

Il community building a tutela della salute

Il Decreto Ministero della Salute 10 Luglio 2007, attuativo della Legge 27 Dicembre 2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007), con Ministro Livia Turco, prevedeva la possibilità della “sperimentazione del modello assistenziale case della salute” (Allegato A al Decreto).

Alcune Regioni (Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio) hanno messo in atto, prima in via sperimentale e poi, in alcune realtà, in via definitiva, modelli organizzativi di aggregazione funzionale che riguardano l’assistenza primaria, nonché la continuità assistenziale e il coinvolgimento di differenti professionalità. Anche se in alcuni casi hanno preso denominazioni diverse si tratta sostanzialmente di Centri sanitari polifunzionali in cui, con un servizio h24, attivo nella maggioranza dei casi per sette giorni alla settimana, il cittadino può incontrare il medico di medicina generale, lo specialista, l’infermiere e altri operatori attrezzati per rispondere prontamente alla sua domanda di salute, anche mediante lo strumento della telemedicina.

Con il Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. “decreto omnibus” per la sanità), messo a punto dal Ministro della Salute Renato Balduzzi, particolare attenzione è posta all’assistenza sanitaria territoriale come nodo principale del riordino della rete dei servizi sanitari territoriali.

Si indica la riorganizzazione delle cure primarie, nella consapevolezza che il processo di de-ospedalizzazione, se non è accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento dell’assistenza sanitaria e sociale sul territorio, determina di fatto una impossibilità per i cittadini di beneficiare delle cure. Tra i punti qualificanti del Decreto vi è il richiamo all’integrazione sociale e al sociale a rilevanza sanitaria; così come all’ampliamento ed esplicitazione delle professionalità che dovrebbero “abitare” le Case della Salute (p. es. anche ostetriche, tecnici della riabilitazione, operatori sociali). Considerando la mancanza di risorse e delle necessarie condizioni da parte della maggioranza delle Regioni, l’attuazione del Decreto è a tutt’oggi impossibile da

praticarsi in modo omogeneo su scala nazionale, favorendo declinazioni (interpretazioni e attuazioni) diverse a livello territoriale, creando disuguaglianze tra i cittadini.

In tale contesto un gruppo spontaneo di operatori di differenti professionalità, con differenti affiliazioni e curricula (Gruppo interregionale “Case della Salute/Case della Comunità”), ha attivato una riflessione sull’argomento promossa dalla Fondazione Santa Clelia Barbieri di Porretta Terme (BO) e dalla Fondazione Casa della Carità di Milano.

Il Gruppo di lavoro ha prodotto un documento/manifesto/statuto e ha attivato un percorso per la definizione e validazione di alcuni modelli di “Casa”. In particolare a tutt’oggi sei case/modelli afferiscono al Gruppo di lavoro: Casa della Salute Borgo-Reno di Bologna, Casa della Salute di Copparo (FE), Casa della Salute di Parma, Casa della Salute di Chiaravalle (CZ), Casa della Salute dell’Unione Colline Matildiche di Reggio Emilia, Casa della Carità di Milano.

I valori che hanno guidato il lavoro sinora svolto sono stati rivolti alla tessitura di una rete i cui nodi sono rappresentati dalla **persona, dalla relazione tra pari, dalla salute, dalla comunità e dal welfare.**

E’ in questa rete che la Casa della Salute dovrebbe essere avvolta e caratterizzata per essere: collegata alla comunità, in continua ricerca e sperimentazione per rispondere in modo appropriato ai bisogni della comunità, inclusiva, aperta, completa ed efficiente, relazionale, globale, in ascolto, trasversale alla società, a gestione sociale.

Il primo prodotto del Gruppo è stata la definizione condivisa e basata sull’esperienza di un percorso con cinque azioni base per la costruzione di una Casa della Salute con le caratteristiche di una Casa della Comunità: lettura del contesto, accoglienza, valutazione dei problemi e delle risorse in campo, il percorso della relazione che ha cura, il presidio dell’autonomia raggiunta, la sostenibilità sociale e quello della partecipazione.

Il secondo risultato condiviso è stato la definizione di sei macro obiettivi e relative azioni di sistema come possibili aree di confronto tra le esperienze presenti nel gruppo e di incontro con altre esperienze.

Obiettivi	Azione
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente le persone ad alto rischio di vulnerabilità

Sviluppare una visione condivisa di salute	Promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna Casa della Salute
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura
Favorire il protagonismo della comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati

Il progetto è poi sfociato nel **laboratorio di formazione e benchmarking per il community building a tutela della salute**, una ricerca portata avanti da due università: SDA Bocconi-Cergas e Scuola Superiore Sant'Anna- Istituto di management in collaborazione con FIASO. Infatti l'eterogeneità dei modelli nazionali di Case della Salute non permette di individuare caratteristiche comuni bensì si presta per indagarle in una logica di community building (CB), definibile come un orientamento per il quale i soggetti di una comunità si impegnano a operare congiuntamente nel processo di evoluzione della comunità (Walter, 2004). La logica del CB si addice perfettamente al concetto di Casa della Salute/Comunità che il gruppo interregionale sostiene poiché promuove forme di partecipazione attiva di diversi attori (enti pubblici, privati, associazioni, singoli cittadini, ecc.) volta a rinnovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi, attraverso nuove modalità di partecipazione che alimentano empowerment di comunità, rifondano legami di fiducia e condivisione con un'assunzione di responsabilità collettiva che va oltre l'interesse individuale.

La ricerca vede ad oggi dopo 18 mesi dalla nascita la partecipazione di 30 tra aziende sanitarie, fondazioni e comuni, con lo scopo di intercettare progettualità in ambito di CdS in grado di promuovere un reale welfare di comunità e promuovere innovazioni di CB all'interno delle CdS partecipanti attraverso processi di confronto e apprendimento tra gli attori, infine individuare le caratteristiche di processo e organizzative, tra le esperienze raccolte, che consentono di implementare interventi di CB vincenti anche attraverso un set di misure quali-quantitative di misurazione dei risultati.

La durata del progetto è biennale e si articola in 6 fasi operative:

- Analisi disk rispetto al tema CB, dedicata all'analisi delle esperienze nazionali ed internazionali;
- Selezione degli attori da coinvolgere nel laboratorio;
- Casi studio al fine di ricostruire il ruolo che le CdS svolgono nella logica propria del CB, dedicata all'indagine del ruolo che le CdS svolgono nei diversi territori, evidenziando in particolare modo le funzioni di Welfare di comunità che esprimono localmente;
- Comparazione delle esperienze osservate attraverso Key Performance Indicators di riferimento;
- Realizzazione di 4 workshop per la scoperta sul campo delle progettualità di maggior interesse;
- Elaborazione e diffusione i un positio paper.

Mara Morini