

Articoli

Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità

Paradigmatic discontinuities in Community Houses planning

Marco Ingrosso

Sociologo della salute e della cura, Università di Ferrara

Parole chiave: Case della Comunità, Case della Salute, Rigenerazione di comunità, Città sane, Discontinuità paradigmatiche

RIASSUNTO

Obiettivi: lo scopo di questo articolo è quello di riflettere sulle domande e sui dilemmi che lo sviluppo delle Case della Comunità (CdC) pongono. L'articolo si chiede a quali nuove problematiche le CdC devono far fronte e quali sono le innovazioni organizzative necessarie.

Metodi: l'articolo analizza sia il dibattito in corso in Italia su questi temi sia la letteratura internazionale di settore alla ricerca di indicazioni valide per una strutturazione complessa e integrata delle CdC da costituire.

Risultati: la situazione emergenziale dovuta al Covid-19 ha messo in luce l'inadeguatezza del welfare territoriale e delle Case della Salute finora realizzate. Data la novità e la varietà dei problemi da affrontare, si ritengono necessarie una serie di discontinuità paradigmatiche che si rimandano reciprocamente: valoriali, di visione della salute, di strutturazione e dinamiche di cura, di metodi del lavoro, di rigenerazione della comunità, di organizzazione delle città.

Conclusioni: sulla base dell'analisi effettuata, si ritiene che le CdC da costruire e progettare debbano rispondere a una doppia esigenza: a) quella di passare dalla monodimensionalità sanitaria ad una complessa e collaborativa "comunità delle cure"; b) quella di sviluppare un insieme di interventi capaci di coinvolgimento e rigenerazione di comunità e di promozione di città sane e vivibili. La combinazione di queste due innovazioni permetterebbe di disporre di strutture territoriali complesse e adattive capaci di affrontare le problematiche emergenti.

Autore per corrispondenza: marco.ingrosso@unife.it

Key words: Community Houses, Health Homes, Community building, Healthy Cities, Paradigmatic discontinuities

SUMMARY

Objectives: the purpose of this article is to reflect on the questions and dilemmas that the development of Community Houses (CH) pose. The article asks what new issues the CH would face and what organizational innovations are needed.

Methods: the article analyzes both the current debate in Italy on these issues and the international literature of the sector in search of valid indications for a complex and integrated structuring of the CH to be established.

Results: the emergency situation due to Covid-19 has highlighted the inadequacy of the territorial welfare and the Health Homes so far achieved. Given the novelty and the variety of the problems to be faced, a series of paradigmatic discontinuities are considered necessary that refer to each other: values, vision of health, structuring and dynamics of care, methods of work, community regeneration, city organization.

Conclusions: on the basis of the analysis carried out, it is considered that the CH to be built and designed must respond to a double need: a) that of passing from a technical-sanitary monodimensionality to a complex and collaborative “community of care”; b) that of developing a set of interventions capable of involving and regenerating communities and promoting healthy and livable cities. The combination of these two innovations would allow to have complex and adaptive structures on the territory able to face the emerging problems.

1. Premesse

Nelle ampie discussioni relative alla funzionalità dei vari comparti del sistema sanitario seguite all'emergenza Covid, un punto sembra aver trovato la convergenza della maggior parte dei commentatori: quello della rilevanza dell'apparato di sorveglianza e pronto intervento sul territorio esercitato dai MMG e PLS aggregati in strutture di cure primarie. Si è constatato che laddove questo presidio era più organizzato e capillare, il bilanciamento fra interventi diffusi e ricoveri ospedalieri aveva funzionato meglio (o meno peggio) permettendo degli esiti meno letali e costituendo un filtro che aveva limitato le situazioni di sovraccarico a cui erano andati incontro gli ambienti ospedalieri e di terapia intensiva. Di qui la convinzione che si debba realizzare un ampio intervento di politica sanitaria in questo settore che metta al riparo da future emergenze e inverta quella strisciante tendenza, proseguita nei decenni precedenti, di riduzione degli investimenti, ma anche di stallo della capacità innovativa che da tempo si avvertiva.

La stesura del PNRR, varato dal Governo Draghi nell'aprile del 2021, ha virtualmente messo fine a questa situazione di stasi prospettando massicci investimenti nel

settore sanitario (22,22 mld) - fra cui spicca quello relativo alle Case della Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali -, ma anche in quello sociale (i 29,62 mld per la Missione 5 destinati a infrastrutture domiciliari, comunitarie e associative).

Il tema delle Case della Comunità (CdC) risulta centrale e paradigmatico di questa - potenzialmente profonda - ristrutturazione delle cure territoriali in quanto esso prospetta di ripartire dalle Case della Salute esistenti per realizzare 1288 nuove Case della Comunità. Ciò indica l'esigenza di costituire solidi presidi territoriali laddove questi finora non sono stati realizzati e di adeguare le CdS esistenti (493 in Italia alla fine del 2020) (1) a nuovi standard strutturali e funzionali che debordano dai confini del comparto sanitario e investono in pieno anche l'ampio spettro degli interventi di welfare locale e comunitario. Essi inoltre impattano con tutta l'attività e il ruolo del Terzo Settore, così come previsto dalla legge di riforma (DL 117/2017) e dal lungamente atteso Regolamento attuativo varato dallo stesso governo Draghi nel maggio 2021 (DM 107/2021).

Dato tale ampio orizzonte socio-sanitario-associativo implicato, gli enti chiamati in causa sono diversi: non più solo quelli attualmente preposti alle politiche sanitarie, ma anche quelli responsabili delle politiche sociali e, in primis, l'Ente locale. Si deve quindi andare verso un nuovo assetto istituzionale che è - di fatto - evocato dal PNRR laddove richiede agli Enti locali (coordinati a livello regionale) di programmare una serie di investimenti e progetti anche di tipo sanitario relativi alla loro area territoriale di competenza. Tale capacità programmatica e progettuale richiede investimenti organizzativi e di personale da parte degli Enti locali, molti dei quali hanno segnalato al Governo le loro carenze chiedendo interventi straordinari.

Si deve altresì tener conto che tutte le elaborazioni più avanzate e consapevoli delle Case della Comunità che si stanno sviluppando in questo periodo coinvolgono il tema dell'assetto urbano, prospettano una rivalutazione dei quartieri, rilanciano la questione della socializzazione - così penalizzata dal tempo-Covid con esiti di malessere sociale e disagio mentale -, nonché della ricostruzione dei legami sociali e della partecipazione dei cittadini in una nuova prospettiva di diritto personale, comunitario e globale alla salute e sicurezza (2-4).

Se questa è la portata dirompente e multidimensionale della sfida posta dalle CdC - e più in generale del riassetto istituzionale e organizzativo del welfare territoriale -, non può meravigliare il senso di sorpresa e di generale sconcerto che pare aver colto molti degli attori del comparto socio-sanitario. Di qui la pioggia di obiezioni che sono piovute negli ultimi due anni di fronte ad una problematica complessa che non è ancora stata ben delineata e compresa. Per quanto già prima della comparsa improvvisa della pandemia fossero state poste sul tappeto proposte di ripensamento radicale delle figu-

re mediche e degli assetti delle cure primarie (5-7), si deve constatare che la recezione di queste sollecitazioni era rimasta limitata e aveva prodotto ben poche innovazioni culturali e organizzative.

Queste sono forse le ragioni che spiegano la mancanza di un coerente disegno di riforma con cui il PNRR [nelle Missioni 5 e 6] è stato costruito, nonché le forti resistenze preventive delle categorie, la prevalenza di proposte riduttive e pre-Covid sulle cure primarie che hanno prevalso nella discussione di questo periodo¹.

