

A cura del
Gruppo interregionale “Case della Salute”

ALLEGATI

A. Il Manifesto Salute bene comune / Per una autentica Casa della Salute

B. Gli obiettivi (*):

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

(*) Ogni obiettivo viene proposto con tre passaggi:

- **Una definizione ,dal nostro punto di vista, dell’obiettivo;**
- **Una traccia dei “territori” dove possono essere definite le misure/indicatori.** Questo aspetto è importante perché apre alla possibilità ,per ogni esperienza, di definire le misure coerenti con il contesto, la storia e i tempi di sviluppo della Casa della Salute;
- **Una terza parte presenta un frammento di esperienza di una Casa della salute sullo specifico obiettivo.** Ogni esperienza ha elementi che si ricollegano all’obiettivo; la scelta ha lo scopo di semplificare la narrazione ma soprattutto vuole sottolineare come sia “possibile” affrontare e risolvere i problemi di salute dentro contesti precisi.

ALLEGATO A

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:

- 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.

ALLEGATI B)

Gli obiettivi (*):

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

(*) Ogni obiettivo viene proposto con tre passaggi:

- **Una definizione ,dal nostro punto di vista, dell'obiettivo;**
- **Una traccia dei "territori" dove possono essere definite le misure/indicatori.** Questo aspetto è importante perché apre alla possibilità ,per ogni esperienza, di definire le misure coerenti con il contesto, la storia e i tempi di sviluppo della Casa della Salute;
- **Una terza parte presenta un frammento di esperienza di una Casa della salute sullo specifico obiettivo.** Ogni esperienza ha elementi che si ricollegano all'obiettivo; la scelta ha lo scopo di semplificare la narrazione ma soprattutto vuole sottolineare come sia "possibile" affrontare e risolvere i problemi di salute dentro contesti precisi.

B.1 ANDARE VERSO

Per far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza.

Si vuole sottolineare la necessità di uscire dalle stanze delle Istituzioni per scoprire le storie di ogni persona, essere dentro i contesti di vita, valorizzare i luoghi della vita quotidiana, costruendo punti di ascolto, anche informali, delle persone, dei gruppi sociali e delle diverse componenti delle Istituzioni, per cogliere anche i segnali deboli, diritti negati, marginalità sociali che difficilmente sarebbero evidenti (si pensi alle fragilità sociali, alle nuove povertà, alle diverse forme di “fatica del vivere”).

Significa dare forma ad una epidemiologia di cittadinanza capace di capovolgere il punto di vista rispetto ai bisogni e alle possibilità, evitando di concentrarsi solo sul “mandato Istituzionale”. Così da valorizzare il capitale sociale come luogo e opportunità di informazione (si pensi ai diversi luoghi della vita quotidiana, dal negozio di prossimità alle diverse aggregazioni sociali, come ad esempio il bar, il circolo, la sede delle associazioni sportive, le parrocchie) ricostruendo storie di vita, dove i diversi punti di vista si incontrano e ridefiniscono possibilità di coordinamento.

Le misure possono essere ricercate:

- Nella presenza di punti di ascolto e accoglienza diversificati e in rete tra loro (reti URP, anagrafi locali);
- Ruolo informativo delle diverse componenti sociali sia formali che informali (il volontariato è risorsa informativa fondamentale - cfr. obiettivo 6);
- Organizzazione del PUA della Casa della Salute/Casa della Comunità, rispetto alle figure professionali presenti, agli ambienti utilizzati per l'accoglienza, ai tempi di apertura, alle modalità di scambio delle informazioni;
- Reti informative presenti nel contesto e modalità di scambio e integrazione
- Incontri tra le diverse componenti sociali con obiettivi di connessione delle diverse forme del capitale presente nella comunità e per costruire linguaggi comuni;
- Incontri tra le diverse professionalità e le diverse Istituzioni: per linguaggi comuni e scambio di informazioni. Ogni professionista accoglie, analizza, scopre e orienta bisogni e opportunità;
- Problemi “scoperti” e piani integrati tra le risorse istituzionali e sociali: situazioni in cui si sono costruite alternative e/o soluzioni a prevalenza non istituzionale (compresa non istituzionalizzazione, ospedalizzazione, responsabilizzazione delle reti familiari e sociali ...)
- Presenza di “ sensori informali” e relative modalità di scambio e lavoro comune.
- Evidenza, monitoraggio e riduzione delle situazioni di non benessere (deprivazioni, marginalità sociale, solitudine, disagio del vivere, declino cognitivo, relazioni compromesse ...)

La casa della salute di Copparo (Ferrara)

La provincia di Ferrara con 354 .000 abitanti ha un indice di invecchiamento tra i più elevati della Regione Emilia-Romagna (26,77 per mille, media regionale 23,18), con un decremento della popolazione residente, negli anni, superiore al resto della Regione (-0,78% a fronte del -0,41%).

Dal punto di vista economico, il reddito medio pro-capite è pari a 19,26 migliaia di euro (media Regione Emilia - Romagna 22,35 migliaia di euro), con una bassa concentrazione di attività produttive.

L'ambito territoriale di riferimento per la CdS Terra e Fiumi è rappresentato dai Comuni di Copparo, Tresigallo, Formignana, Berra, Ro Ferrarese, Jolanda di Savoia in UNIONE (Unione Terre e Fiumi). Gli abitanti sono 35.650. La zona è di pianura a prevalente attività agricola; artigianato e imprenditorialità scarse.

La Casa della Salute Terra e Fiumi è un presidio del Distretto Centro Nord, la cui gestione complessiva è affidata alle Cure Primarie che, in stretta sinergia con la direzione del distretto, coordinano le attività

erogate, curano le interfacce con i servizi sociosanitari e le diverse espressioni del tessuto sociale del territorio. La casa della salute è il risultato di una riconversione di struttura ospedaliera

Il **Punto di accoglienza sociosanitario** della Casa della Salute di Copparo (Ferrara) con la presenza di un infermiere, un assistente sociale, un Medico di Medicina Generale dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00, (ambulatorio H12)intercetta bisogni già individuati, talora invece confusi, li decodifica e procede ad una presa in carico sanitaria (es. un trauma lieve con sospetta frattura) oppure sociosanitaria (es. la richiesta di un assegno di cura) oppure solo sociale (es. un trasporto o un pasto a domicilio), avendo a disposizione percorsi predefiniti integrati e condivisi (con i servizi specialistici, con l'unità di valutazione multidimensionale, con i servizi sociali dei comuni).

