alle molteplici sfide sociali nella direzione del welfare comunitario.

È stato attivato un tavolo di progettazione partecipata, che ha visto coinvolti il Comune di Parma, il Liceo Scientifico Marconi, il progetto Parma Welfare (ovvero Fondazione Cariparma, Forum Solidarietà, AUSL e Comune di Parma), AIMA, Consorzio di Solidarietà Sociale, la Cooperativa Gruppo Scuola, l'Associazione Culturale Manifattura Urbana, e successivamente altri interlocutori.

Dopo una analisi del contesto sociale cittadino e del quartiere Oltretorrente, Villa Ester è stata rigenerata come spazio pubblico del quartiere, ampliando e innovando servizi di welfare ed educativi rivolti in particolare a:

- ⇒ persone anziane affette da demenza e il loro caregiver;
- ⇒ giovani da 11 ai 20 anni;
- ⇒ famiglie e adulti vulnerabili;
- ⇒ assistenti familiari.

Il percorso di progettazione condivisa ha riguardato lo studio e la riflessione sull'uso e sugli arredi degli spazi, ai quali hanno partecipato in modo attivo e propositivo sia singoli cittadini che volontari aderenti a varie associazioni sull'avvio di progetti di welfare comunitario, di promozione culturale/sociale e di educazione.

Sarebbe davvero importante dare continuità a questo progetto nel tempo e aprire spazi analoghi in tutti i quartieri, con e a supporto delle case di comunità/case della salute, dotandosi di coordinamenti di area o di quartiere.

³⁴ Dalla carta dei servizi di ASP Ad Personam

SCHEDA B

Le tappe dello sviluppo della sanità nel territorio parmense

Le tre riforme del SSN

Con la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, superando i limiti dell'allora vigente sistema assicurativo e mutualistico, sono gettate le basi per l'evoluzione della Sanità Pubblica italiana, che affonda le proprie radici sul carattere universalistico dell'assistenza, facendo leva su tre principi fondamentali: universalità appunto, uguaglianza ed equità. Viene così data concretezza all'articolo 33 della Costituzione che sancisce, prima in Europa, il primario diritto alla salute dell'individuo e della collettività. Trova così corpo quel complesso di servizi, funzioni ed attività mirati a garantire la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica della persona. Vengono sciolti gli Enti a finalità mutualistica, riorganizzati con implementazione delle funzioni, nelle Unità Sanitarie Locali, espressione queste del complesso dei presidi e nuovi servizi dei Comuni singoli o associati; trovano così strutturazione, con mandato e obiettivi definiti:

- l'igiene e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro;
- la prevenzione degli infortuni;
- la riabilitazione degli stati di invalidità;
- l'igiene degli alimenti;
- la tutela della maternità, dell'infanzia e la promozione della salute nell'età evolutiva;
- la tutela della salute mentale;
- l'educazione sanitaria.

La nuova organizzazione sanitaria, così fortemente poggiata su basi politiche, genera tuttavia importanti discrasie: contrasti tra Stato e Regioni, fra forze politiche, mancanza di una cultura "sanitaria" da parte dei politici locali, scarsa programmazione, assenza di standard minimi di assistenza (tanto che alcune Regioni creano un numero esagerato di presidi sanitari, generando ulteriori disavanzi), meccanismo di pagamento a piè di lista per nulla funzionale al contenimento e gestione dei costi.

Aspetti così fortemente negativi, associati ad una sempre maggiore esigenza di risorse finanziarie per sostenere il funzionamento del SSN hanno poi spinto il Governo, tra il 1992 ed il 1993, ad una manovra di riordino con il varo dei D. Lgs 502/1992 e 517/1993 che presero il nome di *seconda riforma sanitaria*.

Si rafforza il potere delle Regioni e si introduce l'aziendalizzazione, in modo da garantire a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni appropriate, assicurati dalle Regioni tramite le aziende sanitarie e la programmazione. Le Unità Sanitarie Locali (USL) diventano Aziende Sanitarie con autonomia organizzativa (AUSL). In rapida successione viene rafforzato il ruolo delle Regioni in termini di competenze sanitarie. Con l'art. 117 della legge 3 del 2001 (riforma del Titolo V della Costituzione) lo Stato determina i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti sul territorio nazionale" e i principi fondamentali nelle materie di competenza concorrente, mentre sono le Regioni ad assicurare i servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera. Viene designata l'assistenza sanitaria pubblica in Italia con lo strumento della Conferenza Stato-Regioni.

Il riordino del sistema sanitario a Parma

Nella nostra provincia, l'azione di riordino porta alla costituzione di due Aziende:

- **un'unica Azienda Sanitaria Locale**, espressione dell'assistenza territoriale, organizzata in Distretti Sanitari che riproducono, seppur non fedelmente, gli ambiti delle precedenti USL. Ha il ruolo di governare la domanda di salute della popolazione di riferimento, d'intesa con le Amministrazioni Locali, assicurando le prestazioni di assistenza primaria relative alle attività sanitarie, socio-sanitarie e di prevenzione attraverso i propri Dipartimenti (Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale). In sostanza acquista prestazioni per la collettività, ma al tempo stesso le produce attraverso i propri servizi e gli ospedali che vi insistono;
- **l'Azienda Ospedaliero Universitaria**, con piena autonomia organizzativo-gestionale, scorporata dalla precedente USL per dimensioni, complessità organizzativa, clinica e tecnologica, ma anche per l'importante missione in termini di didattica e ricerca, con ruolo di produttore di prestazioni di alta specializzazione a rilevanza regionale.