Lo scopo di questo articolo è quello di riflettere sulle domande e sui dilemmi che la nuova fase post-emergenziale sta ponendo, evidenziando la necessità di dare risposte articolate e complesse. Ci pare che le CdC abbiano bisogno di sviluppare processi sperimentali in varie direzioni, connettendo e aggregando capacità, risorse e aree finora slegate e a sé stanti. È forse su questa capacità collaborativa e “comunitaria” che si gioca il successo di questa innovazione che trascina un forte cambiamento tanto culturale quanto istituzionale e organizzativo. Un cambiamento certamente difficile, sottoposto a molte incognite, ma che può aprire nuovi spazi di creatività e innovazione in campi – come quelli del welfare e del SSN - che da tempo necessitano di nuova linfa, nuove idee, nuova capacità mobilitante.

2. Le Case della Salute fra attese mancate e stasi evolutive

Le Case della Salute (CdS), com'è noto, sono state un parto relativamente recente, varato in Italia alla metà del primo decennio del Duemila, ad opera del Ministro Livia Turco (L. 296/2006 e DM Salute 10 luglio 2007). Alcuni precedenti concettuali a questa proposta si ritrovano in scritti di Maccacaro (1972) che, parlando dell'*Unità Sanitaria Locale come sistema*, ipotizzava una CdS con compiti di assistenza di base, consultazione, educazione, informazione (8). Con un taglio diverso, lo stesso nome veniva proposto nelle prime elaborazioni della promozione della salute come luogo deputato alla realizzazione decentrata di azioni educative, promozionali e di auto-aiuto (9).

Sul piano internazionale, già sul finire del novecento erano stati sviluppati alcuni mo-

¹ Dopo la stesura di questo contributo è comparsa la bozza di Regolamento relativa a “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” emanata dal Ministero della Salute in data 23.02.2022 e che sarà sottoposta alla Conferenza Stato-Regioni. In attesa di valutazioni più approfondite, si può dire che la scelta del Ministero va nella direzione di definire un modello di assistenza territoriale basato sui Distretti e le Case della Comunità da attuare in tutto il territorio nazionale. Pur dichiarando che la CdC «rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali» e «costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all’interno della comunità stessa», il Regolamento sembra rimanere nei confini organizzativi e gestionali del mondo sanitario, evitando di intrecciarsi con l’ambito sociale e associativo-comunitario. Esiste quindi il rischio, già corso con le Case della Salute, di una attuazione riduttiva e autoreferente di questo settore vanificando le intenzioni dichiarate in diversi punti del testo.

delli volti ad un ripensamento complessivo dei servizi territoriali in funzione di una cura integrata della persona e in particolare di quella anziana, fra cui i noti modelli statunitensi del *Chronic Care Model* e del *Kaiser Permanente*.

Il Primo modello (10) prevede di sviluppare un'organizzazione capace di agire efficacemente rispetto alla finalità del trattamento della cronicità, multipatologicità e *long term care* creando dei *team assistenziali integrati* (con forte rilevanza dell'assistenza infermieristica) orientati ad una gestione programmata dei pazienti cronici. La logica del modello non si limita a ragionare in termini di prestazioni da fornire, ma altresì di sostegno alla *self-care*, ai *care-giver*, ai gruppi di *self-help*, ai centri anziani, agli interventi di comunità. In altri termini, questo modello cerca di realizzare un contesto di cure interprofessionali collaborative che dialogano costantemente con tutte le risorse informali e assistenziali messe a disposizione dalle reti familiari, comunitarie e istituzionali.

Il secondo modello (11) è centrato su una forte integrazione sanitaria fra medici di base, specialisti e ospedalieri coadiuvati da assistenti e infermieri. Le strutture di cure primarie sono dotate di diversi strumenti tecnologici, cosicché i tempi di attesa per le diagnosi e per l'attivazione di percorsi terapeutici sono ridotti al minimo. Anche il paziente viene addestrato a mettere in gioco le proprie risorse di auto-cura dialogando con specifici referenti. Nel caso che i nuclei di convivenza non possano garantire assistenza durante i periodi di convalescenza post-ospedalieri, il soggetto viene immesso in Residenze sanitarie assistenziali facilitando le dimissioni dai reparti per acuti.

Per quanto riguarda l'esperienza italiana, gli obiettivi posti dal Ministro della Salute, Livia Turco, nel 2006 erano quelli di realizzare «un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della Salute, una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione» (12), obiettivi che vengono ribaditi dalla *Dichiarazione di Bologna* stilata dalla Conferenza sulle Cure primarie tenuta nel 2008. In questa impostazione la CdS è un luogo-polo polivalente centrato sulle cure primarie, collegato con l'ospedale e capace di esplicitare attività di prevenzione. Secondo le motivazioni istitutive, tuttavia, la CdS deve altresì rappresentare il luogo della *partecipazione democratica* dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e attività; inoltre essi sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito.

Secondo un primo rapporto sullo stato di attuazione realizzato nel 2009 su otto aree regionali, risultava la rilevante disomogeneità dei vari contesti studiati, con interessanti esperienze di associazionismo fa MMG, ma con significative carenze nell'integrazione ospedale-territorio, fra assistenza sanitaria di base e servizi sociali, nonché limitate attività di tipo preventivo. Non vi è sostanzialmente traccia che le Case siano

diventate luogo di partecipazione democratica, né di programmazione e valutazione condivisa (13).

Nel 2012 è stato varato il DL 158 (c.d. Decreto Balduzzi) che prevedeva delle aggregazioni monoprofessionali di assistenza primaria (denominate AFT: *Aggregazioni Funzionali Territoriali*) e delle Unità operative multiprofessionali (dette UCCP, *Unità Complesse di Cure Primarie*) che dovevano sviluppare delle reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, operando in coordinamento/collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

In alcuni ambiti regionali le Case della Salute si sono sovrapposte e integrate con le UCCP, mentre in altre le UCCP si sono sviluppate in alternativa alle CdS. Difficile avere chiare notizie in merito dato che anche la più recente rilevazione sullo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità realizzata dall'Ufficio Studi della Camera dei Deputati in vista del PNRR (1) evidenzia che solo 4 Regioni hanno sviluppato in modo abbastanza diffuso questo modello (Piemonte, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna hanno aperto 348 delle 493 censite, mentre altre 9 ne avevano un numero limitato, 8 nessuna). Il rapporto non fornisce stime sull'attivazione delle UCCP. Ancora meno diffusi gli Ospedali di Comunità (163, di cui ben 69 solo nel Veneto). Pur non riportando dati sulle tipologie organizzative delle Case censite (e "in assenza di una declinazione condivisa a livello nazionale" delle stesse), il rapporto non può che sottolineare l'ampia disomogeneità numerica e legislativa fra le varie Regioni, pur evidenziando «un profuso impegno finalizzato al rafforzamento dell'assistenza territoriale».

Concentrando l'attenzione sull'Emilia Romagna, Regione che maggiormente ha implementato questo modello (124 Case a giugno 2021) e che ha effettuato periodiche rilevazioni (pur non omogenee né esaustive), si può rilevare che le CdS sono state precedute dalla costituzione dei Poli Sociosanitari Integrati e dei Nuclei delle Cure Primarie organizzati dai Dipartimenti CP. La costituzione delle Case è stata intesa come strutturazione di diverse aree di intervento che superano i confini dei Nuclei e preludono alla creazione di percorsi integrati fra CdS e Ospedale.