Sui casi che si presentano come "complessi" la presa in carico avviene da parte di un gruppo multi professionale chiamato "dei casi complessi" che mette insieme, oltre al team di base (MMG , infermiere e assistente sociale) il servizio psichiatrico, il SERT, il servizio anziani e disabili adulti.

L'attività del Punto di accoglienza sociosanitario/ambulatorio H12 che registra gli accessi, ha rilevato per i primi 6 mesi del 2016 n.5444 casi ordinari mentre i casi complessi adulti/anziani per lo stesso periodo sono stati 50. Dal mese di ottobre è attivo un gruppo multi professionale per l'area minori costituito da operatori sanitari, sociali, del comune e del volontariato che ha l'obiettivo di realizzare iniziative di sostegno alla genitorialità e realizzare un Centro per le Famiglie all'interno della Casa della Salute.

"Uscire dalle stanze "significa anche raccogliere i bisogni di informazione/formazione avvalendoci del capitale sociale rappresentato dalle associazioni di cittadini. Dagli incontri con i rappresentanti del volontariato e dai suggerimenti raccolti nelle apposite "cassette" disposte nella struttura, è emersa la necessità di organizzare nella Casa della Salute incontri a tema su argomenti scelti dai cittadini stessi: dalle ludopatie all'abuso di alcool (che hanno visto come protagonisti gruppi di auto aiuto, le associazioni di familiari o ex consumatori oltre ai professionisti) alla giornata del diabete, agli stili di vita, all'alimentazione, ai tempi di attesa per le prestazioni specialistiche. Sono stati organizzati circa 13 incontri nell'anno 2016 : La" **Casa della Salute incontra i cittadini**" di pomeriggio o di sera (orario chiesto dalle associazioni) in uno spazio accogliente della struttura, con merenda finale e la presenza costante del direttore del distretto e di un sindaco dell'Unione dei Comuni di riferimento, come segnale di integrazione istituzionale nella comunità. La informazione viene data attraverso la stampa locale, i social e ogni altro mezzo di comunicazione tra cui il passaparola.

Un elemento di coesione sociale è stata la costruzione della "guida partecipata ai servizi della Casa della Salute" con la produzione di un opuscolo informativo dei servizi fatto insieme ai cittadini, con un linguaggio accessibile e non tecnico, presentato in tutti i Comuni dell'Unione Terre e Fiumi da operatori e cittadini che hanno partecipato alla stesura. Tutti i partecipanti sono convinti che dare una buona informazione aiuta i cittadini a conoscere ed accedere ai servizi e crea fiducia nella popolazione.

Uscire significa anche organizzare "**gruppi di cammino**", con un infermiere della Casa della Salute di riferimento: sono destinati a pazienti cronici che necessitano di attività motoria, ma anche a cittadini che desiderano camminare in compagnia; così le camminate della salute diventano anche opportunità per approfondire tematiche legate al territorio (le delizie estensi, il mulino sul Po...) con la partecipazione di guide "turistiche" frutto della collaborazione con i Comuni del territorio.

I camminatori si organizzano sia d' estate che d'inverno in gruppi di 15/20 persone, 1/2 volte alla settimana; almeno 45 sono state le uscite nell'anno 2016. Il gruppo di cammino della Casa della Salute partecipa alle iniziative ludico associative del territorio (la camminata della Fiera, la camminata con la LILT, la camminata con babbo natale ...)

B.2 CERCARE CHI NON ARRIVA ...

Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente persone ad alto rischio di vulnerabilità

Questo obiettivo rinforza e concretizza l'andare verso, sottolineando come sia determinante considerare le culture sociali e il rapporto che si è andato consolidando con le Istituzioni, un rapporto che è basato sulla erogazione cui spesso non si accede perché non se ne conoscono le opportunità o perché presuppongono una condizione di stigma sociale che per diverse persone significa anche riconoscere/accettare un cambiamento di condizione sociale. Ma vuole anche ribadire la necessità di un diverso modo di entrare in relazione da parte delle Istituzioni e dei professionisti che vi operano.

E' determinante che una Casa della Salute sviluppi l'attitudine a guardare i bisogni di cura della comunità, intravedendo anche i più nascosti e mettendo creativamente in atto pratiche di relazione ed incontro che permettano di coinvolgere, motivare, responsabilizzare i cittadini più emarginati, più schivi, meno inseriti socialmente, meno capaci di chiedere e di vedere riconosciuti i propri diritti.

E' altresì importante che nell'intera comunità si valorizzino molte risorse di attenzione che già ci sono e che si cresca nella capacità di cogliere i bisogni e accompagnare i più fragili.

Non ultimo, una Casa della Salute può favorire una dinamica positiva nella quale gli stessi soggetti più emarginati diventino nel tempo promotori di cura ed inclusione per altri.

L'obiettivo "cercare chi non arriva" ridefinisce concretamente concetti quali quelli di Medicina di iniziativa e di medicina di opportunità, spostando l'attenzione sulla scoperta dei problemi di salute, allargando lo sguardo sulla vita della comunità e delle persone che la abitano. Acquista ulteriore forza l'urgenza di uscire dalle istituzioni, immaginare a praticare luoghi di incontro diversi da quelli formali dell'erogazione, luoghi informali dove le narrazioni sono facilitate perché si ridefiniscono le simmetrie informative, sostenere modalità di scambio informativo strutturate e continue, costruire reti informative riconoscibili e integrate di cui i profili di comunità sono la sintesi dinamica, alimentata da tutti, aperta e accessibile ai diversi soggetti sociali.

Le misure possono essere ricercate:

- Nella presenza di "figure di prossimità" per intercettare fragilità e diritti negati e per sostenere il lavoro di cura (e non si pensa tanto ai Care Giver quanto a figure con funzioni di opinion leader);
- Nella presenza di "profili di comunità" dove siano evidenti i contributi di tutti i soggetti sociali, e soprattutto siano conosciuti da tutti e alimentati in modo costante;
- Nella presenza di forme di scambio, di ascolto e di accoglienza articolate e vicine alle persone;
- Nella equità di accesso che significa sia confrontabilità di risposta per problemi analoghi, che diversificazione per problemi differenti;
- Nella presenza di documenti e profili di comunità, nella loro diffusione e conoscenza, nelle forme concrete di alimentazione, nella partecipazione dei diversi soggetti sociali nel fornire e utilizzare le informazioni;
- Nella presenza di mappe delle disuguaglianze e nell'utilizzo delle stesse nella programmazione dei diversi interventi (socio-assistenziali, educativi, di inclusione sociale, di accesso al lavoro ...)