Prende così avvio una stagione di sostenuto rinnovamento in una turbolenza di cambiamenti sia in ambito territoriale che ospedaliero.

Il versante ospedaliero

Già a partire dal 2000, in adesione al Piano Sanitario Regionale 1999-2001, viene avviato il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera secondo modelli innovativi. Sulla base degli indirizzi regionali si avvia la definizione delle reti cliniche e si appropria l'assetto tipo *Hub & Spoke*, modelli che trovano la loro piena concretizzazione nel decennio successivo.

1) Le reti cliniche integrate inter ed extraospedaliere

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma promuovono un processo di revisione/implementazione di percorsi clinico – organizzativi su temi ritenuti strategici, individuando specifici ambiti di approfondimento, dove impegnare gruppi qualificati di professionisti. Si sviluppa progressivamente tutta una serie di percorsi integrati la cui strutturazione compiuta è riportata in tab1

Tab 1- Reti cliniche

RETI CLINICHE	
Pneumologia	Emergenza/Urgenza
Cardiologia	Ginecologia - Percorso nascita - Neonatologia
Neurologia	Chirurgia generale
Nefrologia	Terapia antalgica - Palliazione
Ortopedia Traumatologia	Brest Unit
Oncologia Oncoematologia	Laboratori

2) Il modello Hub e Spoke

Parte dal presupposto che complesse e delicate patologie richiedono competenze rare e costose che non possono essere assicurate in modo diffuso, ma devono invece essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione a cui vengono inviati gli ammalati dai vari ambiti territoriali. In questa prospettiva la Regione ha definito gli ambiti di assistenza prioritari e a maggiore complessità individuandone i centri di riferimento, tra i quali spicca il ruolo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria che si qualifica sempre più come centro d'eccellenza. A cascata, il modello Hub e Spoke viene calato anche in ambito provinciale a seguito della costituzione della rete ospedaliera provinciale, nella quale il nuovo Ospedale di

Vaio (Fidenza) e l’Ospedale S.Maria di Borgotaro si connotano come degli Spoke di Azienda Ospedaliero Universitaria (fig 2).

Fig.2 – Centri Hub regionali di Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e rete ospedaliera provinciale



L’attuazione di questi nuovi assetti assistenziali (reti cliniche integrate e modello Hub e Spoke) e le esigenze connaturate nei processi che li caratterizzano, impongono agli ospedali provinciali un rilevante sforzo nella rimodulazione organizzativa di servizi e funzioni con caratteri di flessibilità e si accompagnano di necessità ad una sostenuta opera di ammodernamento tecnologico e di riqualificazione edilizia in termini di ampliamenti e ristrutturazioni: si citano a titolo esemplificativo il nuovo Pronto Soccorso con OBI, l’Ospedale di Bambini, il Centro Trapianti, la centrale di Tri-generation in Azienda Ospedaliero Universitaria, mentre all’Ospedale di Vaio il nuovo Pronto Soccorso e la nuova ala.

Nel frattempo già dalla metà degli anni ‘90, con una visione anticipatoria rispetto al DM 70 del 2 aprile 2015, che prevede la riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, (comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), l’Azienda USL procede alla dismissione dei piccoli ospedali (Stuard, Ugolino e Vighi), riqualificandone altri (S. Secondo, Colorno) a strutture distrettuali finalizzate alle cure intermedie e al livello primario dell’assistenza, in una logica di autosufficienza territoriale.

Al tempo stesso, in adesione al citato decreto, nel setting ospedaliero si assiste al progressivo passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all’assistenza in regime ambulatoriale.

L'ambito territoriale

Nel periodo 1998-2000 si assiste alla **costituzione e sviluppo delle Cure Primarie**, nell'ambito dello specifico Dipartimento, intese come il complesso di unità operative che rappresentano le diverse funzioni assistenziali ed erogano prestazioni specialistiche centrate sul bisogno della persona, mirando all'appropriatezza, efficacia e qualità tecnica.