In tempi recenti, l'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia Romagna, ha realizzato uno studio sulla "Valutazione di impatto delle Case della Salute" sulla base di una serie di indicatori di cura (2009-2019) e di qualità percepita dagli utenti (14). Il dato più evidente dello studio è quello della riduzione di accessi al Pronto soccorso per chi è utente delle Case della Salute (-16,1%), mentre molto meno netto è il dato sull'ospedalizzazione (-2,4%). Per contro risulta aumentata la presa in carico dell'assistenza domiciliare (+9,5). Tuttavia i dati sono molto disomogenei nelle città maggiori e sembrano connessi con le modalità (accentrate o decentrate) con cui viene organizzata l'assistenza di minore complessità.

Il Rapporto indica che la metà dei MMG presenti nella Regione esercita nelle Case.

Queste solitamente non ospitano solo un gruppo di MMG, ma anche i servizi vaccinali (75% delle CdS), il consultorio familiare (71%), l'ambulatorio ostetrico e la pediatria di comunità (60%), ambulatori specialistici (82%), ambulatori per la gestione integrata della cronicità (74%), l'ambulatorio della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (64%), ambulatori del Centro di Salute Mentale (52%). Nel 62% delle Case si sono effettuate iniziative di educazione e promozione della salute. Inoltre sono presenti organizzazioni di terzo settore che contribuiscono alle attività delle istituzioni (65%). In alcuni casi sono annessi Ospedali di comunità e Case residenza anziani. Con la revisione del progetto Case della Salute attuata con la Delibera regionale del 2016 (DGR 2128/2016) e il Piano Sociale e Sanitario 2017-19 sono stati messi in funzione diversi percorsi formativi relativi a vari obiettivi (come il lavoro di rete e di comunità, l'accoglienza e orientamento, la presa in carico della cronicità e dei bisogni occasionali, l'integrazione socio-sanitaria) che tuttavia hanno dovuto successivamente fare i conti con l'impatto del Covid. Nel 2019 è stata poi condotta una indagine regionale sugli utenti (*CaSa Qualità*) che ha sorprendentemente messo in luce una buona e simile soddisfazione degli utenti sia per le Case che per i Poliambulatori, e dove tuttavia sono emerse criticità nell'ambito dell'accoglienza, degli ambienti, dei percorsi di cura, della continuità assistenziale (15).

Nonostante queste importanti esperienze, il Sistema Sanitario Regionale ER risente dei problemi legati alla carenza di personale, ai tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche, al forte carico amministrativo che grava sui MMG, alle limitate dotazioni delle Case, alle perduranti difficoltà di passare da una dimensione prestazionale del singolo operatore ad una dimensione integrata e collaborativa.

Si constata, inoltre, che sono ancora molto numerose le situazioni in cui la medicina generale viene erogata in ambulatori a sé stanti e che il sistema delle CdS si è sviluppato finora in *varie tipologie incrementalmente-additive* che solo in parte giustificano la dizione di "case" della "salute". Infatti esse sono in prevalenza luoghi sanitari che prevedono diverse modalità aggregative (raggruppamento di ambulatori di medicina generale; presenza congiunta di MMG e alcuni specialisti in orari dedicati; sede comune di vari servizi consultoriali, riabilitativi, domiciliari; sede comune di servizi sanitari e sociali). Questo spiega perché tali luoghi non siano, se non in poche situazioni, percepiti come "case" riconoscibili e abitabili dalla gente. Essi sono gestiti da apparati tecnici che poco spartiscono con gli Enti locali e con gruppi di volontari: nessun gruppo associativo ha sede nelle CdS e offre servizi coordinati a quelli locati nelle Case. Inoltre, nessuna rappresentanza associativa e civica partecipa alla co-progettazione e co-gestione delle Case e dei Distretti. Per tali ragioni, quindi, le attuali CdS vengono confuse con i poliambulatori e non diventano espressione e riferimento delle comunità locali e tantomeno ambiti di "partecipazione democratica".

Inoltre, il termine “salute” sembrerebbe alludere ad un grosso investimento e spiegamento di attività di promozione della salute. In realtà si continuano a realizzare scarse iniziative di stampo informativo-preventivista che ben poco hanno a che fare con il coinvolgimento della popolazione in attività promozionali e formative coordinate di alfabetizzazione, self-care, benessere sociale e qualità della vita.

Se il tema dell’associazionismo medico era stato uno dei motori delle Case, esso appare oggi meno attivo, mentre molte iniziative legate alle cure interprofessionali condizionate sono frenate da perduranti differenze normative, culturali e organizzative.

Le Case vengono di fatto gestite dai Distretti, con mancata unificazione di budget e di personale, ma soprattutto di cultura e gestione organizzativa. Esse cioè non godono di una qualche forma di autonomia.

Nonostante esperienze locali interessanti, le differenze fra ambito sociale e sanitario persistono, così come le difficoltà di raccordo e di realizzazione di percorsi di cura realmente fluidi fra territorio e ospedale. Si deve anche dire che, in molti casi, anche le attività dell’ambito sociale appaiono legate ad una visione “di attesa” piuttosto che di vicinanza e prossimità.

In definitiva, le Case gravitano quasi totalmente in un ambito tecnico-sanitario. Uno spostamento di asse verso la “salute”, la “prossimità”, la “comunità”, l’“abitare”, già in parte ipotizzato nei piani originari ma in grande misura irrealizzato, implica non solo o tanto l’aggiunta di nuovi obiettivi e apparati, ma piuttosto un deciso cambiamento paradigmatico, culturale e metodologico a cui il nuovo termine di “Case della Comunità” previsto dal PNRR sembrerebbe alludere e invocare. Un salto che giunge su una parte di terreni già arati, ma che ancora faticano a vedere la crescita di nuove coltivazioni (come quelli delle regioni che maggiormente hanno investito nelle CdC), e deve estendersi anche su un’altra ampia area di terreni ancora incolti, che però non necessariamente devono compiere gli stessi cammini già battuti. Per tutti sarebbe necessario prendere nuove strade comuni, ma con differenze di tempi e percorsi, mettendo in comune le esperienze in un rinnovato gioco di squadra.

3. La crisi pandemica fra normalizzazione e passaggio d’epoca

La veloce diffusione del virus Covid-19 ha presto assunto le dimensioni di una *pandemia* presente in tutti i continenti e paesi del mondo. Considerando la sua velocità di propagazione, la sua estensione e la persistenza negli anni successivi, diversi commentatori hanno osservato che si è trattato del primo evento planetario di questa portata e di questo tipo. Inoltre, gli effetti di sconvolgimento sulla vita personale e associata, nonché l’impatto sul mondo economico, politico, sanitario e sulla comunicazione mediatica che ne sono derivati, hanno fatto parlare di *sindemia* (interazione fra diverse patologie e contesto socio-ambientale) e *infodemia* (caoticità comunicativa, che

comporta danni aggiuntivi rispetto a quelli causati dall'agente infettivo).

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

Di fronte a questo shock globale - che segue quello delle Torri gemelle [2001], della crisi economica mondiale [2007 e seguenti] e della montante crisi ecologica e climatica - molti si sono chiesti: «*Che cosa ci insegna la situazione che stiamo vivendo?*», «*Quali cambiamenti emergeranno?*», «*Di cosa abbiamo bisogno per un futuro migliore?*» (16). In altri termini, ci sarà semplicemente un ritorno alla situazione pre-crisi appena il vaccino ci permetterà di tornare alla nostra "vita normale" o ci troviamo di fronte ad una *crisi/passaggio di portata storica* da cui emergerà un nuovo assetto planetario?

