



*XVIII CONGRESSO NAZIONALE CARD
IL DISTRETTO E LE COMUNITA'*

Verso nuove alleanze a favore delle fragilità e della continuità di cura

29 – 31 ottobre, 2020

**Il community building
a tutela della salute**

Mara Morini

Index

1. I riferimenti
2. Il Ruolo delle Case della Salute
3. Il Community building
4. Il Laboratorio di Formazione
5. I Materiali e Metodi
6. I Tempi e lo Sviluppo



I riferimenti

2012 Primo gruppo cittadini-professionisti della sanità sostenuti dalla Fondazione bolognese “S. Clelia Barbieri” poi insieme alla Fondazione “Casa della Carità” di Milano

2014 Elaborazione del Manifesto “Salute bene comune”

2014 Creazione di una **rete interregionale** di buone pratiche per un altro Welfare di Comunità

2015 Gruppo di Supervisione di esperti e ricercatori che accompagnano la valutazione di sostenibilità sociale ed economica di un approccio basato sulla comunità

Le Case 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, poi in alcune realtà in forma definitiva

SALUTE BENE COMUNE

MANIFESTO PER UNA AUTENTICA CASA DELLA SALUTE

Il sistema sanitario del nostro Paese prevede lo sviluppo sul territorio nazionale delle "Case del salute".

A parte il cronico ritardo nella loro effettiva realizzazione - segno, ancora una volta, di una ampia assenza nelle istituzioni di una cultura della salute intesa nel suo significato autentico - laddove si stanno concretizzando presentano le caratteristiche di esperienze di esclusiva riorganizzazione dei soli servizi sanitari.

Per questa ragione e per l'importanza che la questione riveste, le persone, le Istituzioni, le Associazioni che sottoscrivono il presente MANIFESTO, concordano su quanto segue:

Il Manifesto per una autentica Casa della Salute

- 1) La salute è un diritto umano fondamentale ed è un bene comune essenziale per lo sviluppo sociale ed economico della comunità.
- 2) La salute è creata e vissuta negli ambienti dove le persone vivono tutti i giorni: dove imparano, lavorano, giocano ed amano (OMS 1986); superare l'accezione meramente sanitaria del significato di salute significa dare valore ai determinanti sociali che incidono nelle esistenze delle persone e ad una visione unitaria che permetta di superare il tradizionale concetto di bisogno sviluppando, innanzitutto, l'esercizio della responsabilità individuale e collettiva.
- 3) La salute è un bene da perseguire come comunità, in tutte le sue articolazioni di benessere fisico, psichico, affettivo, relazionale, spirituale. Deriva da un mandato costituzionale e implica l'inclusione sociale, giustizia ed equità, il rispetto di sé e della dignità di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa, la partecipazione.
- 4) La salute non è una merce alla stregua di ogni altro oggetto, prodotto e offerto da un mercato nel quale le persone, espropriate di saperi fondamentali, diventano consumatori passivi di prestazioni che le singole istituzioni producono.
- 5) Il miglioramento della salute e del benessere costituisce il fine ultimo delle scelte di sviluppo economico e sociale di una comunità e coincide con l'idea autentica di welfare. Occorre quindi un programma di governo - nelle diverse articolazioni, nazionale, regionale e locale - che abbia come "filo rosso" di tutte le politiche la salute delle persone e delle comunità.
- 6) La salute oggi può rappresentare il luogo di una nuova identità comunitaria, in una società contraddistinta dalla diversità e dalla pluralità e può rappresentare il volano per un recupero della coesione sociale e per l'affermarsi delle relazioni di reciprocità che qualificano e sostengono il vivere stesso nella comunità.
- 7) La comunità è il luogo naturale della cultura e della produzione di salute, a partire dalle risorse e dai saperi in essa presenti: un capitale sociale che va valorizzato e sostenuto per contribuire al superamento delle disuguaglianze e per produrre innovazione e benessere. *Le Istituzioni sociali (scuola, presidi sanitari e assistenziali, organismi culturali e di gestione del territorio, imprese, organi della giustizia) devono configurarsi quali componenti di un disegno unitario e interconnesso nella direzione della salute intesa come bene comune*
- 8) "Il patto sociale per la salute" è lo strumento che - partendo da una adeguata conoscenza della comunità, delle sue risorse e dei suoi problemi - promuove cittadinanza e rafforza il nesso tra comunità, servizi e istituzioni, contro ogni logica settoriale e prestazionistica.
- 9) La casa della salute si propone perciò come luogo in cui:
 - si realizza una nuova identità comunitaria nel segno di un welfare efficace e partecipato;
 - prendono corpo i diritti di cittadinanza, quelli riconosciuti e quelli negati;
 - i cittadini esprimono, attraverso la partecipazione, la consapevolezza dei doveri di solidarietà;
 - le risorse del territorio, comprese quelle istituzionali, si integrano nella costruzione e nel sostegno di azioni condivise per la salute;
 - le persone si sentono accolte, soprattutto le più deboli, riconoscendo il valore delle differenze.
- 10) La casa della salute, così intesa, è un banco di prova per un rinnovato e autentico esercizio della politica, affinché operi avendo il bene comune come primario riferimento della propria azione, partendo dai diritti dei più vulnerabili senza distinzioni di etnia, censo, genere, livello di istruzione.