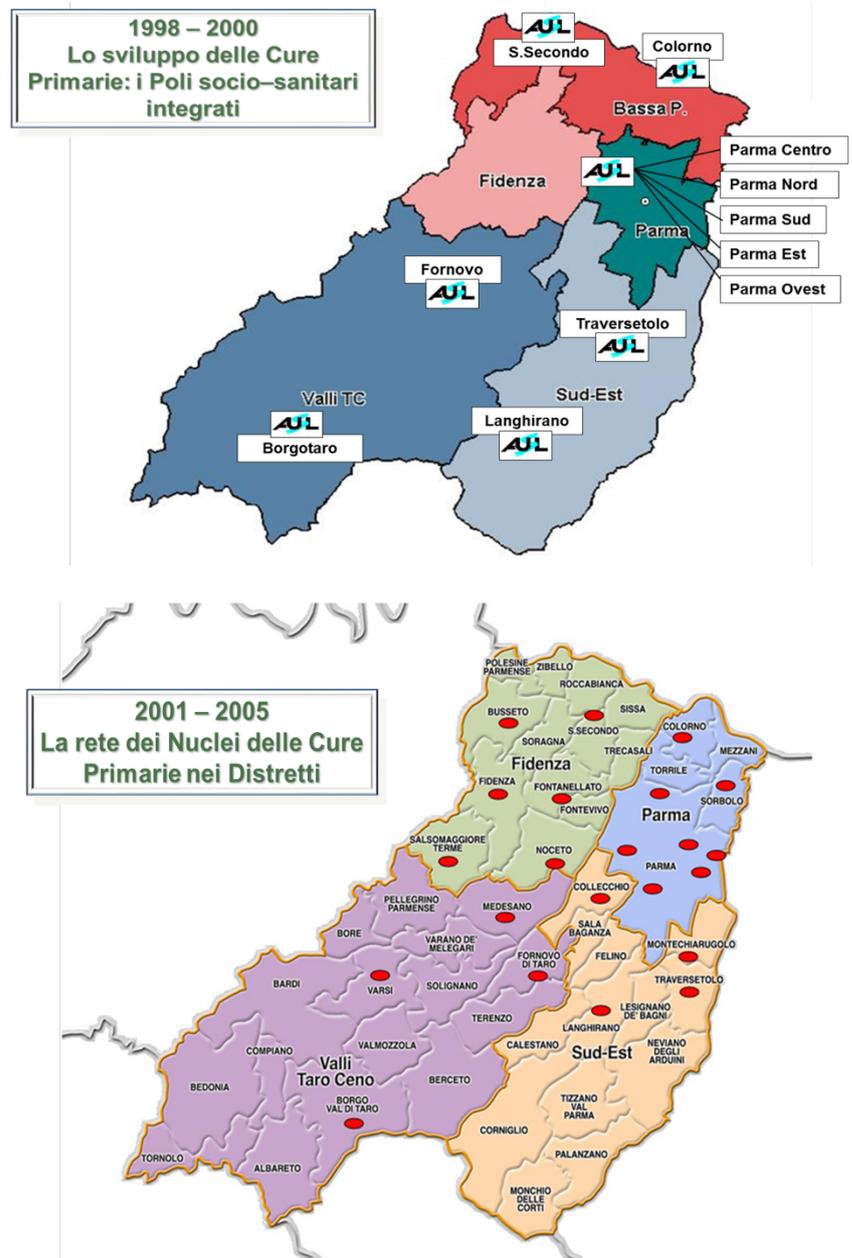
I suoi ambiti di intervento sono:

- Assistenza di medicina generale e pediatrica di libera scelta;
- Assistenza infermieristica, ostetrica e tecnica;
- Assistenza specialistica ed ambulatoriale;
- Assistenza consultoriale e di pediatria di comunità.

Le Cure Primarie trovano compiuta realizzazione con la costituzione dei **Poli Sociosanitari Integrati**, strutture nelle quali aggregare servizi per facilitare l'accesso dei cittadini, favorire l'integrazione tra gli operatori sanitari e sociali e rispondere, con un approccio multidisciplinare, al bisogno di salute.

Entro il 2005 viene completata la rete dei **Nuclei delle Cure Primarie**, unità organizzative di base del sistema delle cure primarie, che costituiscono il luogo privilegiato nei quali assicurare la *presa in carico dei pazienti attraverso l'integrazione dei professionisti a vantaggio di una maggiore efficacia dei servizi erogati*. Sono ambiti nei quali perseguire la continuità assistenziale e l'integrazione delle attività territoriali attraverso il governo clinico e il miglioramento della qualità assistenziale in relazione agli obiettivi di salute. L'obiettivo è porre il cittadino ed i suoi bisogni al centro del sistema curante in modo da fornire risposte flessibili ed adeguate alle necessità di ciascuno mediante la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

Vi afferiscono funzionalmente e vi operano équipes multiprofessionali alla cui composizione partecipano in particolare Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, Addetti all'assistenza di base, Ostetriche e Terapisti della Riabilitazione. Sono quindi l'unità di produzione delle cure primarie e la sede di elezione per promuovere e perseguire l'integrazione professionale e l'approccio multidimensionale.



Le Case della Salute in Emilia Romagna

Nel 2010 la Regione Emilia-Romagna avvia il percorso di **realizzazione delle Case della Salute** che *viene fortemente potenziato negli anni*. Si tratta di un nuovo modello assistenziale centrato su una rete integrata di servizi che si estende oltre ai confini del NCP per dare una risposta compiuta alla domanda (ed ai bisogni) di salute del cittadino attraverso l'attivazione di stabili e strutturate relazioni clinico/organizzative di carattere multidisciplinari e multi professionali.

Si tratta di strutture sanitarie e sociosanitarie che si propongono come punto di riferimento certo per i cittadini che in ogni momento possono trovare una risposta ai propri problemi di salute per effetto degli aspetti che le caratterizzano:

- accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali;
- assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti;
- possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale;
- gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria coi servizi specialistici presenti.