La risposta a queste domande non è certamente già scritta, ma si attualizza sulla base dei passi che si realizzano camminando in una direzione o un'altra, facendo alcune scelte o altre. Sicuramente siamo in un tempo di angoscia, di sospensione della precedente vita quotidiana, di forte riadattamento della vita sociale organizzata alle emergenze perduranti, un tempo simile a quello che Ernesto De Martino aveva definito di "catastrofe vitale" in cui un assetto del mondo termina e un altro – in modo incerto e imprevedibile – può nascere (17).

Secondo autorevoli commentatori: «Di fronte al virus, abbiamo vissuto sulla nostra pelle il fatto che siamo tutti interdipendenti, che le nostre vite sono legate le une alle altre, che i nostri comportamenti condizionano i destini altrui e viceversa.» (18, p. 9) Per tali ragioni si è diffusa in un'ampia maggioranza della popolazione la convinzione che i comportamenti ottusi, individualisti, cospirazionisti espressi dai no-vax fossero da condannare e rigettare.

Secondo Edgar Morin le "lezioni" che si possono estrarre dall'esperienza collettiva che stiamo vivendo sono molteplici in termini di esistenza personale, ma anche di evoluzione civica e di civiltà (19). Il rischio di non cogliere le sfide e non dare risposte adeguate è quello di innescare un "grande processo regressivo" con esiti che possono diventare esplosivi in termini di assetto democratico, di cultura della convivenza (la "fraternità" politica e necessaria posta in luce dallo stesso Morin e da Papa Francesco), di sostenibilità non solo economica ma sociale del welfare.

Possiamo cercare di comprendere il tipo di risposte che ci paiono necessarie basandoci sulle indicazioni di uno studioso (fra l'altro) dell'immaginario sociale e dei suoi processi di cambiamento: Gregory Bateson (20). Egli distingue fra *Apprendimento 0, 1, 2, 3*.

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

Nel caso della sanità, l'apprendimento 0 si configura come incremento quantitativo di addetti e risorse senza un sostanziale ripensamento delle cure primarie, dell'assetto ospedaliero, delle connessioni con il settore sociale, della logica della cura che fino ad oggi si è dispiegata. In tal modo resterebbero irrisolte le varie problematiche legate alle diseguaglianze di accesso, alle diffuse situazioni di incuria, agli approcci segmentati e individualizzati alle prestazioni di cura, confermando tutti gli effetti di *medicalizzazione, passivizzazione e sanitarizzazione* che l'attuale assetto comporta (21).

L'*Apprendimento 1* è «un nome adatto per la correzione della scelta nell'ambito dello stesso insieme di alternative» (20, p. 312). In altre parole, si riconosce che dei cambiamenti ci devono essere, che il contesto è parzialmente cambiato, ma l'insieme delle alternative in cui ci si muove è simile alla situazione precedente. Detto altrimenti, non vi è "creatività" sufficiente per rispondere in modo nuovo e "più adattivo" a situazioni che trasformano radicalmente il contesto di vita. Si tratta dunque di una situazione in cui i "paradigmi" e le "premesse d'azione" non vengono messe in discussione e si cercano delle soluzioni "dentro lo stesso insieme di alternative".

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

L'*Apprendimento 2* «è un cambiamento correttivo dell'insieme delle alternative entro il quale si effettua la scelta, o un cambiamento della segmentazione della sequenza delle esperienze.» (20, p. 319). Questo apprendimento viene anche chiamato "apprendimento d'insieme" o "apprendimento ad apprendere". In altre parole, si intravede una nuova configurazione del contesto e non ci si fa condizionare dalle precedenti modalità di risposta; in tal modo si è in grado di ampliare gli "insiemi di alternative" e le sequenze entro cui si costruiscono le esperienze. L'assistere al dispiegarsi di una nuova situazione stimola ad immaginare un diverso tipo di configurazione, di equilibrio, e ciò può attiva-

re il desiderio/speranza di poterla realizzare facendo dei passi adeguati.

Bateson tratteggia anche i contorni di un possibile *Apprendimento 3*. Si tratta di un salto di idee, vissuti e assetti sociali che è assimilabile a processi di trasformazione rapida e radicale - come le conversioni e le rivoluzioni -, ma descrive anche quei conflitti interni e sociali irrisolvibili che portano a forti caoticità, follia, collassi di civiltà, incapacità di trovare soluzioni. Si tratta di una situazione che, al momento, sembra sullo sfondo, ma che i diversi shock occorsi negli ultimi vent'anni evocano come un vortice che può avvitarsi in modo incontrollato e potente spazzando via i tentativi di trasformazione anche profonda.

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

La situazione creata dal Covid, come si è detto, costituisce un potente rivelatore del sommarsi di varie criticità prodottesi nell'ultimo trentennio: quindi, per uscire da questa crisi stratificata che ha prodotto una "normalità" profondamente inadeguata, ci pare necessario optare per un deciso ripensamento strutturale e culturale, assimilabile ad un *Apprendimento 2*. La situazione in cui siamo ancora immersi ha prodotto una forte insoddisfazione e frustrazione del personale - stretto da vincoli economici, organizzativi, burocratici - e ha generato altresì sfiducia, delusione e parziale disaffezione da parte della popolazione che si è trovata alle prese con la mancata copertura dei LEA (*Livelli essenziali di assistenza*), con lunghe liste d'attesa, con forti ticket, scontando l'assenza di una visione globale e processuale degli interventi, specie per le categorie più a rischio.

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

4. Quali Case della Comunità? Le discontinuità paradigmatiche necessarie

Le Case della Comunità (CdC) di cui stiamo parlando dovrebbero configurarsi non solo come dei luoghi in cui aggregare un insieme di servizi di base e specialistici, ma come un forte nodo di intersezione e interscambio fra risorse formali di cura e risorse informali di salute comunitaria capace di contribuire alla coesione sociale e al supera-

mento delle diseguaglianze di cura.

Esamineremo qui di seguito le principali discontinuità che proponiamo di considerare non tanto perché ci paiono più desiderabili, ma in quanto ci paiono *necessarie* per dare risposte alle problematiche da tempo presenti e che sono state esasperate dalla pandemia. Viste nel loro insieme, esse ci paiono rispondere all'esigenza di un cambiamento di asse paradigmatico che, come detto, sia orientato a rispondere alle sollecitazioni venute da questo gigantesco esperimento sociologico di massa che è costituito dall'impatto sociale della pandemia-sindemia-infodemia. Le concrete attuazioni delle Case che seguissero queste linee programmatiche, potrebbero prendere diverse configurazioni locali dovute alle esperienze pregresse, alle risorse disponibili, ma anche all'applicazione di un principio di *contestualità e flessibilità*, in ragione non solo di punti di partenza differenziati, ma anche della necessità di tracciare dei *profili di comunità* dei vari territori e di seguirne la variazioni nel tempo in termini demografici, epidemiologici, di stili di vita, di tecnologie disponibili, operando in sintonia con le trasformazioni della vita sociale e con i bisogni emergenti nella popolazione di riferimento, e in particolare delle sue fasce più esposte quali anziani, disabili, adolescenti e giovani, care givers e assistenti familiari, immigrati, donne richiedenti aiuto e così via.

L'esigenza di un nuovo quadro valoriale

Il paradigma valoriale che aveva prevalso nel trentennio fra gli anni novanta del novecento e gli anni venti del duemila è stato quello neo-liberale, coniugato in termini di libertà individuale di consumo di beni e servizi, temperata da un intervento compensatorio e di economia di scala da parte del settore sanitario pubblico organizzato in termini aziendalistici e di quasi-mercato. Tutta la gestione dell'emergenza Covid ha evidenziato tuttavia la necessità di un attivo *coordinamento interno e internazionale* realizzato dalla mano pubblica, ma con il concorso di tutte le risorse associative e di imprenditoria etica presenti nella società. La prospettiva di una diffusione mondiale delle vaccinazioni indica una rinnovata e allargata priorità in termini di *eguaglianza e interdipendenza*. Essa tuttavia, con ogni evidenza, mostra che senza una forte capacità applicata di *solidarietà e cura* non si hanno adeguati riscontri in molte situazioni di disagio, marginalità, povertà, disabilità, conflitto, malessere sociale. Situazioni che il Covid ha esasperato e che, con ogni probabilità, continueranno a manifestarsi nei prossimi anni.

