

Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità

PREMESSA. I DUE OBIETTIVI DELLA PRESENTE RELAZIONE:

- Sistematizzare una idea di Casa della salute - strumento di partecipazione per un nuovo welfare - che ha trovato spazio di concretizzazione attraverso alcune esperienze e ora può offrire alcuni percorsi di lavoro che sviluppano indicatori di valutazione, non solo di processo, ma anche di esito
- Offrire una carta di identità e un percorso possibile per accompagnare la costruzione di un Welfare di Comunità coerente con una idea di salute globale/benessere sociale.

ARTICOLAZIONE DEL CONTRIBUTO:

1. Cambio di prospettiva e valori guida
2. La nostra scommessa parte da una ipotesi organizzativa: la Casa della salute
3. Dal Manifesto "salute bene comune" al confronto guidato di alcune esperienze nazionali
4. Dagli obiettivi ai primi risultati : in cammino verso la valutazione e la documentazione
5. La valutazione degli obiettivi (verso misure condivise)
6. Il significato e gli spazi di manovra per gli obiettivi (frammenti di esperienze)

ALLEGATI:

- A. Il Manifesto
- B. Gli obiettivi

*Follia è fare sempre la stessa cosa e aspettarsi risultati diversi
(Einstein)*

*Non si può risolvere un problema usando la stessa mentalità che lo ha creato
(Einstein)*

1. Cambio di prospettiva e valori guida

Studi internazionali accreditati ci danno una stima dell'impatto di alcuni fattori sulla salute/benessere delle persone e delle comunità, individuando come le dimensioni socio-economiche e gli stili di vita, contribuiscano per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Ci si potrebbe addentrare in questa distinzione e sottolineare quanto sia importante la conoscenza e la riappropriazione da parte dei singoli e delle collettività di un disegno sociale in grado di orientare l'insieme delle variabili che influenzano la salute. E di come per certi versi sia da ricondurre il tutto ad una questione di conoscenza (come del resto sottolinea l'Europa nella sua strategia formulata a Lisbona nel 2000). Le diverse dimensioni non sono separabili, aldilà dei contributi specifici, ciò che diventa cruciale sono le connessioni tra le diverse parti. Le politiche di welfare, inteso nella sua accezione di risorsa della comunità, si traducono in esercizio democratico delle forme del vivere collettivo; non sono separabili e non si possono identificare con l'una o con l'altra delle azioni che contribuiscono al benessere.

Siamo convinti che la salute sia il risultato di diversi contributi e della partecipazione consapevole delle persone al progetto sociale. La crisi del welfare è crisi di connessioni, di visione e di progettualità che scaturisce da valori socialmente condivisi: questa crisi ha prodotto distanze, separazioni, perdita di senso del vivere collettivo, dell'essere comunità. Non è solo e, forse, non è tanto carenza di risorse quanto spreco, incapacità di cogliere le risorse del sistema sociale, di metterle in rete proponendo una nuova dimensione di comunità come bene comune di cui ognuno è responsabile e soggetto protagonista.

Da qui discendono i nostri valori guida su cui ci siamo incontrati, confrontati al punto da dividerne contenuti e traduzioni nella pratica:

- **Persona.** La persona concepita come *unicum*, irripetibile con la quale, in quanto professionisti, si entra in relazione partendo dal *chi è* e non dal *che cosa ha*, che rimane titolare del proprio progetto di salute.
- Da questa idea di persona scaturisce una necessaria diversa concezione della **relazione che ha cura**, che diventa innanzitutto una relazione paritetica, forte della possibilità di mettere in comune diversità di risorse, attese, valori e bisogni. Il servizio che ne scaturisce non è tanto quello che il professionista fornisce, ma diventa l'esito della relazione, dove le competenze di ognuno si compenetrano e si arricchiscono.
- **Salute.** Intesa come condizione dinamica, progetto perseguito, creato e vissuto dalle persone negli ambienti in cui vivono la vita di tutti i giorni; dove imparano, lavorano, giocano e amano. Dove la condizione globale della persona evidenzia le connessioni necessarie tra aspetti individuali, fisici, sociali, economici, relazionali, psicologici, affettivi e spirituali. La salute in questa accezione diventa un bene comune, qualcosa che è parte della comunità, la ragione stessa dell'essere comunità.
- **Comunità.** Salute è la comunità, l'insieme delle relazioni di reciprocità che in essa instauriamo e che ci "rassicurano" perché "... in una comunità possiamo contare sulla benevolenza di tutti. ... Aiutarci reciprocamente è un nostro puro e semplice dovere, così come è un nostro puro e semplice diritto aspettarci che l'aiuto richiesto non mancherà". Ci si presenta l'opportunità di

sostenere che la salute non può avere un luogo, essendo uno “status” derivante dal convergere di azioni diverse, educative, culturali, sociali, sanitarie, ambientali, di giustizia sociale e di equità nella distribuzione del reddito.

- **Welfare.** La salute così intesa, cioè bene comune e ragion d’essere della comunità, ha il suo fondamento nel sistema di “welfare” che ogni comunità si dà, come strumento ed evidenza di democrazia. Il “welfare” non è un costo quanto un investimento complessivo della comunità, un insieme di regole, di forme concrete di relazione basate sull’uguaglianza e la reciprocità, un orientamento delle risorse per garantirne l’effettiva pratica sociale.

2. La scommessa parte da una ipotesi organizzativa ministeriale: la Casa della Salute

Nel 2007, il Ministro Livia Turco, riprendendo una idea dell’Assessore della regione Toscana Bruno Benigni, ha lanciato l’idea della Casa della Salute, come strumento di riorganizzazione delle Cure Primarie ma più in generale come “la sede pubblica in cui la Comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale e dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione” (B.Benigni).

La proposta, contenuta nel **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 hanno nel tempo, seppure in modo diverso dalle indicazioni nazionali, 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.

La proposta evidenzia come servano connessioni ; la Casa della Salute nasce come una sollecitazione in tal senso, anche se rimane forse ancorata ad una visione parziale del Welfare proponendo di mettere in connessione soltanto sanità e sociale

Ma la salute ha uno spettro più ampio, abbraccia tutte le dimensioni del vivere sociale e un sistema di welfare è sostanzialmente la forma storica con cui una comunità concretizza la propria idea di democrazia.

Ci preme sottolineare che la salute non è appannaggio di alcuna Istituzione, ma è una “costruzione sociale” che si identifica con l’idea stessa di welfare. La scommessa è che i luoghi dell’educazione/formazione, i luoghi della gestione del territorio, i luoghi della cultura, quelli del vivere civile, quelli della cura delle malattie e del disagio, i luoghi della produzione - per fare degli esempi - siano considerati, tutti, luoghi della salute.

La nostra scommessa è la “Casa della Comunità” intesa come luogo della relazione, dello scambio, della sintesi, il “luogo dei luoghi” in cui “oltre” le etnie, la religione, la lingua, le esperienze storiche e i “mandati” formali, ci si ritrova per costruire le condizioni del vivere e della salute/benessere dove, cioè, si concretizza la “voglia di comunità”.

Non si pensa tanto a un luogo fisico “onnicomprensivo” ma a qualcosa che sappia interconnettere esperienze, costruisca opportunità di scambio, apra orizzonti nuovi e diversi da quelli che le singole parti possono, anche con la massima buona volontà, mettere in campo.

È il “luogo dei luoghi” che dà legittimità e senso all’intera vita comunitaria. Può essere anche la “casa della salute” che l’Istituzione sanitaria sta costruendo, ma immaginandosi a due livelli, quello del suo

contributo (in termini di servizi sanitari e sociosanitari) e quello della voce della comunità e delle persone che la abitano.

Immaginare un “luogo unico” è quasi impossibile, per la complessità dei problemi, per la ricchezza delle esperienze sociali a ogni livello, per un bisogno profondo di libertà che coinvolge percorsi diversi di ricerca di protagonismo sociale.

Quello cui si vuole arrivare, è un luogo che:

- ✓ Garantisca la relazione e la valorizzazione di tutti i contributi, delle persone e delle diverse esperienze. È il luogo cioè in cui ognuno “si sente a casa”, contribuisce al progetto e presidia il cammino;
- ✓ Favorisca, ricerchi e solleciti lo scambio, il confronto tra punti di vista, tra segmenti diversi della vita comunitaria come condizione per il progetto sociale comune.
- ✓ Dia voce alle differenze, come ricchezza presente nelle diverse comunità, (perché non esistono sguardi oggettivi e privilegiati sulla realtà e non esistono a priori soluzioni assolute ai problemi) e sappia ricomporre i diversi frammenti che possono contribuire al benessere di una comunità.

In quest’ottica diventa cruciale un orientamento non formale alla gestione sociale del sistema salute della comunità, che rispetti lo specifico di ogni contributo ma nello stesso tempo garantisca le necessarie connessioni per arrivare allo scambio di informazioni, alla progettualità comune, conseguente ad una analisi condivisa dei problemi e delle risorse, alla costruzione di percorsi integrati in modo da “avere cura” della persona e della comunità e non solo erogare prestazioni, alla valutazione dei risultati che sono per un verso risultati di offerta ma, soprattutto, esiti sul benessere sociale che è anche conoscenza, consapevolezza critica e partecipazione.

E’ questa la sfida della politica, del governo cioè della “polis”, quella, come recita il Manifesto al punto 10, che ha 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 diventa metafora di questo impegno diffuso, guidato dall’Ente locale, offrendo una opportunità per concretizzare l’incontro, lo scambio, la progettualità e il presidio permanente della vita collettiva. Significa trasformare la comunità che così si caratterizza per la pratica della solidarietà, per una responsabilità diffusa dove ognuno è parte attiva di un progetto di Welfare che sia democrazia e reciprocità. Anche perché la politica è in primo luogo quella dei cittadini che si impegnano per la garanzia di tutti i beni comuni come condizione per il benessere individuale e collettivo. Se volessimo tracciare una carta di identità della casa della salute si potrebbe pensare a questi nove attributi che la caratterizzano:

Attributi	Specificazione
Collegata alla comunità, interprete dinamica della sua identità	Le comunità si appoggiano ad Istituzioni specifiche come risorsa per affrontare i problemi di salute/benessere. Diventano aspetti del vivere sociale, della democrazia e del welfare ... come non perdendo di vista il contesto che le legittima e le anima.
In continua ricerca e sperimentazione	In sintonia con la vita sociale evolvono e contribuiscono a migliorare la qualità della vita /benessere della collettività. Le routine prestazionali sono mortifere e delegittimano le Istituzioni
Inclusiva.	Se la salute è il disegno del benessere della comunità e delle persone che la abitano, nessuna istituzione è autosufficiente, ma ha bisogno dell'intero contesto. Inclusiva perché capace e attrezzata culturalmente e strutturalmente per accogliere ma ancora prima per riconoscere il valore fondamentale delle differenze come elemento unificante
Aperta	Ritorna la questione della salute come progetto sociale. La casa della salute dovrebbe saper rendere visibili, condivisibili, evitabili tutte le situazioni di assenza di cittadinanza: per marginalità, esclusione, solitudine, povertà, malattie: elementi questi che tolgono autonomia, riducono la libertà e la capacità di essere protagonisti.
Diffusa e Interconnessa.	La Casa della Salute non può essere tout court un luogo: dovunque nella comunità si realizza il disegno di salute. Chi oggi introduce il tema salute nella sua accezione globale di benessere (OMS) rileva la necessità di interconnettere 12 dimensioni diverse per tale benessere (ambiente, salute fisica, psichica e spirituale, benessere economico ,istruzione e formazione, lavoro e conciliazione tempi di vita, relazioni sociali, sicurezza ,benessere soggettivo).
Relazionale	Implica riduzione della asimmetrie tra le parti, pariteticità, reciprocità e alleanza attorno a valori comuni. La relazionalità va oltre la logica della sussidiarietà perché riconosce l'unitarietà del disegno sociale e responsabilizza tutti gli attori sociali.
Globale	Nelle logiche della complessità dove le parti comprendono il tutto e il tutto non è la somma della singole parti, costruire una mappa dei bisogni e delle risorse della comunità e immaginare che le risorse della Comunità (dal Capitale Sociale, alle Strutture, alle risorse economiche e umane ...) siano sullo stesso tavolo e la loro "distribuzione" sia legata alle priorità e ad un uso integrato delle stesse.
In ascolto onesto	Aprire le porte alla comunità comporta scoprirsi vulnerabili, scoprire che si ha bisogno del contributo di tutti, che non si è in grado di fare tutto. Allora l'idea di un patto sociale che definisca le risorse in campo e le priorità diventa ineludibile come premessa per ripensare al ruolo di ognuno rispetto al disegno di salute.
Con una "logistica" trasversale alla società	Nel tempo la Casa della Salute dovrebbe poter essere riconosciuta come punto di sintesi della complessa rete delle risorse della comunità.
A gestione sociale	Tutte le rappresentanze sociali sono attivate e la direzione (ovviamente non degli aspetti tecnici dei servizi e delle diverse componenti istituzionali che sono di norma anche collocate in punti diversi del territorio) può essere garantita attraverso forme elettive previa definizione dei requisiti per la funzione. La partecipazione è in questo senso anche "controllo" delle coerenze sociali di sistema

3. Dal Manifesto “salute bene comune *” al confronto guidato di alcune esperienze nazionali

Nel corso del 2013 e nella prima metà del 2014 un gruppo di professionisti dei servizi alla persona, di docenti universitari e di responsabili di Istituzioni sanitarie - su iniziativa di due Fondazioni che da anni si dedicano ai temi del welfare di comunità - ha approfondito e condiviso le tematiche della salute come progetto sociale arrivando a formulare il “Manifesto salute bene comune- per una autentica casa della salute” orientando il lavoro in tre direzioni: quella dell’approfondimento delle basi scientifiche del tema, quello della ricerca di scambio e confronto sulle buone pratiche, quello della sperimentazione concreta di percorsi di innovazione possibili partendo dalla realtà sociale.

Si è andato delineando negli ultimi due anni un gruppo interregionale con la presenza di esperienze diverse per origine istituzionale, per livello di radicamento sociale e per tipo di governance, per processi avviati e per storie organizzative.

- **Bologna** (esperienza della Casa della Salute di Via Borgo Reno) iniziativa a guida azienda Usl che ha come elemento portante la riorganizzazione dei servizi sanitari;
- **Ferrara** (esperienza della Casa della Salute di Copparo /Terre e Fiumi) che è partita da un’esigenza di superamento dell’Ospedale ed ha consolidato anche un’attività di ricovero con 20 pl nella logica dell’Ospedale di Comunità. La gestione vede coinvolti con molto impegno gli enti locali;
- **Parma** con la sua rete di Case della Salute consolidate negli anni in tutto il territorio provinciale con una valenza preminente di organizzazione dei servizi di Cure Primarie in rete con i servizi sociali;
- **Catanzaro** (esperienza della Casa della Salute di Chiaravalle) anch’essa partita di un’esigenza di chiudere una struttura Ospedaliera, ha accompagnato un percorso partecipativo di tutta la comunità integrando servizi sanitari, sociali e culturali;
- **Reggio Emilia** (esperienza della Casa della Salute dei Comuni delle Colline Matildiche) che vede i tre comuni coinvolti in un percorso di partecipazione sociale, insieme alla nuova Casa della Salute, finalizzata ad accompagnare un approccio alla salute e ai servizi orientato al welfare di comunità;
- **Milano** (esperienza della Casa della Carità) che si propone come risorsa del contesto sociale con una vocazione forte alla marginalità sociale.

Queste sono le sei realtà che si stanno misurando direttamente sugli obiettivi e sulle modalità di lavoro condivise. Nel Corso del 2016 è entrata nel gruppo una settima esperienza, quella della casa della salute di **Torbellamonaca (Roma 2)**. Altre esperienze, per situazioni contingenti non sono rappresentate ma comunque lavorano con gli obiettivi e i valori condivisi nel gruppo di cui sono parte importante (richiamiamo la **Fondazione santa Clelia Barbieri dell’Appennino bolognese** che è tra l’altro una delle due Fondazioni che ha accompagnato la stesura del Manifesto, e la cooperativa **SAD di Trento** o anche **Carbonia** Iglesias ora in fase di revisione Istituzionale.

L’impegno del gruppo si è orientato da subito a ricercare elementi su cui costruire racconti delle esperienze, documentazione dei risultati (anche parziali) raggiunti, immaginare tracce comuni attraverso cui identificare una Casa della Salute con le caratteristiche di Casa della Comunità.

Ci sono due risultati del gruppo che possono essere convincenti:

★ Una traccia di lavoro che dovrebbe accompagnare le scelte professionali e organizzative di tutti i soggetti (istituzionali e non) nell’accogliere, contestualizzare, approfondire bisogno e risorse, costruire percorsi partecipati di cura e accompagnare le persone nel loro ritorno alla vita ordinaria. Ne è scaturita una mappa per orientarci e dare un senso al fare di ciascuno, utilizzando parole chiave importanti come alleanze, continuità, consapevolezza, partecipazione, creatività. Ne è nata una griglia di lavoro (che

abbiamo chiamato *“Possibile percorso per guidare la riflessione e l’accompagnamento di esperienze orientate alla costruzione di “Case della Salute/Case della Comunità”*) con l’intento dichiarato di offrire a tutti i soggetti un percorso con cinque azioni base a sostegno del lavoro che ha cura della salute/benessere (lettura del contesto, accoglienza, valutazione dei problemi e delle risorse in campo, il percorso della relazione che ha cura, il presidio dell’autonomia raggiunta). Accanto a queste cinque tappe, che per noi fondano il lavoro di cura, abbiamo posto due traccianti guida: quello della sostenibilità sociale e quello della partecipazione.

	TAPPE	SIGNIFICATO
Tappe e contenuti di ogni lavoro “che ha cura”	Conoscenza del contesto	È la disponibilità per tutti (cittadini e Istituzioni) della conoscenza e dell’accesso al capitale sociale (valori, storie e relazioni, risorse, problemi) il cui utilizzo è il risultato di un’alleanza tra tutti nella logica della valorizzazione dei talenti della comunità.
	accoglienza	... Andare verso le persone, cercarle e farle sentire parte e non solo utenti ... ognuno si sente a casa sua e non importa da dove inizia questo cammino. Il Punto Unico di Accoglienza è una risorsa diffusa del contesto sociale.
	Valutazione dei problemi e individuazione delle soluzioni	... ed è l’insieme delle competenze e delle opportunità del contesto che entrano a definire cosa può e deve essere messo in atto a sostegno del progetto di salute della persona e del gruppo sociale. Evitando lo sguardo parziale del mandato Istituzionale ma osservando e agendo in una logica “multicentrica” (professionale e Istituzionale)
	Il percorso della “relazione che ha cura	Evitare il rischio della parzialità degli sguardi va di pari passo con la necessità di accompagnare la persona nella ricerca di soluzioni adeguate. Riconoscendo che una relazione che ha cura non può esaurire il suo mandato con il fare bene la propria parte ma richiede la costruzione delle connessioni per un disegno di sistema /persona/comunità contribuendo ad attivare tutte le potenzialità/opportunità del contesto
	L’autonomia raggiunta (che “comprende”, superando dimissioni e follow-up)	Si sposta il “fuoco” dall’Istituzione alla persona e si pone l’accento sulla “unicità” della storia di ognuno che non può essere letta come sommatoria di eventi. In fondo è “la domiciliarità” che viene ribadita, nella sua accezione ampia di esperienza comunitaria e le Istituzioni rappresentano contributi fondamentali, ma pur sempre contributi, nell’evoluzione della storia naturale della salute/malattia.
Traccianti comuni	Garanzia di sostenibilità sociale	Sostenibilità sociale come sineddoche di una visione complessiva del vivere collettivo: economia, relazioni, efficacia organizzativa, sviluppo della partecipazione come valore che realizza pienamente la persona, coesione sociale e sviluppo del capitale sociale basato sulla reciprocità e sul riconoscimento del valore delle differenze. E’ condizione e priorità per la garanzia del sistema di welfare.
	Partecipazione sociale	Esserci e condividere” sono i passaggi cruciali della partecipazione, passaggi che ci portano alla reciprocità, al calore della relazione non formale e quindi al superamento della dimensione puntuale, legata a interessi immediati, a logiche strumentali. E’ una provocazione sociale continua perché non si accontenta di rappresentarsi socialmente ma vuole scegliere tra alternative ,costruisce percorsi, contribuisce alle soluzioni

★ 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. Nessuna pretesa di omologazione, come detto, ma alcuni traccianti di lavoro dovrebbero permettere di analizzare/valutare il lavoro e individuare le coerenze possibili con i valori che fondano l'idea/progetto di casa della salute/casa della comunità. Partendo da questi si è provato a dare una prima mappa di possibili indicatori che, rispettando le specificità, possano favorire un cammino, dandone evidenza attraverso elementi anche innovativi. E' indubbio infatti che sia necessario ricostruire anche nuovi percorsi di valutazione, orientando la stessa verso viste che da una parte sollecitino i professionisti a investire dando loro evidenza di senso al lavoro quotidiano e dall'altra ricercare le connessioni con il progetto di salute della comunità. Quello che ci sembra oggi invece vincente è forse la dimensione autoreferenziale che si avviluppa sulle questioni gestionali e di equilibrio di budget attraverso la rappresentazione di ciò che si è fatto piuttosto che di ciò che potrebbe essere utile alla qualità della vita delle persone e della comunità, dove le cose fatte sono il contributo e non il risultato. Viene da recuperare una puntuale definizione di Normann che dice che "le organizzazioni vanno misurate non tanto su ciò che fanno ma sulla loro capacità di creare le condizioni per il successo delle finalità per cui sono state originate: in primo luogo favorire relazioni significative tra i diversi interlocutori sociali e professionali che le definiscono"

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

4. Dagli obiettivi ai primi risultati : in cammino verso la valutazione e la documentazione

Gli obiettivi che abbiamo condiviso rappresentano per noi "la carta di identità" di una Casa della salute/Casa della Comunità come la concepiamo e pertanto essi diventano anche gli elementi sui quali impostare valutazioni e documentazioni.

Serve però chiarire due aspetti che ci stanno accompagnando nello sforzo di costruzione di traccianti/indicatori/misure per la valutazione, per evitare equivoci e soprattutto per dare un senso alla valutazione stessa:

- Innanzitutto cosa vorremmo fosse la valutazione. Coerentemente con una idea di **salute bene comune** si vorrebbe che questa concezione fosse al centro del percorso valutativo; certo è importante anche presidiare i contributi di ogni singola istituzione e documentare efficienza e produttività. Ciò rappresenta comunque un aspetto strumentale che poco dice su come “cambiano le condizioni di salute della persona e della comunità”, sull’efficacia complessiva del contributo specifico e della connessioni che questo ha con il contesto in cui viene proposto.

Si vorrebbe dare un significato diverso alla valutazione: connettere tra loro i diversi aspetti dell’agire sociale e organizzativo e fornire elementi di comprensione dei fenomeni che influenzano la salute/malattia/benessere della comunità.

Questo aspetto peraltro avrebbe un effetto importante sui diversi attori professionali e sociali in quanto rappresenterebbe il senso profondo dell’azione specifica, motivandone impegno e partecipazione. Ci si è interrogati sostanzialmente sui diversi interlocutori della valutazione mettendo in collegamento, tra loro, le Istituzioni, la comunità e i professionisti. Per questi ultimi in particolare ci interesserebbe proprio costruire mappe e contributi in funzione di valori guida che permettano loro di cogliersi non tanto come prestatori d’opera soltanto, ma come protagonisti di un disegno sociale di salute, nella sua accezione di benessere globale.

- Il cammino è iniziato e siamo consapevoli che la strada è lunga, complicata anche, certamente complessa. Ci sembra importante in questa fase sottolineare, partendo dagli obiettivi/identità della Casa della Salute/Casa della Comunità, e cogliere frammenti di esperienze che diano **evidenza della fattibilità** di un cammino diverso, dove anche le risorse si ridefiniscono sulla base di progettualità condivise, aperte a tutte le istanze sociali.

Con un’attenzione a indicatori ad ampio spettro che facciano luce sugli aspetti di struttura e di esito oltre che su elementi di processo, che saranno comunque parte del monitoraggio istituzionale ma che più di altri rischiano di fissarsi sullo specifico di ogni mandato e quindi poco rappresentativi di dinamiche sociali, ampie, ricche di sfumature e a volte scarsamente rappresentabili con numeri e cifre. Ricordando quello che dice Einstein - giocando sul verbo “contare” - “che non è detto che tutto ciò che si può contare sia ciò che conta davvero mentre ciò che conta non sempre può essere contato”

5. La valutazione degli obiettivi

Come già detto si sono condivisi sei obiettivi che, a nostro modo di vedere, dovrebbero essere lo spartiacque tra le logiche settoriali istituzionali e una diversa impostazione del lavoro di comunità nelle direzioni dell’ “avere cura” e quindi accompagnare la ricerca della salute/benessere che è la finalità ultima della Casa della Salute, il “bene comune” per eccellenza.

Per ciascuno di questi obiettivi si è pensato di proporre una loro puntuale definizione, una prima indicazione di possibili misuratori e una esperienza che sta sviluppando in modo concreto alcune di queste misure. Per nessuna esperienza ci sono dati e misure complessive rilevate; si tratta infatti di percorsi avviati, in divenire, aperti al confronto perché complessi e ricchi di sfumature.

Le semplificazioni sono, almeno per noi, l’anticamera della autoreferenzialità e dell’ignoranza dei valori che guidano l’abitare la comunità in modo consapevole e responsabile. Quindi, come già detto, non si pensa a misure univoche per le diverse esperienze, quanto piuttosto ad un impegno di

ognuna a “documentare” risultati, anche parziali, attraverso misure da ricondurre ai diversi obiettivi, come espressione concreta di un cammino coerente e condiviso.

Abbiamo provato a trovare misure comuni, con risultati molto limitati e con rischi evidenti di semplificazione. Per questo la scelta di offrire, per ogni obiettivo, uno spettro di “aree di interesse” coerenti dove le singole storie e le specificità possono ricavare spunti utili alla loro “documentazione” ci è sembrato il modo più idoneo, sia per dare evidenza ad un cammino, sia per rispettare i tempi di ogni esperienza.

Le sei schede corrispondenti agli obiettivi sono perciò la nostra prima “documentazione”: partendo però dai contributi specifici offerti dalle singole esperienze (e pubblicati sulla Rivista R&P Ricerca e Pratica dell’Istituto Mario Negri nel corso del 2016) ci sono alcune costanti che vogliamo evidenziare:

- ✓ Il rapporto con la comunità attraverso incontri pubblici, gruppi di cittadini, la costruzione di strumenti permanenti per l’ascolto, la realizzazione di momenti di sensibilizzazione e coinvolgimento in pratiche di promozione, dai gruppi di cammino alle carte dei servizi della comunità, al forum di cittadinanza ...);
- ✓ Il forte coinvolgimento delle Associazioni del territorio che assumono un duplice funzione di “sensore” (fino a diventare punti di accoglienza, ascolto e orientamento) e di “soluzione” a diversi problemi a valenza sociale, sia con una funzione di promozione ed educazione che di sostegno a processi di autocura;
- ✓ La mappatura, in forme diverse, delle “fragilità” sociali e sanitarie come preconditione per “andare verso” e prevenire l’insorgere o l’aggravarsi di bisogni ancora più complessi;
- ✓ Forme di rilevazione della percezione dei cittadini (customer satisfaction) e delle proposte di miglioramento dei sistemi di offerta che sempre più si connotano come integrati, almeno tra sociale/assistenziale e sanitario;
- ✓ Domande evase, sia nella dimensione temporale sia soprattutto come ricerca di appropriatezza e di lavoro multi professionale che prelude a forme di alleanza, oltre i confini istituzionali e le forme organizzative tradizionali, anche se ancora lontane da logiche di sistema;
- ✓ Il controllo dei percorsi di cura di alcune “fragilità” (es ricoveri ospedalieri, l’uso corretto delle risorse, il consumo dei farmaci, lo sviluppo di consapevolezza e di autonomia della cura);
- ✓ La formazione continua sia specifica delle professioni della sanità e dei servizi socio assistenziali che iniziative inter-istituzionali ed in alcuni casi aperte a persone della comunità (associazioni e/o familiari): il tema è il lavoro di squadra e la costruzione di strumenti che lo sostengano e ne permettano un monitoraggio continuo;
- ✓ L’avvio di esperienze di budget di “Casa della Salute” con la creazione di “cruscotti” per il monitoraggio. E’ ancora una vista interna alla Istituzione sanitaria ,ma è comunque una condizione di avvio che se trova nelle Amministrazioni locali una sensibilità adeguata può essere il punto di partenza per mappe delle risorse e per collaborazioni concrete,

anche partendo dal mettere in comune risorse economiche, professionali e informative, da cui discende, per una parte almeno, la sostenibilità.

Sono tutti elementi importanti di un disegno, non certo la soluzione delle questioni connesse alla **Valutazione** che deve, a nostro modo di vedere, aprirsi in modo puntuale a **misure** dello stato di salute/benessere che è anche coesione sociale, partecipazione e nuova consapevolezza critica, e ancora offrire elementi conoscitivi sull'uso consapevole dei servizi, lo sviluppo di forme nuove di gestione delle risorse e di innovazione organizzativa, solo per sottolineare alcuni aspetti che sottendono il ragionare sulla Casa della Salute. Ancora una volta si presenta cioè la necessità di riformulare sulla base di nuovi paradigmi anche le misure che presidiano i risultati e i processi adottati per ottenerli. Con tre riferimenti importanti e imprescindibili: la qualità della vita della comunità, i professionisti che a diverso titolo sono impegnati nel costruire una comunità di welfare/benessere per i quali il senso profondo del loro lavoro non deve mai sfuggire o confondersi con le logiche efficientistiche e infine il sistema dell'offerta, con l'attenzione all'efficienza/efficacia, alla produttività e al lavoro di sistema, delle alleanze e del valore della rete.

ALLEGATI:

★ Il Manifesto Salute bene comune/ Per una autentica casa della salute

1. **Andare Verso**
2. **Cercare chi non arriva**
3. **Sviluppare una visione condivisa di salute**
4. **Rendere operativa la sostenibilità tecnica ,sociale ed economica**
5. **Favorire il protagonismo della persona**
6. **Favorire il protagonismo della comunità**