Gli obiettivi sottesi a questo nuovo modello sono quelli del passaggio dal concetto di "prestazione" a quello di "presa in carico, di favorire la continuità assistenziale e di promuovere la continuità ospedale-territorio, ma la parola chiave è **integrazione a tutti i livelli**, come strumento per pervenire ad una contaminazione tra i professionisti e tra i diversi setting assistenziali (nel rispetto dei ruoli e delle competenze) e per superare le frammentazioni, potenziando i collegamenti tra i servizi ospedalieri e territoriali, il tutto a garanzia di efficacia di risultato.

Recentemente la Regione ha emanato una direttiva tesa ad una rivisitazione del modello, basata su una di reingegnerizzazione dei processi, per effetto della quale le Case della Salute non sono più pensate a partire dai servizi, ma devono orientarsi ed operare per **aree integrate di intervento proprio** per dare sostanza al carattere multidisciplinare e multiprofessionale della presa in carico.

È inoltre indicata, anche per queste strutture, un'organizzazione di tipo Hub e Spoke individuando Cds a bassa intensità assistenziale e CdS a medio/alta complessità assistenziale in rapporto alla rilevanza delle funzioni esercitate e ai bisogni della popolazione di riferimento.

Tab 2 – Aree integrate d'intervento nelle Case della Salute

Aree integrate di intervento
prevenzione e promozione della salute; popolazione con bisogni occasionali-episodici; benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni; prevenzione e presa in carico della cronicità; non autosufficienza; cure palliative

Nella Case della Salute si afferma sempre più la centralità dei Medici di Medicina Generale in un percorso che si connota come una sorta di "internalizzazione" di questa figura professionale; infatti rappresentano, per la popolazione, un punto di riferimento per l'accesso e la presa in carico nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale e sono investiti di ruoli specifici (come ad esempio quelli di medici in staff, referenti clinici, referenti di nucleo).

Ma il ruolo di questi professionisti è anche strategico, considerato il loro diretto coinvolgimento all'attuazione delle tante progettualità tese a fronteggiare la cronicità e la fragilità che si stanno sviluppando nelle Case della Salute sul modello della medicina d'iniziativa.

Tendono così a svilupparsi la definizione condivisa e l'adozione sistematica di **percorsi diagnostico-terapeutici** dedicati alle principali patologie croniche (es. diabete, scompenso cardiaco...) che incanalano l'agire clinico lungo traiettorie definite, in cui la presa in carico vede il coinvolgimento del MMG (*gatekeeper*), dell'Infermiere (*care manager*) e di équipe multiprofessionale allargata al presidio ospedaliero di riferimento (*team di progetto*); un insieme di competenze, quindi, in grado di dare al paziente cronico continuità ed efficacia nella risposta assistenziale.

Nelle intenzioni, le Case della Salute dovrebbero diventare un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e, al tempo stesso, parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Infatti, attraverso i concetti di "casa" e di "salute", di cui l'assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti (e non tra i più importanti), si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini.

Le Case della Salute possono così diventare parte integrante dell'identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse della comunità, in cui si possa sviluppare l'empowerment del cittadino.

Case della salute e Ospedali di Comunità

Al giugno 2021 in tutta la Regione sono realizzate **125** Case della Salute, mentre in provincia di Parma sono attive **24** realtà così distribuite:

- 6 nel Distretto di Parma;
- 6 nel Distretto di Fidenza;
- 7 nel Distretto Sud Est;
- 5 nel Distretto valli Taro e Ceno.

Una recente indagine promossa dalla Regione su **88 strutture**, operative al **31 dicembre 2018** da almeno 9 mesi in Emilia-Romagna³⁵, evidenzia che **dove c'è la Casa della salute si riducono del 16,1% gli accessi al Pronto soccorso** per cause che non richiedono un intervento urgente, percentuale che **sfiora il 25,7%** quando il medico di medicina generale opera al loro interno. Inoltre, **calano (-2,4%) i ricoveri ospedalieri per le patologie che possono essere curate a livello ambulatoriale**, come diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite batterica. Concorre a questi risultati l'intensificazione nel tempo (+ 9.5%) dell'**assistenza domiciliare al paziente, sia infermieristica che medica**, nei territori serviti dalle Case della Salute.