Il Covid ha altresì evidenziato l'importanza di una condivisione larga nella popolazione, nelle istituzioni, nel personale di aiuto di una visione della salute come *bene comune*, visione che implica un certo grado di coesione, di responsabilizzazione personale, di gestione condivisa.

In questo contesto si situa il tema della *libertà*, non più coniugato in termini di

scelte di consumo, ma di personalizzazione degli interventi, di riconoscimento della persona nei percorsi di cura, di autonomia responsabile, di promozione delle capacità, di co-produzione dei servizi attraverso relazioni di cura sempre più orientate alla *partnership*.

Dunque la Casa della Comunità può nascere in termini di discontinuità valoriale rispetto al recente passato se sarà in grado di esprimere una nuova cifra di *libera fraternità egualitaria* piuttosto che di solitaria rivendicazione individuale e competitiva di diritti.

Verso una nuova visione della salute e della salutogenesi

Una seconda discontinuità necessaria è quella capace di affiancare al paradigma della cura specialistico-terapeutica (o patocentrico) quello della salute promossa a livello personale, ambientale, collettivo. È facile rilevare che le attuali Case della Salute portano questo nome in modo prevalentemente improprio, tanto che viene inteso sia dagli operatori che dalla popolazione come sinonimo di servizi sanitari di base. Limitate le iniziative intraprese di tipo preventivo e formativo. Del tutto assente una visione promozionale legata alla capacità di *self-care*, educazione alla cura, *life skills*, *health literacy*, ossia di capacitazione e formazione per tutto il corso della vita, da agire in sinergia con le scuole, i centri giovanili, i centri anziani, i punti di comunità e via dicendo (22). Tuttavia non è questa una problematica di estrema rilevanza per il futuro dopo che è emerso, con ogni evidenza, che la sana esigenza di essere attivi nella promozione e cura della salute - espressasi già a partire dagli anni settanta del novecento - può imboccare strade abnormi, devianti e prive non solo di fondamento scientifico, ma anche di senso civico e legame sociale?

Assente altresì un'azione di promozione del *benessere sociale e ambientale* da agire in sinergia con gruppi di volontariato, servizi orientati all'integrazione, centri interculturali, servizi ambientali (23-24). Ma assente anche quella *prospettiva salutogenica* - coniata da Antonovsky (25) e in ulteriore recente sviluppo (26) - che mette l'accento sulla *capacità di adattarsi* e affrontare le difficoltà della vita, oltre che sui *fattori di resistenza* presenti negli ambienti di vita che possono aiutare e favorire i soggetti a sviluppare traiettorie di resilienza e benessere. Secondo tale prospettiva, è sempre necessario operare non solo per contenere i processi patogenetici ma anche contemporaneamente *agendo sulla leva della rigenerazione dei fattori e dei processi salutari*.

La Casa della Comunità può andare oltre i risultati minimali raggiunti dalle CdS se potrà disporre di un adeguato investimento di personale e di mezzi dedicato specificatamente a questi obiettivi, ma accompagnati da una rilevante discontinuità paradigmatica e metodologica su come promuovere e generare la salute personale e comunitaria. Le CdC devono dunque poter disporre di team multiprofessionali con competenze nel

lavoro di comunità, nella formazione, nella comunicazione, uscendo dai soliti binari declinati su un set predefinito di rischi orientati al solo benessere fisico.

Dall'intervento tecnico alla cura

Il tema della cura diventa centrale nelle CdC superando sia la dimensione esclusivamente tecnico-sanitaria sia quella tecnico-assistenziale unilaterale. Se intendiamo la cura come un'attenzione responsabile e competente ai bisogni altrui che coinvolge l'Alter in una relazione reciproca di aiuto (27-28), allora sono questi bisogni di Alter a indicare quali forme di cura saranno necessarie (congiuntamente o in sequenza) e come questa *persona-in-cura* potrà contribuire al suo percorso di fuoriuscita dal bisogno. Dunque è attraverso la combinazione di diverse forme e sequenze di cura che è possibile dare risposte integrate e complesse ai bisogni delle persone. Per tale ragione, la CdC deve porsi come una "comunità della cura", capace di approntare le risorse professionali e non professionali che possono validamente concorrere alla *personalizzazione* degli interventi e al *coinvolgimento* della persona che necessita di aiuto nel percorso integrato di cura che la riguarda.

Inoltre, la cura è normalmente una iniziativa di un insieme di professioni, risorse e competenze capaci di decifrare la complessità situazionale e collaborare ad affrontarla portando benefici al soggetto. Questi orientamenti riportati alla dotazione delle CdC indicano che non si tratta solo o tanto di posizionare nello stesso luogo due percorsi paralleli, uno sanitario, potenzialmente per tutti, e uno sociale, per chi ha bisogni assistenziali e di sostegno aggiuntivi, ma piuttosto di pensare le cure primarie in termini di "progetti di salute" elaborati da un team composito (infermieristico, psicologico, assistenziale), integrabile con altre risorse specialistiche, ma anche assistenziali di sostegno e informali (familiari, volontarie, ecc.), orientate da una prospettiva generativa e salutogena (sostegni al benessere e alla resilienza).

Da queste assunzioni ne discendono altre legate alle esigenze multiple di integrazione, continuità e cooperazione fra servizi, istituzioni e professioni facenti parte del sistema sanitario, sociale, educativo e di welfare pubblico, no-profit e convenzionato. Se gli aspetti collaborativi e organizzativi diventano fondamentali, si prospetta la necessità di sviluppare dei modelli e delle procedure organizzative orientate alla complessità, all'intervento sistemico, alla integrazione, anche attraverso l'istituzione di apposite *figure di coordinamento e management organizzativo* delle CdC.

Dal lavoro ambulatoriale alla prossimità

Le varie tecniche sociali e sanitarie di aiuto hanno generalmente privilegiato le dimensioni micro e individuali dell'intervento di aiuto, ma partendo da categorizzazioni, assunzioni standard, valutazioni probabilistiche su grandi campioni, strumenti tarati

su specifiche problematiche di bisogno. Di qui una perdita di attenzione alla specificità situazionale e alla complessità personale, ma anche una scarsa considerazione del contesto ambientale e della dimensione locale, relazionale e comunitaria degli interventi. Questi orientamenti hanno nettamente prevalso nel mondo medico-sanitario, ma sono altresì presenti anche nel campo sociale. Ciò si traduce in un metodo di lavoro “a sportello” o ambulatoriale in cui solo persone sufficientemente motivate e consapevoli possono presentare la loro richiesta, nella misura in cui le loro esigenze siano compatibili con quelle predisposte dai servizi e riescano a completare le procedure amministrative fissate. Non solo quindi le domande verranno processate (“prese in carico”) secondo la dimensione dell’offerta, ma esse verranno ristrette in un imbuto lasciando fuori tutte le esigenze non previste o non compatibili con le procedure, i ruoli, i tempi dei fornitori. Non sorprende quindi che molte esigenze di cura e di LEA rimangano non soddisfatte da tale strutturazione dell’offerta e del metodo di lavoro. Su questa base avremo delle risposte che saranno di tipo *prestazionale, specifico, delimitato*. L’effetto è quindi quello di fornire *meno risposte* rispetto ai bisogni e risposte *non complete*, parziali, spesso insufficienti; per non parlare della dimensione qualitativa e relazionale della cura che diventa *standardizzata, affrettata, incompiuta* e quindi spesso insoddisfacente.