La Casa della Carità di Milano/Casa della Salute

La Fondazione Casa della carità "Angelo Abriani" nasce nel 2002 per iniziativa dell'allora Arcivescovo di Milano, il cardinale **Carlo Maria Martini**, che ha voluto destinare l'importante somma ricevuta come lascito dall'imprenditore Angelo Abriani all'apertura di una struttura d'accoglienza per le persone più bisognose.

Una delle azioni che più significativamente realizza l'obiettivo è la presenza di figure di prossimità, sia professionisti che cittadini volontari, capaci di lavorare in rete e in equipe, che raggiungano le persone

fragili sulla strada, nei loro appartamenti, nei contesi abitativi precari e fatiscenti. Può trattarsi di progetti che prevedono “custodi sociali” al servizio di anziani soli e di soggetti vulnerabili che abitano le case popolari e i quartieri più degradati, o progetti che inviano in luoghi significativi sia volontari che figure professionali con competenza specifica sul disagio psichico, o progetti che si rendano presenti con postazioni agili e di pronta accoglienza (un camper, un gazebo, un locale aperto sulla strada) per accogliere domande talvolta fugaci e poco definite di persone multiproblematiche che richiedono un certo tempo perché il loro bisogno sia decifrato ed espresso.

ESEMPI: intervento sulla strada, intervento nel quartiere degradato, intervento nelle case popolari

Strada

Un'equipe multi professionale (psichiatri, psicologi, educatori, infermieri) si reca sulla strada o in luoghi affollati come le stazioni e le piazze - talvolta su segnalazioni precise di cittadini, rete di privato-sociale e istituzioni - per incontrare persone ormai da anni adattate alla vita di strada, con probabile disagio psichico marcato, che tendono a non chiedere nulla. Esse vengono incontrate con frequenza e regolarità; c'è la disponibilità a personalizzare il tipo di intervento verso un aggancio relazionale che con i mesi e gli anni si trasforma in un progetto di cura attraverso i servizi e di reintegrazione sociale. Grazie al costante lavoro relazionale, solo in rari casi e programmandolo con i soggetti della rete, si ricorre al Trattamento Sanitario Obbligatorio. Si evince dall'esperienza che la graduale conoscenza dei soggetti e dunque un buon aggancio relazionale riducono lo stigma di pericolosità e riducono di molto la frequenza di eventi impulsivi e inaspettati.

Quartiere

Un'equipe multi professionale di esperti in salute mentale unitamente ad un'equipe tecnica di operai specializzati in ristrutturazione di appartamenti entra nelle case delle persone vulnerabili rispondendo a domande concrete di manutenzione. Da tali incontri scaturiscono relazioni che crescono e che inducono il soggetto ad accettare proposte culturali, ricreative e curative presso la Casa della Salute. Da un ulteriore coinvolgimento sono nate proposte significative che animano il quartiere e rendono riconoscibili gli utenti del progetto: la promozione di un corso di facilitatori di quartiere frequentato dalle persone vulnerabili che vogliono rendersi utili per altri e un laboratorio cinematografico che ha realizzato una serie di cortometraggi e poi di lungometraggi sempre più professionali che riguardano tematiche di interesse comune nel quartiere, coinvolgendo scuole e biblioteca.

Case

Operatori preparati e competenti nella relazione incontrano gli anziani soli e i soggetti vulnerabili che abitano le case popolari, cercando di cogliere e favorire dinamiche virtuose e solidali che possono generarsi all'interno dei condomini. Promuovono alcuni eventi che permettono ai soggetti interessati di sentirsi protagonisti, di sviluppare idee creative, di uscire dalla propria abitazione e socializzare. Sono in grado di intuire lo stato di salute fisica e psichica, suggerendo, tutte le volte che appare necessario, il coinvolgimento di specialisti e servizi specifici ma anche accompagnando i soggetti nel loro incontro con i servizi del territorio.

INDICATORI

Si misura quanto la Casa della Salute risponde al bisogno di cura di persone che non sono in grado di esprimere richieste dirette né indirette, ad esempio valutando:

- il numero delle persone che vengono agganciate sulla strada e seguite con un percorso sociale e clinico/numero segnalazioni ricevute da Casa della Salute da parte di servizi pubblici e privati;

- il numero di inquilini del quartiere Molise-Calvaire a Milano che frequentano il centro diurno del progetto/ numero segnalazioni ricevuti da Casa della Salute da parte di servizi pubblici e privati;
- il numero di inquilini delle case popolari monitorate dai custodi sociali che vengono presi in carico da un servizio cittadino o che iniziano a frequentare Casa della Salute/numero complessivo degli inquilini seguiti dal progetto.

B.3 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.

Rappresenta un obiettivo di lungo termine ma è anche la precondizione per una transizione da un approccio alla salute settoriale e delegato alle Istituzioni. Con un problema di fondo che coincide con la definizione stessa di salute sempre più concepita come delegata alla “sanità” e quindi pensata e agita come dimensione tecnica, lontana dalle scelte di vita quotidiane. E’ un po’ la nostra scommessa quella di riformulare una idea di salute come progetto sociale complessivo che abbia come risultato il benessere della comunità.

Significa concretamente collocare i problemi di salute dentro i contesti che non sono lo sfondo ma il determinante fondamentale della salute stessa, parte del problema e dimensione essenziale della soluzione. E questo comporta assumere la comunità, il vivere collettivo, la socialità come punto di vista fondante sia le scelte istituzionali sia ancora prima le ragioni stesse della loro esistenza.

Le misure possono essere ricercate:

- Nella esistenza all’interno della Case della Salute di spazi dedicati all’incontro sociale (gruppi di cittadini, gruppi di volontari, Associazioni) ma anche di spazi in altri contesti “battezzati” per la salute.
- Nell’esistenza di forme di gestione sociale della Casa della Salute intesa nella sua accezione ampia di sintesi e di incontro tra diversi saperi, progetti e funzioni sociali;
- Nella realizzazione di percorsi di formazione inter professionali e inter istituzionali aperti alla società civile e alle diverse sensibilità sociali, con contenuti orientati alla responsabilità sui diversi temi e alla definizione di forme di cura che coinvolgono i diversi saperi e mettono in rete le risorse della comunità;
- Nell’esistenza di programmi di promozione della salute trasversali (es: gruppi di cammino, coinvolgimento di giovani nelle diverse azioni di sostegno alle fragilità, collegamento tra scuola e vita di comunità ...);
- Nell’esistenza di patti di salute di comunità (coerenti con i profili di salute della stessa) che impegnano i diversi soggetti sociali nelle forme che di volta in volta possono essere condivise;
- Nell’esistenza di progetti comuni tra Istituzioni e soggetti sociali (anche non formali) che prevedano risorse comuni e percorsi condivisi;
- Nell’assunzione di ruoli guida da parte dell’Ente locale come elemento di promozione e di coordinamento delle diverse esperienze progettuali

La Casa della Salute delle “Colline Matildiche” (Reggio Emilia)

L’Unione Colline Matildiche conta poco più di 26mila abitanti su una superficie di 128 kmq. e fa parte del Distretto Socio-Sanitario di Reggio Emilia. E’ un territorio di passaggio, mediano tra la città e la montagna,

che negli ultimi 20 anni ha visto quasi raddoppiata la popolazione ed un'alta incidenza di persone anziane ultra settantacinquenni (11,7% sul totale della popolazione residente).