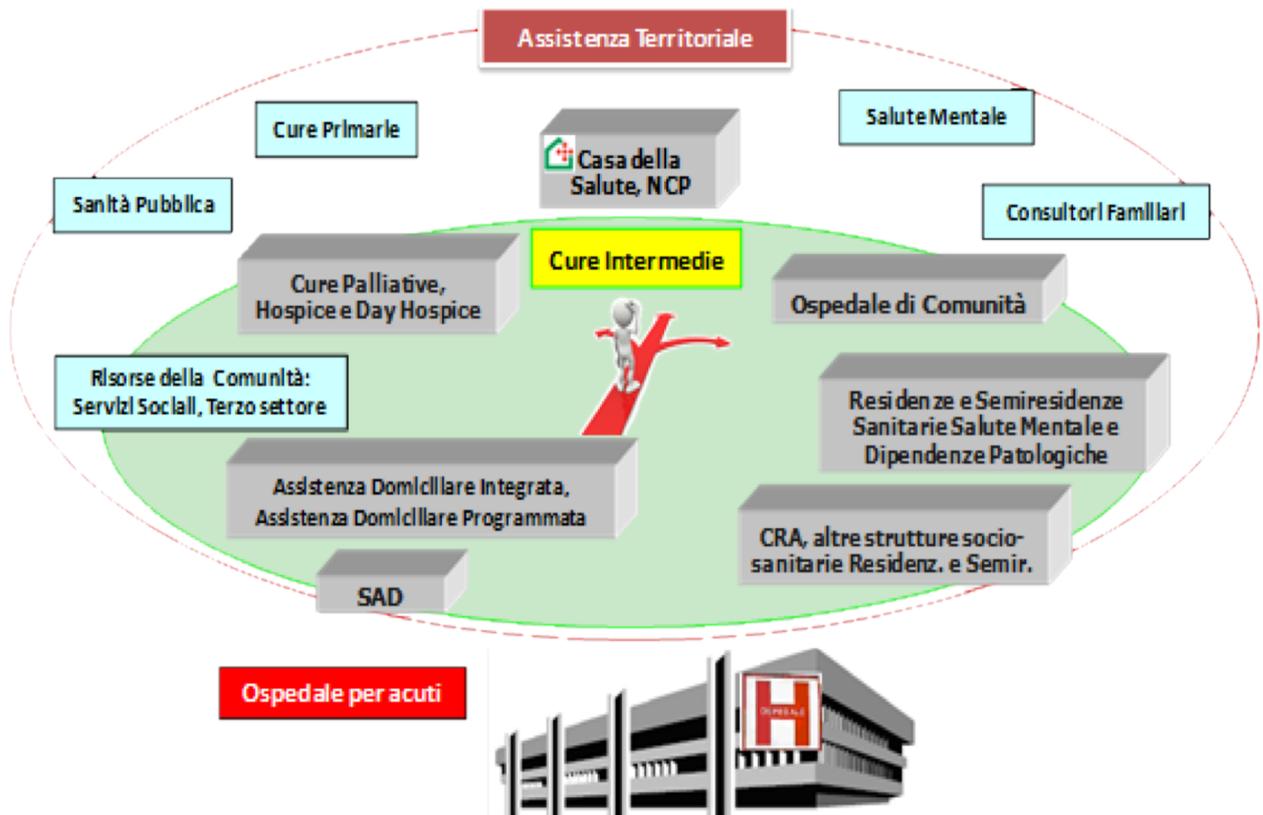
Contestualmente in ambito territoriale, seppur disomogeneamente e con diversi gradi di libertà, si affermano nuove iniziative dettate dalla necessità di contrastare la cronicità e le condizioni di fragilità, dando al contempo contenuti alla continuità Ospedale-Territorio in un contesto nel quale l'Ospedale deve caratterizzarsi sempre più nella gestione dell'acuzie. Oltre al potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e allo sviluppo di progettualità basate sul principio della medicina d'iniziativa, si assiste alla nascita della **Cure Intermedie (Ospedali di Comunità)**, anche con forme innovative e sperimentali.

Esse si qualificano come elemento di modernizzazione e innovazione che viene messo a disposizione dei medici di famiglia e dei cittadini per il miglioramento delle cure, la cui finalità è anche quella di decongestionare l'ambiente ospedaliero, riducendo il flusso in entrata e aumentando quello in uscita, attraverso strutture sanitarie con letti di degenza a responsabilità organizzativa infermieristica e responsabilità clinica in capo ai MMG. Rappresentano un'area di servizi sanitari integrati, erogati nel contesto della Assistenza Primaria, che hanno l'obiettivo primario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più

³⁵ Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna, "Valutazione d'impatto delle Case della Salute su indicatori di cura - 2009-2019", *Collana Dossier* n° 269/2020.

prossimo possibile al proprio domicilio. Tale offerta è orientata a garantire al paziente un'adeguata ed elevata intensità assistenziale ed è pertanto destinata:

- a pazienti in condizioni cliniche a minore complessità dimessi da struttura ospedaliera che necessitano di stabilizzazione clinica o per i quali le condizioni sanitarie e/o sociali non garantiscono una adeguata assistenza a domicilio, necessitando di una fase di osservazione e/o di continuità terapeutico-riabilitativa per cercare di recuperare la loro autonomia;
- a pazienti di provenienza territoriale con problematiche sanitarie caratterizzate da instabilità clinica, prevalentemente di tipo cronico, che non giustificano il ricovero, ma per i quali l'assistenza domiciliare o residenziale non offre garanzie sufficienti.



L'esperienza del Distretto Sud Est

È articolazione dell'Azienda USL che aggrega 13 comuni distribuiti in due ambiti, montano e pedemontano, diversi per densità abitativa, capacità economica produttiva e caratteristiche geomorfologiche del territorio, con una estensione complessiva di 903.68 Km² e una popolazione di 77.435 abitanti, con una significativa prevalenza di soggetti anziani. Vi insistono due dei dieci comuni provinciali (Monchio e Palanzano) a più alto indice di vecchiaia (tab 3).