In contrasto con tali orientamenti, dati spesso per scontati, sono state proposte negli ultimi anni varie esperienze cosiddette “di prossimità”, “proattive”, “generative”.

Con *prossimità* si può intendere non tanto la vicinanza fisica ma piuttosto il movimento di “andare verso” qualcuno, di incontrarlo e affiancarlo. La presenza di “punti di comunità” situati in zone specifiche dei quartieri e territori (come nel caso delle esperienze delle “microaree” di Trieste) può essere utile e favorente l’incontro. Il problema tuttavia è quello di passare dalla offerta preconfezionata (coi suoi imbuti, le sue attese, le sue procedure) all’ascolto di bisogni espressi e inespressi, trovando risorse e forme di cura composite. In tale prospettiva, l’esperienza dei *budget (o progetti) di salute*, ossia di risposte integrate e personalizzate utilizzando un mix di risorse disponibili (metodologia finora sperimentata nel campo della salute mentale) può essere un’indicazione utile e fruttuosa (28). In ogni caso, già l’affiancamento, l’ascolto, il superamento delle barriere dell’isolamento, la creazione di ponti fiduciari costituiscono un grosso risultato che cambia le situazioni di soggetti a rischio di marginalità e permette un notevole miglioramento del funzionamento dei servizi esistenti, ma anche orienta lo sviluppo di nuovi progetti.

Nel campo sanitario si intende prevalentemente la *pro-attività* come il passaggio da un intervento prettamente ambulatoriale ad un altro che comprenda anche un’azione “di popolazione” - ossia di controllo programmato delle situazioni di cronicità, *long term care*, disabilità -, ma che includa anche il monitoraggio dei percorsi di cura

predisposti fra i vari servizi. Tale attività organizzata costituirebbe senz'altro un miglioramento, ma essa va affiancata con quella sopra descritta, ossia con un percorso di avvicinamento ai vari ambienti e problematiche che si avvale di un'azione socio-sanitaria congiunta.

La *generatività* indica poi l'esigenza di passare, ogni volta che sia possibile, da interventi ripetitivi e assistenziali, potenzialmente cronicizzanti, ad una prospettiva abilitante, ricostruttiva, salutogenica per la persona, ma spesso anche per le reti relazionali in cui è inserita. In definitiva, la CdC deve attrezzarsi – con opportuni strumenti formativi e di ricerca-azione – ad un salto metodologico, capace di coinvolgere i principali attori sanitari, sociali e di terzo settore e di temperare diversi obiettivi ed esigenze.

Dalla comunità assente alla rigenerazione di comunità

Com'è noto, le principali correnti culturali della modernità (liberismo, socialismo - nelle sue varie versioni - e progressismo), hanno visto l'ethos comunitario come sostanzialmente antitetico e incompatibile con le basi portanti della modernità – Individuo, Ragione, Mercato, Stato –, relegandolo fra le forme tradizionali e ascritte di relazioni sociali. Ciò nonostante diverse correnti del riformismo democratico, del radicalismo utopico, del lavoro sociale partecipato hanno periodicamente mantenuto viva l'ipotesi comunitaria anche negli ambienti urbani che si andavano a ricostituire dopo il trauma della seconda guerra mondiale e nelle fasi calde della costruzione di nuovi servizi di welfare in funzione anti-istituzionalizzante e partecipativa, nel corso degli anni '70 e '80 del novecento (30).

Il dibattito contemporaneo sulla comunità ha evidenziato la polisemicità del termine, ma anche le sue capacità euristiche. Le comunità (locali) del *presente* non sono più caratterizzate da una identità e tradizione comune, ma dalla condivisione di uno o più pattern aggregativi. Come sostiene Cohen: «Proponiamo che piuttosto che pensare la comunità come un meccanismo *integrativo*, essa dovrebbe essere vista come un congegno *aggregativo*» (31, p. 20). Una posizione che è assimilabile con quella sostenuta da Hunter e Suttles alcuni anni prima che avevano parlato di “comunità a responsabilità limitata” basate sulla partecipazione come scelta volontaria piuttosto che obbligata in ragione del luogo di residenza (32).

Assunta questa ipotesi di lavoro, si tratta di analizzare le tendenze convergenti e aggregative presenti dei diversi territori e quelle divergenti e omogeneizzanti. Fra le prime lo sviluppo economico sostenibile, l'equilibrio ambientale, i servizi di cittadinanza, la presenza di esperienze associative e di impegno volontario, oltre che una buona sicurezza civile e vivibilità, la qualità delle strutture educative e diversi altri fattori. Fra le seconde, molte delle tendenze globalizzanti e culturalmente omogeneizzanti imposte dall'espansione economica e tecnologica degli ultimi anni (33).

Negli ultimi decenni la relativa caduta quantitativa e qualitativa del sistema di protezione sociale, nonché la contrazione del capitale sociale costituito dalle reti di vicinato e informali, da quelle associative e volontarie e dai servizi territoriali ha fatto pendere la bilancia dal lato delle tendenze disaggregative. Per non parlare della grande difficoltà di trovare referenti capaci di creare *fiducia comunitaria*, meccanismo che sta alla base di qualunque azione rigenerativa del benessere socio-ambientale (33, p. 150). Si deve quindi parlare di una sofferenza rilevante dei processi comunitari di cura e di benessere che, in certi territori, può arrivare a configurare una “comunità assente”, incapace di auto-rigenerarsi.

Il tempo della pandemia, come detto, ha ulteriormente aggravato le diseguaglianze, solitudini, fratture e conflitti interni alle reti, ma ha altresì cambiato la temperatura e le attese, producendo nuovi bisogni di socialità, di regolazione, di vivibilità, così come risorse di resilienza e di riorientamento. Forti segnali si possono cogliere dalla risposta molto ampia alla vaccinazione, dalle capacità di reazione in campo economico, culturale e sociale, dalla rilevante riapertura fiduciaria e progettuale sui sistemi pubblici di sanità, di formazione e di sicurezza. Non è dunque casuale che oggi si torni a parlare di “Case della Comunità”, “Ospedali di Comunità”, “Ripresa e Resilienza” evidenziando la necessità di nuove forme di impegno e investimento collettivo che da decenni sono mancate.

Al fine di riattivare meccanismi ricostruttivi nelle comunità locali si tratta quindi di collocare all'interno delle CdC, viste come perno aggregativo e simbolico degli interventi di welfare territoriale, delle forti capacità di rigenerazione e coinvolgimento delle reti sociali (*community engagement and building*). Tali capacità si possono coniugare con quelle relative alla promozione della salute, del benessere sociale e della rigenerazione ambientale, da una parte, dei metodi e relazioni di prossimità e inclusione, dall'altra. Esse tuttavia hanno necessità di uno spazio operativo specifico, sostenuto da una struttura di riferimento e dal concorso di specifiche esperienze di associazionismo, volontariato e terzo settore.

Come scrive A. Zazzera (34, p. 28), nella letteratura sociale esistono diverse accezioni e definizioni degli interventi di comunità: «partecipazione della comunità (*community participation*), sviluppo della comunità (*community development*), responsabilizzazione della comunità (*community empowerment*), approcci incentrati sulla comunità (*community-centred approaches*), costruzione della comunità (*community building*), organizzazione della comunità (*community organizing*), iniziative basate sulla comunità (*community-based initiatives*) e coinvolgimento della comunità (*community engagement*).» Da una parte, i temi della partecipazione e del coinvolgimento evidenziano un ruolo attivo della popolazione nei meccanismi progettuali, decisionali e di governance; dall'altra, si sottolinea che la comunità ha bisogno di essere organizzata,

costruita, aiutata a rigenerarsi.