Il Manifesto per una autentica Casa della Salute

- ❖ La **salute** è un bene da perseguire come comunità in tutte le sue articolazioni di benessere fisico, psichico, affettivo, relazionale e spirituale. Deriva da un mandato costituzionale e implica l'inclusione sociale, giustizia ed equità, il rispetto di sé e della dignità di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come **l'istruzione, il lavoro, la casa, la partecipazione**
- ❖ Il miglioramento della salute e del **benessere** costituisce il fine ultimo delle scelte di sviluppo economico e sociale di una comunità e coincide con l'idea autentica di **welfare**. Occorre quindi un programma di governo-nelle diverse articolazioni, nazionale, regionale e locale- che abbia come filo rosso di tutte le politiche la salute delle persone e delle comunità
- ❖ La **Casa della Salute**, così intesa, è un banco di prova per un rinnovato e autentico esercizio della politica, affinché operi avendo il **bene comune** come primario riferimento della propria azione, partendo dai diritti dei più vulnerabili senza distinzioni di etnia, censo, genere, livello di istruzione

La Casa della Salute e il gruppo interregionale

- ❖ La **Casa della Salute** è la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori dei MMG e di Specialistica ambulatoriale e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale. *Definizione ministeriale www.salute.gov.it*
- ❖ **Il Gruppo interregionale** Bologna, Parma, Reggio Emilia, Ferrara, Catanzaro, Roma, Trento, le Fondazioni di Bologna e Milano individua in ciascuna realtà degli elementi peculiari nella realizzazione di CdS che rispondono agli obiettivi che si pone il gruppo

La Casa della Salute e il gruppo interregionale

- ❖ **La CdS non è:**

- ❖ Il luogo delle sole prestazioni sanitarie, esclusivo della sanità, della delega per la soluzione di problemi individuali, degli specialisti e della tecnologia, dell'esercizio del potere

- ❖ **La CdS come risorsa della comunità:**

- ❖ Spostare sul territorio e nella comunità la maggior parte dell'intervento sanitario
- ❖ Riconsiderare l'intervento sanitario come parte di un disegno più complesso e globale della persona nel suo contesto
- ❖ Garantire pariteticità nella relazione di cura
- ❖ Promuovere l'empowerment delle persone che utilizzano i servizi
- ❖ Valorizzare tutte le risorse sociali e istituzionali presenti nella comunità

I macroobiettivi

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

-
-
- ❖ La Casa della Salute diventa il valore simbolico della “*Comunità come luogo d’incontro, relazione, dove oltre etnie, religione, lingua, esperienze ci si ritrova per costruire le condizioni del vivere e della salute/benessere*”. (Bauman)
 - ❖ Allora la Casa della Salute diventa **Casa della Comunità**
 - ❖ Il nostro lavoro viene presentato in una audizione in **Senato** (Roma 22 marzo 2017) alla **XII Commissione permanente (Igiene e Sanità)** con la proposta di un progetto per la promozione e realizzazione di un nuovo welfare sostenibile di comunità

L'evoluzione

- ❖ Sviluppare uno strumento come la CdS per creare incisività in una comunità e raccogliere intorno a questo le risorse di quella comunità anche culturali, artistiche, sportive ed imprenditoriali. Si tratta delle risorse di prossimità da mettere in rete nella singola comunità. La cdS diventa un simbolo è il luogo non luogo dei sani dei vulnerabili, dei fragili dei disabili ecc.
- ❖ Non si vuole un modello unico, ma avere finalità condivise e modelli flessibili in risposta alle necessità peculiari di un territorio
- ❖ Aprile 2017 incontro con **FIASO e Federsanità, Bocconi e Sant'Anna di Pisa**
- ❖ **I committenti** (Le Fondazioni- Il gruppo interregionale)