Tab 3 – Indici demografici del Distretto Sud Est

Popolazione	77.435
Popolazione anziana	over 65 anni 22.1% over 75 anni 11.2% over 85 anni 3.7%

Indice di Vecchiaia	169,3 (range 821 Monchio – 138 Lesignano)
Indice di Dipendenza	58,3
Popolazione straniera	9.401 (12,14% della popolazione totale)

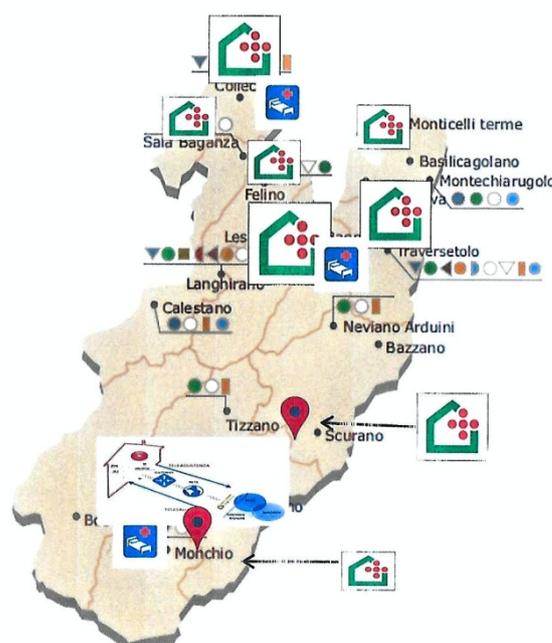
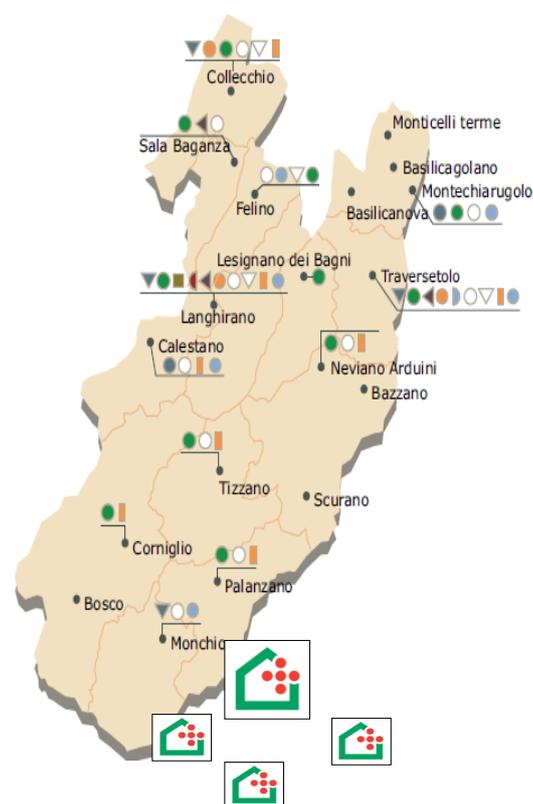
Si tratta del Distretto che, primo in ambito provinciale, ha attivato, a far tempo dal 2012, tutte le 6 Case della Salute previste dall'originaria programmazione, realizzate per rimodulazione dei preesistenti poli sociosanitari, tutti concentrati nella fascia pedemontana. Questa condizione, associata alla necessità di favorire l'accessibilità e fruibilità delle prestazioni sanitarie ai residenti di una zona, quella montana, particolarmente disagiata, in funzione delle distanze e della criticità della rete viaria - e critica in rapporto all'alta prevalenza di popolazione anziana e fragile - ha portato recentemente alla realizzazione in alta Val Parma di una settima Casa della Salute (CdS di Lagrimone – Lagrisalute).

Ad implementazione e riorganizzazione dei servizi nell'area montana è in avanzata fase di progettazione una ulteriore Casa della Salute in Monchio delle Corti.

Per le descritte condizioni e le necessità del contesto locale, il Distretto si connota da sempre come luogo di innovazione e sperimentazione, queste favorite anche dall'assenza nel proprio ambito di un ospedale pubblico, condizioni che hanno consentito nel tempo, agendo con il convinto sostegno delle Amministrazioni Locali ed in sintonia con il Privato Accreditato, di strutturare un'offerta rispondente ai bisogni di salute della popolazione di riferimento.

Oltre alle 7 Case della Salute attive, tale offerta oggi è rappresentata da:

- ▶ **49** medici di Medicina Generale, il 75% dei quali aggregati in forme associative (medicina di gruppo e medicina di rete), organizzati in 3 Nuclei delle Cure primarie;
- ▶ **11** Pediatri di Libera Scelta;
- ▶ **9** punti di Continuità Assistenziale (guardia medica);
- ▶ **4** postazioni di soccorso avanzato 118 delle quali 3 H24 e 1 H12;
- ▶ **3** ambulatori infermieristici della cronicità



insistenti nelle tre Case della salute a medio/alta intensità;

- ▶ **1** Centro Cure Progressive a gestione diretta, con 28 posti letto dei quali 10 Hospice e 12 per gravi cerebrolesioni (GRADA);
- ▶ **12** posti letto di Cure Intermedie, allocati presso una CRA ad alta valenza sanitaria e presso il Centro Cure Progressive, che per il Distretto Sud Est rappresentano l'anello di congiunzione finora mancante nel territorio tra la rete dei servizi socio-sanitari e l'unico ospedale pubblico di riferimento rappresentato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. Ulteriori 3 posti letto sono in attivazione presso la CRA Val Cedra di Monchio delle Corti;
- ▶ **14** sedi di Punto Prelievo;
- ▶ Servizio Infermieristico di Assistenza Domiciliare composto da 19 unità a copertura di tutti i comuni del distretto;
- ▶ **9** Case Residenze Anziani, delle quali 2 ex RSA, per un totale di 561 posti letto di cui 258 accreditati;
- ▶ **2** centri semiresidenziali per disabili;
- ▶ **8** Centri Diurni;
- ▶ **2** Comunità Alloggio;
- ▶ contratti di fornitura per prestazioni sanitarie con **7** Poliambulatori privati Accreditati;
- ▶ **14** Farmacie con funzione CUP.

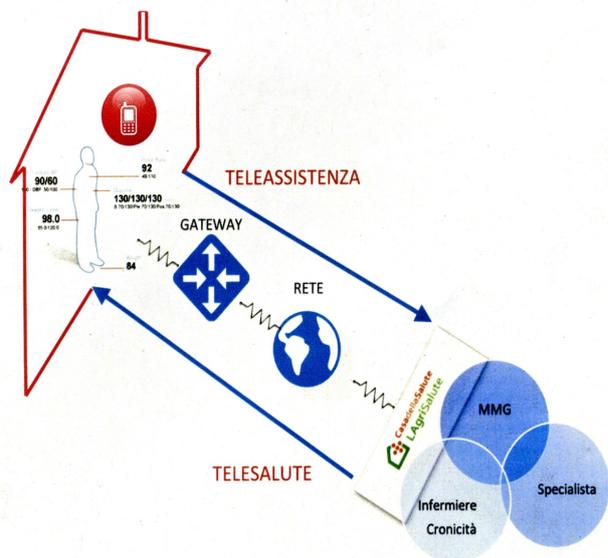
Inoltre, si sono di recente sviluppate progettualità sulla cronicità con il modello della medicina d'iniziativa, in particolare:

a) l'adesione e l'implementazione del progetto regionale rischio di ospedalizzazione (Risk-Er)

Il vasto patrimonio di flussi informativi amministrativi, elaborati con un algoritmo e resi disponibili dalla Regione Emilia-Romagna ai MMG, consente la presa in carico, da parte di MMG in collaborazione con l'ambulatorio infermieristico, di pazienti selezionati secondo un gradiente di rischio in grado di predire il rischio medio/alto di ricovero in ospedale, per una rivalutazione del PAI in termini di revisione, appropriatezza e aderenza terapeutica con l'obiettivo di contenere l'ospedalizzazione;

b) il progetto telemedicina

In attuazione del progetto regionale DGR 648/2016, si attiva un servizio di telemedicina (Teleassistenza e Teleconsulto) prioritariamente orientato ai soggetti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione di area montana (si muovono le informazioni e non le persone), prevedendo, tuttavia, un allargamento dei soggetti eleggibili tramite fondi aziendali e finanziamento Fondazione Cariparma. Il sistema consente la verifica e registrazione di alcuni parametri (Frequenza cardiaca/Saturazione ossigeno/Pressione arteriosa/Peso/Attività fisica/ECG) che l'infermiere Case Manager verifica con la periodicità stabilita dal Piano Assistenziale Individuale (PAI). In caso di alterazioni rispetto ai valori di arruolamento, il sistema genera un ALERT che avvia le azioni necessarie da parte del MMG.



c) L'avvio in una CRA del Distretto della fase sperimentale **Unita Mobile Multidimensionale**, per la quale un'équipe di specialisti ospedalieri interviene per gestire ospiti critici con l'obiettivo di stabilizzarne le condizioni cliniche evitando l'ospedalizzazione o prevedendone il ricovero diretto su letti dedicati senza passare dal PS. I risultati hanno documentato un miglioramento della risposta

assistenziale ai bisogni di anziani fragili istituzionalizzati con benefici anche sull'operatività delle organizzazioni coinvolte fra cui un reale contenimento dei ricoveri, tale da estendere l'esperienza ai casi domiciliari e ad altre strutture residenziali. La realtà della UMM è ormai consolidata, confermata dal ruolo decisivo esercitato in occasione dell'attuale fase pandemica. Ma strategica per lo sviluppo del Distretto Sud Est è la *collaborazione avviata con Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma* in una relazione di reciprocità. La disponibilità degli specialisti ospedalieri "di uscire dalle mura dell'Ospedale" per frequentare la realtà delle Case della Salute è fattore di potenziamento di queste strutture. La loro presenza nel territorio permette, infatti, non solo di incrementare l'offerta, completando il ventaglio di prestazioni specialistiche erogabili, ma soprattutto consente di rafforzare l'interazione con i MMG nella gestione dei casi complessi a tutto vantaggio dei pazienti e delle qualità delle cure (miglioramento dell'accesso e maggior efficacia della cura). È inoltre presupposto per la crescita culturale e la contaminazione tra le professioni.

Ne è un esempio la recente attivazione nella Casa della Salute di Langhirano di un ambulatorio oncologico, gestito dagli oncologi ospedalieri, dove effettuare il follow-up, il monitoraggio della terapia e le medicazioni, con un duplice risultato: di evitare alla persona il disagio di periodici spostamenti in ospedale e, al tempo stesso, di diluire e scolare il carico di attività del Day Hospital Oncologico di Azienda Ospedaliera.

D'altra parte, le strutturate iniziative messe in campo nel distretto (dai posti letto di cure intermedie agli ambulatori della cronicità) e i progetti di medicina d'iniziativa (rischio di ospedalizzazione e telemedicina) si inseriscono pienamente nel solco della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata e concorrono all'obiettivo di contenere i ricoveri inappropriati.

Poteri e funzioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ha una serie di poteri di programmazione e verifica, che vale la pena ricordare per esteso³⁶:

«È l'organismo attraverso il quale gli Enti Locali, a livello provinciale, esercitano la funzione di indirizzo e di programmazione generale in ambito sanitario e socio-sanitario. Insediatasi nel 1999 e composta da tutti i sindaci dei Comuni della provincia di Parma e dal Presidente dell'Amministrazione Provinciale di Parma.

È costituita da una Assemblea generale composta da tutti i Sindaci dei Comuni e dalla Provincia di Parma.

L'organismo esecutivo è l'Ufficio di Presidenza, composto dai quattro Presidenti dei Comitati di Distretto (Parma, Fidenza, Sud Est e Valli Taro e Ceno) e dal Presidente della Provincia, che è anche il Presidente della CTSS. Le istruttorie tecniche dell'Ufficio di Presidenza sono affidate ad uno specifico Ufficio di Supporto.

Le funzioni della CTSS sono di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo, in particolare:

- a) approva il Piano Attuativo Locale;*
- b) assicura l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali in rapporto agli obiettivi di programmazione e riequilibrio, alla distribuzione e alla accessibilità dei servizi e ai risultati di salute;*
- c) approva i criteri di riparto del FRNA tra i Distretti con l'obiettivo di garantire il riequilibrio territoriale sia a livello finanziario sia nell'organizzazione delle reti dei servizi al fine di assicurare equità di accesso;*
- d) partecipa alla definizione delle priorità degli interventi in conto capitale finanziabili ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003, con gli enti titolari della programmazione distrettuale;*
- e) promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione sociosanitaria previsti dai Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, tenuto conto delle indicazioni del Piano sociale e sanitario regionale e di altri strumenti regionali di indirizzo, anche in attuazione dell'art. 3-septies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;*
- f) promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie, interventi e specifici accordi di programma volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche in considerazione delle criticità e delle priorità di salute individuate nelle programmazioni distrettuali;*
- g) promuove, in accordo con i Comitati di Distretto e le Aziende sanitarie, modalità e strumenti operativi per garantire l'integrazione e il raccordo delle attività in ambito sovradistrettuale, anche tramite specifiche indicazioni regolamentari;*
- h) promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli Enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari;*
- i) verifica periodicamente l'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole ai Direttori generali e alla Regione. A tal fine le Aziende sanitarie mettono a disposizione gli strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare tali compiti e funzioni;*
- j) richiede alla Regione di procedere alla verifica dei Direttori generali, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del PAL, di cui all'articolo 17, comma 1, lettera f) della L.R. 19/1994 e successive modifiche.(art. 3 bis, comma 7, Dlgs 502/1992 oltre che L.R. 29/2004 e L.R. 21/2003).*

³⁶ fonte: <https://www.ausl.pr.it/azienda/organismi/organismi.aspx>

Inoltre la CTSS esprime parere obbligatorio:

sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale a norma dell'articolo 6 della L.R. 29/2004 e successive modificazioni ed integrazioni;

sugli Accordi tra le Aziende sanitarie dell'ambito territoriale di riferimento e le Università, attuativi dei Protocolli di intesa tra Regione e Università, su proposta dell'Ufficio di Presidenza;

sulla nomina dei Direttori generali delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento e sulla verifica del loro operato ai 18 mesi di mandato;

svolge il monitoraggio del processo di attuazione del riordino delle forme pubbliche di gestione di cui alla L.R. 12/2013.

Alla CTSS possono essere conferite dagli Enti locali ulteriori competenze rispetto a quelle previste dalla disciplina regionale, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

Essa deve essere consultata in occasione della nomina dei direttori generali e può persino avanzare la proposta di revoca degli stessi.»

Estensori del Progetto Casa della Comunità

Bruno Agnetti, *MMG e Consigliere comunale Comune di Parma*

Sandro Campanini, *Funzionario pubblico e Consigliere comunale Comune di Parma*

Arnaldo Conforti, *Direttore CSV Emilia*

Giovanni Galli, *Bibliotecario, già Direttore delle Biblioteche Comunali di Parma*

Marco Ingrosso, *Sociologo della salute e della cura, Coordinatore del Progetto*

Daria Jacopozzi, *Insegnante Scuola Secondaria e Consigliere comunale Comune di Parma*

Stefano Lucertini, *Medico, già Direttore Distretto Sud Est AUSL Parma*

Stefania Miodini, *Psicoterapeuta, già Direttrice Asp "Ad Personam"*

Giorgio Pagliari, *Professore universitario e già Senatore della Repubblica*

Franco Prandi, *già Dirigente Ausl di Reggio Emilia*

Contatti

Per contattare il Gruppo Progetto scrivere al Coordinatore: arcrosso47@gmail.com

[Versione finale: 07 novembre 2021]