La prospettiva della *community building* (CB), secondo diversi autori (35), si caratterizza per mettere in campo attori diversi (pubblici, privati, associativi), sistemi di regole e logiche di azione diverse, ma che collaborano in un progetto unitario. Tali forme, secondo Zazzera (34), sono in grado di valorizzare le componenti già attive della società e promuovere la nascita di nuove forme di comunità attiva, adattandosi sia a contesti ricchi di iniziative sia poveri di capitale sociale.

Le iniziative di CB hanno la capacità di aiutare le reti sociali a rigenerarsi fornendo supporto sociale, influenza, impegno, informazioni, accesso a risorse (36). Ciò ha importanti riscontri sul piano della riduzione delle disuguaglianze e del miglioramento dei risultati di salute: «Le persone con reti sociali più ampie di solito vivono una vita più sana e più lunga rispetto a coloro che sono soli e socialmente isolati [...]. I risultati mostrano che i legami sociali danno un contributo ai risultati di salute tanto significativo quanto quello che deriva dai tradizionali fattori di rischio, come fumo, consumo di alcol e inattività fisica.» (34, p. 37)

In conclusione, la costruzione e il coinvolgimento delle comunità costituiscono un obiettivo che permette di creare nuove risorse e tessuto sociale, ma è anche un metodo di lavoro che mira ad attivare la co-progettazione, co-produzione, co-gestione (37). È sulla base di un forte investimento in quest'area che una CdC si può caratterizzare in modo innovativo e differente rispetto alle attuali esperienze di CdS di impianto esclusivamente sanitario e socio-sanitario.

Riorganizzare le città: associare salute collettiva con sicurezza e vivibilità

Si è detto che l'investimento nelle nuove CdC dovrebbe situarsi in un contesto di ripensamento dell'abitare la città e gli ambienti extra-urbani. Durante il periodo della pandemia, oltre 500.000 cittadini hanno abbandonato New York a causa di un tasso di mortalità tre volte più alto del resto degli Stati Uniti. In generale, le grandi aree urbanizzate del mondo (compresa l'area metropolitana milanese-lombarda) hanno avuto tassi di contagio e di mortalità notevolmente sopra la media. Ciò in ragione della densità abitativa, dei tipi di insediamenti prevalenti (grossi condomini e grattacieli, ambienti chiusi, uso di ascensori), dell'uso massiccio di metropolitane e mezzi pubblici di trasporto, della strutturazione delle città in aree funzionali con grosse distanze da percorrere fra casa e lavoro.

Tale constatazione ha posto all'attenzione dell'opinione pubblica il tema dell'organizzazione della città e della sua vivibilità. Una prima rilevante proposta è venuta dalla Sindaca di Parigi, Anne Hidalgo, che ha proposto di costituire la "Città dei 15 minuti". La proposta propone di pensare ad una città fatta di tanti quartieri urbani integrati dove si mescolano residenza, luoghi di lavoro, attività commerciali, spazi

pubblici e di divertimento. Quartieri dove tutte queste attività siano raggiungibili a piedi o in bicicletta (con percorsi dedicati) nel giro di 15 minuti. Questo tipo di città rivitalizza i negozi di vicinato (che si sono dimostrati molto utili in epoca Covid) senza concentrare gli acquisti nei soli supermercati periferici e nei grandi centri commerciali. Questa scelta è integrata da limiti alla densità abitativa, da ampi spazi verdi, da incentivi al risparmio energetico delle abitazioni, da una ristrutturazione della mobilità nella prospettiva di costituire eco-quartieri misti che prefigurano un nuovo paradigma di “Città Sana” e vivibile (38).

Secondo Giaccardi e Magatti, il confinamento necessitato dal virus ha messo in scacco i due contendenti degli ultimi anni: *globalismo e localismo*: «Al contrario del globalismo, la globalità è intimamente legata al senso del limite. Alla *forma*, per usare la categoria di Simmel.» (18, p. 68) In altre parole, abbiamo bisogno di confini e forme entro cui abitare, ma queste devono essere comunicanti e porose: di qui il concetto di “inter-indipendenza”, ossia di autonomia delle aree, però connessa con le più ampie attività e vocazioni della città e del territorio. Il “locale” deve quindi avere *una forma, un'identità, godere di una certa autonomia e autogoverno*, costituirsi come spazio “abitato” dai residenti in termini di socialità e comunità, ma deve essere altresì interconnesso con più ampie entità territoriali (città, provincia, macro area, ecc.) e “aperto” a opportuni scambi di persone, di idee, di aggregazioni collocate su vari piani della vita associata. Questa indicazione emerge, fra l'altro, dal Manifesto “La salute nelle città: bene comune” promosso dall' *Health City Institute* che dichiara al primo di dieci punti: «Ogni cittadino ha diritto ad una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano. Bisogna rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane (39)». La scelta di una opportuna dimensione di quartiere, ciascuno dotato di una propria storia e identità, si confà particolarmente alle città medie italiane che non hanno del tutto perduto il proprio baricentro simbolico e la dimensione vicinale, così come vale per diverse aree del territorio extra-urbano da ripensare in termini di poli urbani integrati dotati di infrastrutture di servizi opportunamente collocate e adeguatamente collegate.

L'istituzione delle CdC può dare un contributo in questa direzione sia in termini simbolici, sia funzionali nella misura in cui la collocazione urbana, la qualità architettonica, la dotazione di servizi ne faranno uno dei centri portanti del quartiere. Ma soprattutto le CdC dovrebbero mostrarsi capaci di rivitalizzare il tessuto relazionale e la vita culturale del territorio, contenendo il degrado e devianza sociale con adeguate politiche di inclusione.

5. La Case della Comunità come interfaccia fra “comunità delle cure” e “città sana e vivibile”

L'ipotesi che ci ha guidato in questo excursus sui nuovi criteri che devono stare alla base delle costituende CdC è che l'attuale assetto dei servizi di welfare territoriale - che si presenta frammentato e compartimentalizzato, a sportello e a prestazione, tecnico e monoprofessionale, standardizzato e a-relazionale - sia nettamente inadeguato. Una prima esigenza è quella di passare dalla monodimensionalità sanitaria ad una complessa e collaborativa “comunità delle cure”. Ciò indica la necessità che, nelle CdC, si realizzi: a) un nuovo assetto e logica dei *team delle cure primarie*, orientati alla personalizzazione e partnership collaborativa; b) la presenza di specialità e servizi riabilitativi, consultoriali e preventivi che rendano più agevoli e rapidi i percorsi di cura; c) una funzionale integrazione fra cure primarie e centri ospedalieri e di alta specializzazione, anche grazie all'uso delle tecnologie digitali. La metodologia di lavoro, se sarà caratterizzata dalla prossimità, proattività e generatività, renderà possibile costituire un rilevante e comune campo di interazione fra area sociale e area sanitaria. Questo insieme di cure ad alta intensità professionale non è tuttavia sufficiente a sé stesso. Esso ha bisogno di interfacciarsi con un'altra dimensione dell'intervento sociale capace di generare fenomeni di promozione della salute e salutogenesi, rigenerazione delle reti sociali, partecipazione responsabile, formazione delle nuove generazioni, riattivazione della socializzazione di quartiere. Questo insieme di interventi si può forse racchiudere nelle espressioni di “coinvolgimento e rigenerazione di comunità” e di “promozione di città sane e vivibili”. Esso ha bisogno di una *infrastruttura professionale leggera e di nuova formazione*, ma anche di significative risorse volontarie, progettuali, organizzative e partecipative dedicate.