Community building il ruolo delle case della salute

- ❖ Il CB (Blackwell-Coleman 2000) è definibile come un orientamento per il quale i soggetti facenti parte una comunità si impegnano a operare congiuntamente nel processo di evoluzione della comunità stessa (Walter 2004)
- ❖ La logica del CB si propone di sperimentare forme di partecipazione attiva di attori di natura diversa (enti pubblici, privati, singoli cittadini, ecc.) volte ad innovare le politiche pubbliche, favorire processi collettivi, attraverso forme innovative di partecipazione delle comunità locali
- ❖ Si costruiscono così percorsi strutturati di empowerment di comunità che mirano a rifondare legami di fiducia, condivisione, assunzione di responsabilità in un'ottica di comunità che va oltre l'interesse individuale
- ❖ In questo ambito le Case della Salute per la vicinanza al territorio e la prossimità ai bisogni delle persone e della popolazione possono svolgere un'importante funzione ricompositiva nella logica del CB.

Laboratorio di formazione e benchmarking per il CB a tutela della salute

- ❖ OBIETTIVI:
- ❖ a) Intercettare progettualità in essere nelle CdS che qualifichino il loro contributo a forme di Welfare di comunità
- ❖ b) Promuovere forme innovative di CB all'interno delle CdS attraverso processi di confronto, formazione e apprendimento reciproco tra gli attori del territorio
- ❖ c) 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 ricerca

- ❖ Le CdS con ruolo di **pivot** nonostante la profonda **eterogeneità che le caratterizza** poiché raggruppano nella stessa struttura i principali protagonisti delle cure primarie (MMG, PLS, Infermieri, specialisti, assistenti sociali...) garantendo una maggiore possibilità di **continuità di cura**;
- ❖ Hanno le potenzialità di mappare i bisogni della popolazione ***Population Health Management***, integrando informazioni dei database amministrativi sanitari con quelli di altri istituti, quali i comuni, degli erogatori sociali, del volontariato definendo programmi d'**interventi di medicina d'iniziativa, di welfare sociale d'iniziativa** coinvolgendo la rete dei servizi sanitari, sociali, promozione dell'**autocura e dell'empowerment dei pazienti e dei loro care giver**, ricomposizione di una società (community building)

Il laboratorio

- ❖ Coinvolgere **30 Aziende**
- ❖ Governance del Laboratorio. Il progetto è promosso, disegnato e supervisionato da un **Comitato di committenza : Gruppo interregionale, Fondazioni S Clelia Barbieri e Casa della Carità, FIASO, CeRGAS SDA Bocconi e Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.**
- ❖ L'operato del Comitato supportato dalla funzione di **Steering Committee** (rappresentanti del Comitato)

Metodi e strumenti di ricerca e formazione

- ❖ Metodologia della **ricerca intervento** - le attività di desk research (analisi sistematica della letteratura) affiancate da azioni di formazione sul campo di trasferimento delle conoscenze e competenze attraverso **workshop residenziali** che coinvolgendo la rete dei partecipanti al progetto consentiranno di comparare le varie esperienze. Infatti in ciascuna azienda partecipante si svolge un case study analysis. Gli studi di caso elaborati in una Survey.
- ❖ Ciascuna **Azienda** definisce gli **attori** partecipanti alla ricerca fra sanitario, sociale, volontariato, altre istituzioni (circa 3/4 componenti)
- ❖ **Durata biennale**

Fasi operative

- ❖ **Fase 1 Analisi desk** rispetto al tema del community building in ambito nazionale e internazionale
- ❖ **Fase 2 Coinvolgimento formale degli attori** del Laboratorio
- ❖ **Fase 3 Individuazione CdS** o strutture simili per ciascuna azienda sanitaria partecipante
- ❖ **Fase 4 Mappatura delle reti degli attori sociali** nei singoli territori al fine di ricostruire il ruolo che le CdS svolgono nella logica propria del CB
- ❖ **Fase 5 Comparazione delle esperienze osservate attraverso Key Performance Indicators** di riferimento
- ❖ **Fase 6 Realizzazione i 6 workshop** per la scoperta sul campo delle progettualità di maggiore interesse
- ❖ **Fase 7 Elaborazione e diffusione di un position paper**

Timeline del progetto

- ❖ Gennaio 2019- Dicembre 2019
- ❖ Gennaio 2020- Febbraio 2021



*XVIII CONGRESSO NAZIONALE CARD
IL DISTRETTO E LE COMUNITA'*

Verso nuove alleanze a favore delle fragilità e della continuità di cura

29 – 31 ottobre, 2020

Mara Morini

morinimara@icloud.com