Promozione della salute

Coerentemente con un modello di medicina del territorio basato sul lavoro di comunità, nella Casa della Salute di Puianello si promuovono ed organizzano iniziative di educazione e promozione della salute sui principali stili di vita, in stretta collaborazione con le associazioni di volontariato, le rappresentanze dei cittadini ed i comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo . La CDS di Puianello vuole essere per tutti i cittadini del territorio una struttura di riferimento per il perseguimento degli obiettivi di salute intesa come benessere della comunità.

Casa della Comunità

La Casa della Salute si propone 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.

I Comuni dell'Unione Colline Matildiche e l'Azienda USL, hanno avviato il progetto Open Lab, un percorso di partecipazione con la comunità (associazioni di promozione sociale, società sportive, parrocchie, servizi educativi per la prima infanzia, Istituti Comprensivi, soggetti gestori di strutture per anziani e disabili, singoli cittadini, imprese, medici di medicina generale) e con gli operatori dei servizi sociali e sanitari per favorire la creazione di nuove relazioni e nuove reti che rispondano in modo adeguato ai bisogni del territorio.

La realizzazione di questa complessa ed innovativa impostazione presuppone un vero e proprio processo di cambiamento culturale, di contaminazione dei saperi professionali che si aprono anche al punto di vista dei cittadini considerati non più fruitori di servizi, quanto protagonisti corresponsabili di una complessiva definizione di un progetto di Salute.

La nascita sul territorio della Casa della Salute di Puianello e la costituzione dei Servizi Sociali dell'Unione Colline Matildiche evidenziano la volontà politica e la necessità operativa di una forte integrazione tra servizi e attività di natura sociale e sanitaria. Integrazione non solo funzionale ma territoriale. Per questo motivo si è avviato un vero e proprio *"percorso di comunità"* che ha visto le istituzioni e i cittadini condividere un percorso di coesione sociale e di individuazione di un nuovo modello di welfare, dove tutti si mettono in gioco, creando nuove relazioni e nuove reti che rispondono in modo adeguato ai nuovi bisogni. Occuparsi della salute di un territorio non è solo strutturare dei "supermarket dei servizi socio - sanitari", ma prendersi cura di quello che riguarda la qualità della vita delle persone: il lavoro, la famiglia, gli stili di vita, i trasporti e così via.

Il desiderio, pertanto, è stato quello di sfruttare questo percorso per definire insieme le linee guida che tratteranno la direzione verso cui la nostra comunità territoriale vuole andare nei prossimi mesi e anni.

I valori/traccianti da cui ha preso vita questo percorso partecipato sono, coerenti con il disegno generale qui delineato (salute, comunità, persona)

Il percorso ha permesso di individuare tre matrici progettuali e di sottoscrivere (da parte di Ausl, Enti Locali, Regione Emilia Romagna, Associazionismo, Fondazioni, Istituti Comprensivi, ecc.) il **"Patto Sociale di Comunità per il BenEssere e la Salute"**.

La Casa della Salute di Puianello travalica dunque la propria fisicità per divenire tassello del disegno della comunità dell'Unione, che si intreccia con gli altri luoghi fisici e sociali di ogni Comune dell'Unione Colline Matildiche superando le divisioni e andando al di là della delega della salute tradizionalmente concepita esclusivamente in capo alla sola Sanità.

La scommessa è che i luoghi dell' educazione, della formazione, della gestione del territorio, della cultura, della produzione e quelli della cura della malattie e del disagio, possano e debbano rappresentare tutti luoghi della salute.

Il Patto sottoscritto, a seguito del lavoro progettuale fino ad ora condotto sul territorio dell'Unione delle Colline Matildiche, va a sostanziarsi su tre linee guida principali:

- ✓ Uno sguardo sulle fragilità: la cura delle persone anziane e svantaggiate
- ✓ Come accoglie una comunità? Il punto unico di accesso/ascolto/accoglienza
- ✓ Le reti di cittadinanza: prevenzione e promozione della salute nel mondo giovanile e adulto.

Le linee guida prendono forma e contenuto attraverso le azioni, le alleanze e la sostenibilità che i rappresentanti delle istituzioni, delle associazioni, delle realtà del terzo settore e i singoli cittadini attivi, hanno posto in essere nel corso del progetto Open Lab e che sono parte sostanziale di questo Patto. L'impegno di tutti è di contribuire alla piena attuazione dei programmi individuati, mantenendo aperto il confronto. La Casa della Salute di Puianello si propone perciò come spazio di prossimità, di comunità, come un luogo che sa ascoltare e da cui partire a cercare le persone competenti e fragili del territorio.

Si tratta di rendere i servizi (e in generale le risorse più strutturate anche legate al mondo delle associazioni di volontariato e al terzo settore) maggiormente in grado di co-costuire nuovi patti con i cittadini, per trovare nuove soluzioni, per intercettare e accompagnare le situazioni di fragilità meno evidenti per le istituzioni (vedasi l'aumento di giocatori compulsivi, il ritiro dei bambini dalle attività sportive e culturali, l'isolamento della popolazione anziana, l'aumento di comportamenti a rischio nei giovanissimi ...)

L'Unione Colline Matildiche e l'Ausl hanno, pertanto, voluto valorizzare la sensibilità all'ascolto e alla percezione di situazioni di fragilità attraverso il coinvolgimento non solo dei professionisti afferenti alle diverse discipline (sociale, educativo, sanitario) ma anche interlocutori "insoliti" (baristi, parrucchiere/estetiste, tabaccherie, allenatori, bibliotecari, agricoltori, gruppi informali, ecc.) persone apparentemente lontane dal lavoro sociale, ma che o per la loro professione o per predisposizioni possono avere uno sguardo diretto su situazioni sociali critiche.

Interlocutori che, appositamente formati, possono divenire "talenti sociali" consapevoli di poter agire, di avere un ruolo sui tanti aspetti che determinano la salute delle persone che incontrano e sull'intera comunità: l'attenzione alla fragilità, la tensione all'aggancio, la possibilità di creare relazioni positive sono elementi che tendono a contaminare il tessuto di una Comunità locale e – con un'adeguata manutenzione – possono auto-generarsi nel tempo.

B4. RENDERE OPERATIVA LA SOSTENIBILITA' TECNICA, SOCIALE ED ECONOMICA

Realizzare strumenti per la gestione e rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna casa della salute

Obiettivo "ambizioso" perché riporta in primo piano il senso profondo e ultimo del ruolo delle diverse Istituzioni (scuola, sanità, sociale, cultura, gestione del territorio) pensate come "costruzioni sociali" idonee a garantire il benessere di una collettività.

La sostenibilità economica deve poter procedere di pari passo con quella sociale e l'una influenza ed è influenzata dall'altra. Per questo gli elementi della sostenibilità sociale (equità, accessibilità, riduzione delle disuguaglianze, consapevolezza critica, identità e riconoscimento sociale) sono anche quelli della sostenibilità economica. E riporta in primo piano anche il governo complessivo della collettività che vede nell'Ente Locale il protagonista delle connessioni, colui che è in grado di offrire visioni e significati a ciò che succede, che sa sostenere la partecipazione come linfa vitale, esercizio concreto di democrazia, che affronta e accompagna l'evolversi della vita sociale offrendo opportunità di sviluppo di tutte le risorse comunitarie in funzione del modificarsi dei bisogni e di una risposta ad essi che sia condivisa e sostenibile.

Per questo il fine di ogni Istituzione che insiste sul territorio e di ogni persona che abita il territorio non può che essere quello del benessere dei singoli e della collettività. Ognuno rende conto, in modo consapevole, del suo contributo il cui valore non è da recuperarsi tanto e soltanto in ciò che viene fatto ma soprattutto nelle “connessioni” instaurate come fattore sia di efficienza che di efficacia. La domanda fondamentale perciò diventa “quale è la salute della comunità?” a cui far seguire una valutazione nel merito del buon uso delle risorse a disposizione di ognuno e di quelle messe in comune.

Cosa si potrebbe ottenere ragionando, non solo in termini di competenze Istituzionali o di interessi particolari, ma sviluppando azioni di sistema in cui il riferimento è la comunità nel suo insieme che non è semplice sommatoria di persone ma, appunto, sistema vitale? Un approccio integrato, di sistema, costa forse anche meno in termini economici, ma soprattutto è molto più efficace perché unisce le forze in funzione di obiettivi comuni.

Le norme coercitive per il contenimento dei costi dei servizi, alla fine, nascono dalla incapacità della governance di comprendere il valore dei principi appena sopra evidenziati.

Le misure possono essere ricercate:

- Nella presenza di tavoli inter-istituzionali con compiti definiti di analisi e programmazione cui si assegnano risorse per raggiungere obiettivi;
- Nella presenza di mappe condivise delle risorse sociali del territorio con verifiche permanenti del loro utilizzo; mappe delle risorse della comunità;
- Nella definizione di modalità concrete di utilizzo integrato di risorse professionali, logistiche ed economiche in funzione di obiettivi condivisi (budget di comunità non solo economico e non solo come somma delle diverse disponibilità);
- Nella presenza di accordi quadro dove sono definite azioni comuni e impegni condivisi (anche di natura economica);
- Nella presenza di programmi di lavoro integrati e costruiti in modo partecipato (es. scuole e giovani impegnati in progetti di salute comunitaria);
- Nella presenza di “sperimentazioni” guidate di modalità di lavoro integrato, con forme di audit trasversali e laboratori di programmazione condivisa.
- Nelle forme di collaborazione e di ricerca con l’Università, con le Associazioni di categoria (ad esempio mondo produttivo) che portino a percorsi di formazione multi professionale;
- Nello sviluppo e consolidamento della coesione sociale misurata attraverso la partecipazione consapevole ai programmi locali ed alle iniziative volte a valorizzare la coesione e il capitale sociale, il sorgere di reti di auto mutuo aiuto, di socialità e di solidarietà, di forme nuove di inclusione sociale, la realizzazione di iniziative che recuperino le identità e le culture locali, l’evidenza di attenzione per le risorse collettive (verde ,differenziata, abbellimenti diversi), ;
- Nelle modificazioni dell’accesso alle diverse Istituzioni, che si traduce in un uso più consapevole dei servizi diversi, nel contributo al loro miglioramento ,nella disponibilità a essere parte nel sistema dell’offerta, sostenendo fasi dell’avere cura in modo complementare con i servizi;
- nella modificazione di alcuni indicatori di salute quali la marginalità sociale, le forme di conflitto, la riduzione di disuguaglianze evidenti;

Le Case della Salute di Parma

Caratteristiche salienti del contesto parmigiano:

- pianificazione fortemente diffusa in tutto il territorio provinciale, con 26 CdS programmate rispetto ad una popolazione di circa 450.000 abitanti; ad oggi 17 strutture attivate);
- avvio di percorsi di integrazione tra Azienda Sanitaria e Azienda Ospedaliera;
- consolidamento e sviluppo di esperienze di collaborazione tra CdS e mondo del volontariato e del terzo settore (“Punti di comunità”; laboratori “Esprit”,...)

Consolidare e sviluppare nel tempo una progettualità come quella della Casa della Salute richiede uno sguardo “lungo” capace di connettere in un disegno coerente e sostenibile elementi organizzativi, economici, funzionali ma anche idealità, principi e visioni condivise a livello di ciascuna comunità territoriale.

La sostenibilità economica deve quindi procedere di pari passo con quella sociale e l'una non può essere raggiunta a spese delle altre. La sostenibilità sociale include l'equità, la consapevolezza critica, l'accessibilità, la partecipazione, l'identità culturale e la stabilità istituzionale.

La sostenibilità economica, tanto più quando si parla di realizzazioni gestite in ambito pubblico, passa per una valutazione coerente e prospettica dei driver organizzativi e gestionali implicati nella produzione dei “servizi” resi e nella parallela adozione di un sistema di pianificazione e controllo adeguato alle caratteristiche del progetto stesso; la natura multidimensionale della CdS e il reticolo di relazioni e progettualità in essa implicate, rendono quindi necessario il ricorso a strumenti di pianificazione e controllo da un lato rispettosi delle idealità e degli obiettivi del progetto, dall'altro sufficientemente flessibili per adattarsi a processi non sempre totalmente riconducibili agli schemi classici di produzione dei servizi sanitari.

La complessità organizzativa delle CdS e il suo porsi come “intersezione attiva” tra diversi servizi e funzioni aziendali impone una riflessione puntuale anche sulla realizzazione di un sistema informativo capace di restituire la complessità e favorire un governo complessivo del sistema. A Parma la scelta è caduta sulla realizzazione di un “cruscotto” implementato dal servizio Pianificazione e Controllo Aziendale secondo la logica della Balance Scorecard integrando indicatori economico-finanziari con elementi organizzativi e di attenzione ai processi messi in atto dalle (e con) le reti informali presenti sul territorio (nella BSC focus su 4 prospettive: l'aspetto economico-finanziario, l'utente, i processi interni, l'aspetto relativo all'[innovazione](#) e all'apprendimento).

Alcuni esempi di indicatori già compresi nel cruscotto di Parma:

- Prospettiva processi: n° eventi di educazione alla popolazione realizzati nell'anno
- Prospettiva innovazione >> n. eventi multidisciplinari e multi professionali su competenze relazionali e organizzative;
- Prospettiva Utenti: n° reclami pervenuti all'URP. Gli esiti del monitoraggio sono distribuiti periodicamente alle singole CdS e diventano oggetto di condivisione e di avvio di processi di miglioramento interni, con il coinvolgimento diretto degli stakeholders del territorio quando possibile.

B5. FAVORIRE IL PROTAGONISMO DELLA PERSONA ...

sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura

Si parte dalla convinzione che la salute non è delegabile, ma rappresenta nella sua accezione di benessere globale la sfida di ogni persona che ha risorse e strumenti propri e risorse e strumenti che la comunità mette a disposizione per garantire il massimo di salute possibile. E anche questo concetto di “salute possibile” diventa essenziale perché, considerando la persona nella sua unicità, l’idea di salute si relativizza e assume le dimensioni proprie di ogni persona. Nulla quindi può essere fatto senza che la persona ne sia consapevole protagonista (e non è solo una questione di consenso informato come elemento formale) in una prospettiva di welfare generativo si tratta di capovolgere il punto di vista la persona come fine e il contributo di ogni Istituzione come mezzo/ strumento. Andando oltre la logica dell’offerta e del consumo dove la persona è comunque in una posizione asimmetrica. Significa lavorare attraverso “patti che abbiano cura” che in modo esplicito costruiscano percorsi complessivi di cura dove le risorse di ciascuno (persona e istituzioni) siano esplicite e condivise, vi sia una valutazione onesta delle possibilità e dei limiti, vi sia lo spazio per contribuire al miglioramento continuo attraverso il riconoscimento dei diversi ruoli e delle diverse possibilità.

Significa riconoscere e sostenere percorsi di *self management* e di autocura riconoscendone valore e opportunità. Dare spazio e legittimazione alle diverse figure di sostegno come il case manager, il care giver, il facilitatore di comunità, altri e diversi ruoli informali che maturano nelle comunità sostenendoli e integrandoli nei percorsi formali della cura, in un percorso comune e condiviso che riconosce il ruolo di ciascuno e prevede forme di alleanza per complementarità.

Dare evidenza di come il livello di autonomia sia il frutto del percorso realizzato (avere una visione oggettiva della situazione) come valutazione conclusiva di diversi patti di cura ,valutazione guidata dal responsabile degli stessi patti. Avere una visione condivisa e sintetica, una storia, del percorso fatto dalla persona come strumento di conoscenza per la rete e per garantire alla persona la assicurazione di continuità, verificando nel tempo la sostenibilità dei passi compiuti (attraverso una revisione continua del patto che ha cura), svolgendo azioni ponte nella comunità tra la persona e i suoi principali riferimenti, in modo da garantire la continuità nella logica della inclusione (e in questo senso ripensare radicalmente anche il concetto di domiciliarità partendo dal presupposto che le diverse Istituzioni sono parte del contesto comunitario). Diventa perciò cruciale continuare ad essere punto di riferimento (residenza affettiva),soprattutto per le diverse fragilità e/o per l’insorgere di nuovi problemi, porre particolare attenzione alle cronicità (siano esse fragilità sociali che storie di polipatologia) tenendoli legati al sistema e alla casa della salute/casa della comunità accompagnare le fragilità con garanzie di supporto e di conseguenza alimentare il sistema informativo della comunità in relazione alla manutenzione del profilo di salute della stessa

Le misure possono essere ricercate:

- Nella presenza di patti che abbiano cura della storia e delle potenzialità residue delle persone;
- Nelle forme di promozione della salute e della responsabilità sociale e individuale delle diverse persone coinvolte (dalla persona di cui si ha cura, alle reti familiari e sociali, alle figure di sostegno legate al volontariato più o meno strutturato);
- Nella realizzazione di iniziative di promozione del benessere per alcune categorie sociali (ad esempio adolescenti, famiglie con minori che presentano problemi specifici, donne migranti, gruppi di popolazione fragile);
- Nei risultati di valutazioni multi professionali aperte al contributo dei diversi attori sociali coinvolti nei patti che hanno cura, comprendendo in questo anche la presenza di forme di audit sia tecnico-professionale che organizzativo;

- Nella presenza di progetti concreti a valenza proattiva per particolari aree di fragilità sia sociale che sanitaria;
- Nelle iniziative di formazione organizzati per il lavoro di squadra , per la lettura dei problemi e delle risorse, per la valutazione dell'attività e dei percorsi di cura;
- Nelle "ricadute" come ospedalizzazioni ripetute, ritorni in cura/abbandono della cura, ma anche abbandoni scolastici, suicidi/tentati suicidi, conflitti sociali e forme diverse di depressione;
- Nei successi dei percorsi di accompagnamento e nel coinvolgimento di persone come risorsa di percorsi di cura per altre persone;
- Nello sviluppo di forme di partecipazione sociale e di offerta di contributi per il miglioramento dei percorsi.

Casa della salute di Borgo Reno (Bologna)

Nella realizzazione della CdS di Bologna, si persegue l'orientamento a rendere partecipi le persone "sane" al mantenimento del proprio stato di salute e le persone "malate" a partecipare alla loro cura per migliorare o ritardare l'evoluzione della patologia, attraverso azioni culturali, educative, sociali, alimentari, di prevenzione, riabilitazione e cura.

Per percorrere tale obiettivo è stato necessario costruire un accesso come il momento fondamentale dell'informazione e dell'orientamento del cittadino/paziente ai servizi. Viene svolto principalmente da personale amministrativo ed ha l'obiettivo di fornire risposte qualificate e tempestive ai cittadini.

Per l'accoglienza e la presa in cura a Bologna è presente il Punto di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP) che rappresenta lo snodo organizzativo con il compito di assicurare la presa in cura territoriale e l'attivazione dei servizi a supporto della domiciliarità, secondo logiche di lavoro multi-professionali.

Per i livelli di fragilità intermedia si promuovono interventi di socializzazione e di auto-mutuo-aiuto, mettendo in rete e valorizzando le risorse del volontariato locale. Un apposito sito web, www.bolognasolidale.it, è stato predisposto per favorire il riconoscimento e consolidamento di una rete di supporto alle persone fragili. La definizione di un database che gradua il rischio di fragilità della popolazione diventa lo strumento per cercare le persone maggiormente a rischio: viene comunicato a ciascun MMG l'elenco dei propri casi e insieme si valuta come affrontare il problema (PAI socio-sanitario, inserimento in un percorso specifico , ecc) La Casa della Salute Borgo Reno adotta il *Chronic Care Model e la medicina d'iniziativa*. Un percorso innovativo riguarda l'approccio integrato tra Cure Primarie e Salute Mentale attraverso il Programma Regionale "G. Leggieri", che promuove la collaborazione tra Psichiatri del DSM-DP e medici di Medicina Generale per la cura dei disturbi psichiatrici comuni. Inoltre da un anno circa è stata istituita la figura dello psicologo della CdS, che svolge le seguenti attività:

- Formazione: revisione e confronto su casi singoli e attività di formazione dei Nuclei di Cure Primarie;
- Consultazione psicologica;
- Interventi psicologici brevi secondo le modalità del Counseling Interpersonale,
- Orientamento del cittadino all'uso delle risorse
- diffondere e condividere una nuova idea di salute come benessere di comunità;
- Favorire l'incontro intersettoriale tra coloro che operano nelle istituzioni e nel territorio per condividere e elaborare strategie organizzative coerenti con l'idea di salute come bene comune;
- Implementare meccanismi che promuovono la Casa della Salute - luogo della Comunità

Ampia attenzione é stata rivolta alla conoscenza del contesto di riferimento e delle risorse formali e informali presenti nel territorio :il progetto "1 Km In Salute", che vede tra i destinatari privilegiati persone con alto rischio cardio-vascolare, pazienti con patologie croniche, sedentari, anziani, e il progetto di attivazione di gruppi omogenei di cammino: si tratta di interventi di promozione dell'attività fisica e della socializzazione, realizzati con la collaborazione del Comune di Bologna.

Il progetto “BadaBene”, volto a ripensare l'assistenza familiare agli anziani di Bologna, promosso dall'Ausl di Bologna in collaborazione con il Comune, l'Alma Mater Studiorum ed altre istituzioni del contesto cittadino. Obiettivo del progetto è fornire un sostegno diretto alle famiglie rispetto all'assistenza della popolazione anziana, così come contribuire a ridisegnare le politiche di assistenza sociale e familiare attraverso la partecipazione di professionisti socio-sanitari, di soggetti anziani, famiglie, badanti e studenti/neolaureati futuri professionisti del settore.

Sono attivi progetti specifici con percorsi di dissuasione al fumo e di gruppi di auto aiuto di promozione di una sana ed equilibrata alimentazione.

Si realizzano **percorsi di cura orientati al recupero delle abilità (anche residue) sia individuali che sociali**

Es. Presenza del percorso AFA Parkinson, Sostegno alle famiglie e persone con Disturbi Cognitivi con organizzazione di Cafè Alzheimer, Gruppi AMA, Attività di sostegno alle donne operate per tumore al seno

E' stato promosso il progetto “*Le Case della Salute nell'Azienda USL di Bologna: il punto di vista degli utenti*”. Il progetto: somministrazione di un questionario “**Qualità percepita della Casa della Salute**”, volto ad indagare le seguenti tematiche:

- ✓ Presenza di informazioni rispetto ai servizi forniti, alle tipologie, agli orari
- ✓ Qualità dell'accesso e accoglienza
- ✓ Modalità di presa in carico
- ✓ Tempi di attesa

Per presidiare il lavoro quotidiano, dimensionare il lavoro di squadra e valutare i risultati sono attivi:

- un board multi-professionale, composto dal responsabile della struttura, dal responsabile infermieristico, da medici di Medicina Generale e da rappresentanti di associazioni cittadine.
- strumenti integrati di lavoro, come mappe e cartelle per connettere le informazioni inter-settoriali del territorio.
- registri degli eventi sentinella, e i registri delle evidenze di cambiamenti sociali in atto
- banca dati fragili, un sistema informativo che permette la valutazione del livello di intensità della fragilità di ciascun cittadino residente nel territorio, grazie ad un modello integrato.

B6. FAVORIRE IL PROTAGONISMO DELLA COMUNITA'

Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati

Per il raggiungimento di tale obiettivo occorrerà dotarsi di strumenti formali che incentivino la partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali. Tale presenza, oltre alla condivisione degli obiettivi da raggiungere, dovrà garantire la verifica costante sul raggiungimento dei risultati attesi.

A tale scopo servirà condividere ed adottare una "scheda di accompagnamento del percorso" che dovrà garantire:

- Definire criteri di connessione tra i vari elementi che compongono la mappa delle risorse;
- Sviluppare una vista "plurale" dei problemi, favorire l'esprimersi delle voci minoritarie, sviluppare le potenzialità, in ultima analisi, cogliere i livelli di risolvibilità delle questioni;
- Sviluppare la consapevolezza critica (uscendo dalle secche create dalle varie colonizzazioni), il controllo sociale e la possibilità vera di decidere;
- Garantire che le varie istanze sociali, istituzioni politiche e tecniche (dalla scuola ai servizi socio-sanitari, alle istituzioni culturali, agli addetti alla sicurezza per fare degli esempi) professioni, volontariato, attori della vita economica e sociale (banche, commercio, servizi, ecc.), portatori di interessi diversi, siano parte di questa gestione e rendano conto all'ente locale;
- Garantire sempre la presenza dei diversi "mondi" di cui è ricca la comunità;
- Le Case della Salute sono diverse (scuole, servizi sanitari, servizi sociali, luoghi dell'economia, biblioteca solo per fare degli esempi). In una visione globale del disegno di salute/benessere della comunità viene richiesta una sintesi e una direzione integrata che deve poter rispettare le regole della partecipazione sociale e del potere del cittadino. Per questo serve costruire percorsi e condizioni di partecipazione trasversale anche a progetti specifici di ogni "tessera di puzzle sociale" oltre che alla vita ordinaria, con un ruolo fondamentale dell'EELL che si propone come risorsa di sintesi e di promozione sociale.

Le misure possono essere ricercate:

- nella presenza di forme di partecipazione strutturata (forum di cittadinanza o altre forme);
- nella presenza di azioni di formazione "mista" tra professionisti e cittadini su temi trasversali di salute;
- in percorsi innovativi che integrano risorse e attivano direttamente la comunità su tematiche della coesione sociale, della promozione della salute, ecc.;
- nella presenza di "carte dei servizi/carte della salute/carta delle risorse della comunità";
- nella partecipazione delle diverse Istanze sociali alla costruzione, gestione e valutazione di specifici progetti di comunità;
- nella partecipazione degli enti locali nelle fasi di decisione e di coordinamento dei progetti;

La Casa della Salute di Chiaravalle (Catanzaro)

La Casa della Salute è un presidio del Distretto di Soverato che prevede un insieme di attività organizzate fra loro integrate nell'ambito delle Cure Primarie al fine di realizzare la presa in cura del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano a livello territoriale per un'area elementare sub-distrettuale di circa 10.000 abitanti.

La Casa della Salute di Chiaravalle nasce dalla esigenza di riconvertire un presidio ospedaliero e fa riferimento agli atti regolamentari regionali che delineano un prototipo di struttura sanitaria, comunque aperta a possibili integrazioni sociali.

La struttura organizzativa, di derivazione ospedaliera, va verso una logica di frammentazione delle risposte assistenziali, anziché dell'integrazione e della de-settorializzazione.

A fronte di un siffatto approccio teorico e di una premessa storica di mancata elaborazione comunitaria del lutto per la perdita dell'ospedale, comunque sostenuta da una prospettiva che indirizza le aspettative di salute riconducendole a risposte di natura sanitaria (ed in particolare di tipo ospedaliero), non era certamente semplice richiamarsi ed ispirarsi ai valori espressi dal Manifesto che, peraltro, proprio in ragione della peculiarità del contesto, rappresentavano il presupposto culturale per avviare la svolta verso un'idea di salute declinata nella dimensione comunitaria. Per di più, in un contesto regionale in cui le politiche sociali sono, nei fatti, ancora vincolate a principi pre - Legge 328 ed in cui gioco forza si assiste ad un inappropriato ricorso a prestazioni sanitarie per caratterizzare risposte assistenziali a bisogni che sono essenzialmente di natura sociale o, comunque a bassa intensità sanitaria.

L'avvio progressivo delle attività è stato, quindi, necessariamente contestuale alla realizzazione di un percorso di formazione – azione annuale (“*Una governance comunitaria per la salute*”) che ha visto coinvolti operatori della Casa della Salute, Comuni dell'area di riferimento, Associazioni di volontariato.

Nell'ambito di tale percorso è nata l'idea di dare vita a quattro differenti iniziative, comunque tra loro correlate, poste in continuità anche nell'ambito del percorso formativo della seconda annualità (“*Costruzione della carta della salute del cittadino*”):

- Attivazione di un **forum dei cittadini**
- Attivazione di un **punto di ascolto**, - strettamente correlato al Punto Unico di Accesso, - gestito in piena autonomia dalle associazioni di volontariato
- Attivazione di un percorso di **formazione – lavoro** con le **scuole superiori**
- Predisposizione percorso formativo dedicato ai **care-giver familiari**

L'obiettivo di tale scelta è sicuramente quella di accompagnare il processo – *culturale* - di rivisitazione in primis del significato di salute (tanto nella dimensione individuale quanto nella prospettiva comunitaria) attraverso:

1. L'adozione di uno strumento formale di partecipazione dei cittadini [forum] alle scelte programmatiche ed alla valutazione dei risultati;
2. L'attivazione di una modalità di accesso [punto di ascolto] alle cure con una precisa delega di mediazione tra servizi e richieste di cura agli stessi cittadini (associazioni);
3. L'identificazione della Casa della Salute in luoghi differenti da quello proprio della struttura sanitaria [es. la scuola];
4. L'esaltazione/riconoscimento formale del ruolo di cura svolto dai caregiver

Contestualmente operare attraverso il ri-orientamento delle aspettative comunitarie di salute, di esaltazione dei tensori della **corresponsabilizzazione partecipata**

Una comunità che diviene protagonista del proprio progetto (politico) di salute, facendo divenire **Casa della Salute** gli spazi pubblici e quelli privati di vita, riesce certamente a ridare linfa alla sostenibilità del complessivo sistema curante ed al tempo stesso ad espanderne il perimetro di equità.

Le prospettive di lavoro per il 2017 sono proprio quelle di implementare le strategie sin qui poste in essere seguendo due differenti direttrici:

- a) La prima finalizzata a migliorare l'**accessibilità** al sistema *diffuso* di cura attraverso l'attivazione di *antenne della salute* nei dieci Comuni che costituiscono l'ambito di riferimento della Casa della Salute di Chiaravalle. Si tratta, in altri termini, di territorializzare il Punto Unico di Accesso, e le relative – formali – funzioni presso i Comuni grazie alla formazione di operatori comunali che

costituiranno i nodi di una rete che afferisce al PUA attivo presso la Casa della Salute. Ma contestualmente a tale modalità *on demand* (passiva in altri termini) di nuove opportunità di accesso, si provvederà a valorizzare le associazioni presenti in ciascun singolo comune per svolgere un ruolo attivo di *sensori* in grado cioè di captare bisogni che autonomamente non si tramutano in domanda.

- b) La seconda, invece, orientata a valorizzare ulteriormente la partecipazione dei cittadini alle scelte programmatiche, oggi limitata all'ambito del comune di Chiaravalle, attraverso l'attivazione di un percorso che, muovendo dalla proposizione di consigli comunali aperti e con finalità conoscitive in tutti i comuni dell'ambito, mira a diffondere la cultura di una concreta *governance comunitaria per la salute*.

La scelta operata per l'attivazione della Casa della Salute di Chiaravalle, ha voluto enfatizzare il ruolo della **dimensione sociale** che pone in relazione *organizzazione* e *cittadini* ed allontanare così lo spettro consumistico della mercificazione delle azioni di welfare, esaltando al tempo stesso la riscoperta dell'identità comunitaria.

Ma, accanto alla dimensione sociale, si è cercato di agire sul *recupero* della **dimensione relazionale** per esaltare, oltre che l'unicità della comunità, anche l'unicità della persona che deve trovare spazio nella relazione persona – operatore (*relazione di cura*). E' per questo che una parte importante del lavoro è stata dedicata alla costruzione condivisa di percorsi di cura con l'impegno sia dei professionisti che delle Associazioni che infine delle Istituzioni.