Queste due facce e articolazioni delle CdC dovrebbero essere tenute assieme da un *vincolo di autonomia e di risorse*, coordinate da una struttura di rappresentanza e di *governance* capace di assicurare equilibri e propulsione alle varie aree componenti.

Il rischio di tutte le ipotesi di riforma che non considerano la seconda dimensione è quello del riflusso nel tecnicismo e nell'autoreferenzialità, lasciando la dimensione comunitaria ad un livello spontaneistico e senza raccordi con la struttura dei servizi. Ciò è accaduto con l'esperienza delle Case della Salute esistenti. Esse non si sono dotate di una struttura di dialogo e rigenerazione delle popolazioni di riferimento e sono rifluite in un insieme di specificità tecniche frammentate (di tipo poliambulatoriale). Ovviamente esiste anche il rischio opposto, quella di rincorrere una “comunità” evanescente, incapace di rispondere esprimendo coesione, competenze e responsabilità. Queste competenze non nascono dal nulla e sono state penalizzate dalle prevalenti tendenze “divergenti” dispiegate negli ultimi trent'anni. È solo con un paziente lavoro

di rigenerazione, “rammendo” e facilitazione della partnership che si possono aiutare le reti locali a diventare interlocutori credibili e affidabili degli operatori. Tutto questo comporta passaggi, sperimentazioni, investimenti di medio-lungo periodo, che tuttavia fin da subito possono portare ad un deciso cambio di passo e di clima sociale. Concludendo: «È possibile rispondere ad un cambio d’epoca con risposte asfittiche e dimezzate?» Come E. Morin e Papa Francesco hanno indicato, ci pare necessario un significativo e articolato “cambio di strada” (19), di cui delle Case della Comunità di nuova impostazione potranno essere un tassello fondamentale e relevantissimo.

Bibliografia

1. Servizio studi Affari sociali della Camera dei Deputati Case della Salute e Ospedali di Comunità: i presidi delle cure intermedie. Documentazione e ricerche 144; 1 marzo 2021.
2. Associazione “Prima la Comunità” Le Case della Comunità. In <https://www.primalacomunita.it/2021/04/27/casa-della-comunita-ecco-il-progetto/> 2021.
3. Campagna Primary Health Care Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia. In <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home?authuser=0> 2021.
4. Gruppo Progetto Casa della Comunità, Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia: ragioni e linee progettuali. In <https://paracelso.unife.it/index.php/2021/11/20/promuovere-case-della-comunita-a-parma-e-provincia-ragioni-e-linee-progettuali/> 2021. Pubblicato in *Sistema Salute, Documenti*, 65, 4.
5. Cavicchi I. Stati Generali della professione medica. 100 tesi per discutere il medico del futuro. Roma: Fnomceo; 2018.
6. Movimento Giotto, Verso un core curriculum della Medicina Generale. <https://www.movimentogiotto.org/core-curriculum-medicina-generale/> 2019
7. Rubatto E, Maciocco G. Riformare la medicina generale italiana. *Salute Internazionale* [Internet]; 2021. In <https://www.saluteinternazionale.info/2021/04/riformare-la-medicina-generale-italiana/>
8. Maccacaro G. A. L’Unità Sanitaria Locale come sistema. In G. A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*. (pp. 383-405). Milano: Feltrinelli.; 1979.
9. Ingrosso M. Proposta di un Centro per la Promozione della salute e l’autoaiuto e di rete di Case della Salute. In M. Ingrosso (a cura di) *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Milano: Franco Angeli; 1987.
10. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. *JAMA* 2002; 288:1775-1779; Part 2:1909-1914.
11. Hendricks Rickey A *Model for National Health Care: The History of Kaiser Permanente*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1993.
12. Turco L. Un New Deal della salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini. Roma: Audizione Camera dei Deputati; 27 giugno 2006.
13. DIeS & Censis Valutare la sperimentazione delle “Case della salute”. I nuovi modelli di assistenza primaria in otto regioni italiane. Roma: Rapporto di ricerca; 2009.
14. Agenzia sanitaria e sociale regionale Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019. Bologna: Regione Emilia Romagna, Dossier 269-2020.
15. Sturlese V, Ragazzi G, Nicoli MA, Moro ML. L’esperienza degli utenti nelle Case della Salute. Risultati dell’indagine campionaria regionale. Report conclusivo; ottobre 2019 <https://assr.regione.emilia-ro>

- magna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-casaqual.
16. Saraceno B. Lezioni per il dopo. Salute, Comunità, Democrazia. Communitas, Vita spa; maggio 2020.
 17. De Martino E. La fine del mondo. Contributo alle analisi delle apocalissi culturali. Torino: Einaudi; 2019.
 18. Giaccardi C, Magatti M. Nella fine è l'inizio. In che mondo vivremo. Bologna: Il Mulino; 2020.
 19. Morin E. Cambiamo strada. Le 15 lezioni del Coronavirus. Milano : Cortina; 2020.
 20. Bateson G, Le categorie logiche dell'apprendimento e della comunicazione, in Id., Verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi; 1976.
 21. Vicarelli G, Giarelli G. (a cura di) Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia Covid-19. Problemi e proposte. Milano: Franco Angeli; 2020.
 22. Ingrosso M. L'educazione alla salute come lifelong learning. Riflessioni dentro e oltre la crisi contemporanea. Sistema Salute 2016; 60 (1): 41-54.
 23. Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. American Journal of Public Health 2003; 93(4): 557-574.
 24. Ingrosso M. Ripensare il benessere sociale: teorie e politiche. In Id. (a cura di) La Promozione del Benessere sociale. Progetti e politiche nelle comunità locali. Milano: Franco Angeli; 2006.
 25. Antonowsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996; 11(1): 11-18.
 26. Mittelmark M.B, Sagy S Eriksson M. et al. (eds) The Handbook of Salutogenesis, Switzerland: Springer; 2017.
 27. Tronto J.C. Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura. Reggio Emilia: Diabasis; 2006.
 28. Ingrosso M. La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura. Roma: Aracne; II ed. 2018.
 29. Pellegrini P, Ceroni P, Dall'Aglio R, Soncini C. (a cura di) Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia-Romagna. Merano: Ed. Alpha Beta; 2019.
 30. Bulmer M. Le basi della community care. Trento: Erickson; 1992.
 31. Cohen A.P. The Symbolic Construction of Community. London-New York: Routledge; 1993.
 32. Hunter A.H, Suttles G.D. The expanding community of limited liability. In Suttles G.D. (ed) The Social Construction of Communities, University of Chicago Press, Chicago, 1972.
 33. Ingrosso M. Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria. Milano: Franco Angeli; 2003 (Cap. 11).
 34. Zazzera A. Definizione e logiche di community building. In Longo F., Barsanti S. (a cura di) Community building: logiche e strumenti di management. Milano: Egea; 2021.
 35. Ponzio I. Il welfare di comunità applicato alla cura. Paper presentato al convegno ESPANET, Torino, 2014.
 36. Berkman, L.F, Glass, T. Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman, L.F. and Kawachi, I (Eds) Social Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000: 158-162.
 37. Brandsen T, Steen T, Verschuere B. Co-Production and Co-Creation: Engaging Citizens in Public Services Delivery. London: Routledge; 2018.
 38. Tagliaventi G, Bucci A. La città post-covid. Verso un modello di città sana. I castelli di Yale on line, 2020; VIII(2): 87-98.
 39. Health City Institute Manifesto "La salute nelle città: bene comune". <https://healthcityinstitute.com/manifesto/>

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno