

Il percorso di Comunità per un nuovo sistema di Welfare dell'Unione Colline Matildiche: un progetto di analisi partecipata dei bisogni e di costruzione collettiva della Casa della Salute di Puianello

Community path towards a new welfare system of the Matildiche Hills Union: a project of participatory analysis of the needs and collective construction of the Casa della Salute in Puianello

Alessandro Roberto Cornio¹, Elena Sciorpa¹, Federica Cirlini²

¹Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli studi di Torino

²Responsabile Area Sociale Unione Colline Matildiche

Parole chiave: coinvolgimento comunitario, comunità, welfare, capitale sociale, Casa della Salute

SOMMARIO

Introduzione: i processi di Engagement comunitario sono sempre più diffusi e riconosciuti come strumenti di promozione della salute e analisi dei bisogni di salute.

Obiettivi: l'elaborato ha lo scopo di presentare il progetto di Engagement comunitario "Percorso di Comunità per un nuovo sistema di Welfare dell'Unione Colline Matildiche".

Metodi: l'esperienza di Engagement dell'Unione Colline Matildiche si è sviluppata intorno a pratiche di coinvolgimento e di inclusione della Comunità nella progettazione di una Casa della Salute attiva in quei territori. In questo articolo il progetto verrà raccontato grazie a un'intervista alla Dott.ssa Federica Cirlini, una delle promotrici.

Risultati: dagli spunti e le tematiche emerse nel corso delle attività di coinvolgimento e ascolto della Comunità è nato il "Patto Sociale di Comunità", un documento in cui le istituzioni, le associazioni e in generale tutti i cittadini del territorio si sono impegnati a definire le linee guida e di azione per costruire e sperimentare insieme una nuova forma di Casa della Salute.

Conclusioni: il progetto rappresenta un esempio di co-costruzione di servizi sociali e sanitari che rispondano ai bisogni dei cittadini, elemento basilare per poter garantire il passaggio da Casa della Salute a Casa della Comunità.

Autore per corrispondenza: alessandroberto.cornio@unito.it

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 66, n.4, ottobre-dicembre 2022

Key Words: community engagement, community, welfare, social capital, Primary Care Center

SUMMARY

Introduction: community Engagement strategies are increasingly widespread and recognized as tools for health promotion and health needs analysis.

Objectives: the paper aims to present the community engagement project named “Community path for a new welfare system for the Matildiche Hills Union”.

Methods: the Engagement experience of the Matildiche Hills Union has developed around practices of involvement and inclusion of the Community with the primary purpose of planning health and social services of the newborn Primary Care Center (Casa della Salute) in those territories. In this article, the project will be told by one of the promoters: Drss. Federica Cirilini.

Results: the “Community Social Pact” is the final document in which the institutions, associations and in general all the citizens of the territory have tried to define the guidelines and actions to imagine and experiment together a new kind of Primary Care Center. That document, born from the ideas and issues that emerged during the community engagement activities.

Conclusions: community engagement enables health institutions to plan services that really answer to the Health needs of citizens. This is a primary aspect in order to guarantee the transition from Casa della Salute to Casa della Comunità.

Introduzione

Processi partecipativi, coinvolgimento e rafforzamento del ruolo della Comunità, sono termini che ricorrono sempre più spesso nei documenti di programmazione delle politiche sanitarie.

A tal proposito, secondo le linee guida del NICE “*Community Engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*” il coinvolgimento attivo della Comunità è una strategia utile per migliorare la Salute, concentrarsi sui determinanti sociali della Salute e ridurre le disuguaglianze di Salute” (1).

La valorizzazione delle iniziative di attivazione e di coinvolgimento dei cittadini nello sviluppo e nella cura di beni comuni risulta essere infatti una strategia promettente per incidere sui meccanismi che generano la Salute (2): il coinvolgimento attivo è la strategia tale per cui le Comunità studiano i fattori che influenzano la propria Salute e agiscono per modificarli, sviluppando nello stesso tempo un senso di appartenenza alla propria Comunità e facendo così maturare il capitale sociale della stessa.

L'esperienza di Community Engagement dell'Unione Colline Matildiche è nata nel 2015 e rappresenta un esempio virtuoso di Engagement comunitario. L'Unione Colline Matildiche è costituita dall'aggregazione di tre comuni siti nella provincia di Reggio Emilia (Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo) avvenuta nel 2008 allo scopo di gestire in maniera congiunta una serie di servizi.

Il presupposto per l'attivazione del progetto è stata l'apertura, nel 2015, della Casa della Salute (CdS) di Puianello: sin dal momento della sua progettazione, la volontà,

sia da parte della Direzione dell'Azienda Sanitaria sia da parte degli amministratori del territorio, è stata quella di interpretare questa nuova articolazione territoriale non solo come un punto di erogazione di prestazioni sanitarie ma come un'occasione per attivare e implementare progetti di promozione della Salute.

A questo scopo è nato il "Percorso di Comunità per un nuovo sistema di welfare dell'Unione Colline Matildiche", che racconteremo in questo articolo conducendo un'intervista alla Dottoressa Federica Cirlini, dirigente dell'area sociale dell'Unione Colline Matildiche e impegnata in prima persona nella progettazione e nell'implementazione del progetto.

Prima di iniziare le chiediamo di presentarsi brevemente ai lettori

Dopo la laurea in Pedagogia, sono diventata Responsabile dell'Area Educativa Sportiva Culturale del comune di Quattro Castella (RE). Dal 2009 sono componente dell'Ufficio di Piano del Distretto di Reggio Emilia e dal 2015 sono Responsabile dell'Area Sociale dell'Unione Colline Matildiche.

Iniziamo dal principio: come è nata e in quale contesto si è potuto sviluppare il progetto?

Nel 2015 è nato il nuovo servizio Sociale dell'Unione Colline Matildiche, prima gestito separatamente dai singoli comuni. Si è deciso di aprire uno sportello sociale all'interno della CdS di Puianello al fine di creare un punto di accesso per i cittadini ai servizi sociali. Lo sportello è gestito da un operatore sanitario e un operatore sociale insieme.

Questa integrazione ha favorito il compiersi di una serie di incontri e confronti, occasioni di condivisione formativa su una serie di temi, di linguaggi, di valori, finalizzati a definire cosa significhi creare uno sportello socio-sanitario, cosa serva per integrare l'aspetto sociale con l'aspetto sanitario, cosa significhino i termini "accoglienza" e "ascolto", quali possano essere i bisogni del territorio e quale ruolo possa avere la CdS in merito, soprattutto nel contesto della prevenzione.

Durante questi incontri, operatori sociali, sanitari e amministrativi hanno concordato che, nell'ottica di costruire un servizio che rispondesse ai bisogni socio-sanitari dei cittadini, fosse necessario prendere atto ed analizzare i profondi mutamenti che hanno toccato i loro territori nel recente passato, cambiamenti che hanno a tutti gli effetti influenzato gli stessi bisogni e sulla base dei quali, quindi, sarebbe stato necessario riorientare i servizi.

A proposito di questo ultimo tema, quali sono stati i cambiamenti che hanno caratterizzato il territorio dell'Unione?

Negli anni '90 il territorio ha vissuto un grosso incremento demografico grazie a un boom edilizio accaduto in un periodo molto ristretto di tempo, che ha portato, nel giro di 7-8 anni, ad un raddoppiamento della popolazione.

Attualmente, nel territorio dell'Unione c'è una forte prevalenza di popolazione anziana: su 26.000 abitanti, il 12% è ultra-75enne.

Sono, inoltre, nati molti quartieri residenziali abitati ma non vissuti: abitati, cioè, da persone provenienti da città limitrofe. L'Unione Colline Matildiche è, infatti, un insieme di territori che dal punto di vista naturalistico è di particolare pregio rispetto a tutta la provincia di Reggio Emilia. Sono territori, inoltre, molto comodi per raggiungere le grandi città (Reggio Emilia, Parma e Modena sono molto vicine). Date queste caratteristiche, i territori hanno quindi richiamato nuove famiglie che sono arrivate ad abitare i territori senza, però, una rete parentale, che spesso è rimasta nelle città di provenienza. Si tratta di famiglie che solitamente lavorano in città e rientrano di sera nei comuni dell'Unione, e quindi non sono inclini a costruire nessun legame sociale o di vicinato, finendo per isolarsi.

Pur essendo dei territori ricchi, anche l'Unione è stata toccata dalla crisi economica del 2008, che ha portato sul territorio la chiusura di una serie di attività soprattutto nel settore tessile e ha fatto scivolare in una situazione di fragilità e vulnerabilità numerose persone, tra cui il ceto medio borghese, non abituato a trovarsi in condizioni di difficoltà socio-economica.

Spesso si tratta di famiglie non abituate ad avere problemi o ad essere affiancate, arrivando molte volte a non rivolgersi ai servizi per vergogna. Questo porta ad arrivare a chiedere aiuto quando la difficoltà è già diventata un'emergenza. Esempi sono: il MMG che riceve la segnalazione dall'ospedale che un suo paziente è in condizione di grave non autosufficienza; l'assistente sociale a cui arriva la comunicazione dall'ufficiale giudiziario di uno sfratto esecutivo per un nucleo familiare ecc.

Il gruppo di lavoro del nuovo sportello socio-sanitario integrato ha pensato che non poteva non verificare queste dinamiche direttamente sul campo provando ad ascoltare e ad approfondire con la Comunità i suoi bisogni.

Chiariti i presupposti cerchiamo di entrare nel merito dell'argomento: qual è la vision che ha guidato la pianificazione e l'implementazione del progetto?

La costruzione del progetto si è basata su un'ideologia di fondo condivisa dagli attori promuoventi e ispirata da 3 documenti che sono stati la base di partenza del nostro gruppo di lavoro:

- Il Manifesto per un'autentica CdS (3);
- Le linee guida per le CdS della Regione Emilia-Romagna (4);
- Le indicazioni del gruppo interregionale di confronto sulle CdS (5).

Il tentativo era quello di concretizzare il modello di Sussidiarietà Circolare del Prof. Zamagni (6), per un passaggio da Welfare State a Welfare Society. La domanda di fondo era: nel territorio dell'Unione, quale triangolazione o circolarità si può innescare tra CdS, servizi, governance e territorio, e più in generale tra un cittadino e la sua Comunità?

Durante il percorso ci siamo avvalsi di consulenti esperti di percorsi partecipativi, che hanno aiutato ad attivare i vari momenti utili ai fini del progetto. Oltre a condividere le idee sui mutamenti del territorio, si è reso necessario anche condividere i valori, basandosi principalmente su quelli promossi dal Manifesto per un'autentica CdS:

- Salute ha un significato diverso da Sanità: la Salute non è solo il benessere del singolo individuo ma ha uno sguardo a 360° su tutta la popolazione, e si ottiene non solo erogando prestazioni sociali o sanitarie, ma anche interfacciandosi inevitabilmente con tutti gli stili di vita delle persone che abitano il territorio, concretizzandosi infine nella qualità di vita;
- Comunità è al centro di ogni azione di Welfare: la Comunità è protagonista, e comprende non solo coloro che richiedono determinati servizi o esprimono determinati bisogni, ma chiunque esprima diritto alla Salute. Essere parte di una Comunità significa chiedere e mettere a disposizione risorse, portando alla risoluzione ai problemi e ai bisogni della Comunità stessa. Ciò che viene definito come bene comune è quell'insieme di azioni e relazioni che si attivano in una Comunità secondo logiche di reciprocità, partecipazione e identità;
- Persona come centro di gravità delle politiche: ogni individuo è un unicum senza distinzioni e va preservato e valorizzato attraverso i propri bisogni, saperi, emozioni e capacità.

Da queste premesse siete passati all'azione, quali fasi hanno caratterizzato l'inizio del progetto?

Siamo partiti dal pretesto di dover comunicare alla Comunità la nascita di una nuova CdS e di un nuovo servizio sociale al suo interno, spiegare cosa fosse e cosa potesse dare al territorio, ma allo stesso tempo cosa avrebbe potuto ricevere dal territorio stesso.

Il percorso partecipato è iniziato nel 2015, anche grazie al patrocinio e al sostegno della Regione Emilia-Romagna. Il processo è durato 3 anni ed è ancora in essere, anche se in parte è stato sospeso nel 2020-2021 a causa della pandemia da SARS-CoV-2. Durante il progetto, sono state incontrate e coinvolte in lavori e riflessioni comuni più di 6.000 persone, oltre che le diverse istituzioni (scuole, servizi educativi, associazioni, cooperative, parrocchie, gestori di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, aziende, imprese ecc.) e in generale tutti i cittadini, gli stakeholder e i protago-

nisti che vivono la Comunità dell'Unione.

Il percorso partecipativo è stato costruito attraverso una serie di incontri tenuti da facilitatori esterni e svolti con modalità spesso innovative, partecipate e lontane dal classico approccio “conferenziale” e frontale.

Le modalità principali sono state due, le “Piazze di Prossimità” e gli “Open Cafè”, affiancate da alcuni incontri assembleari dove sono stati invitati a parlare alcuni esperti. Questi ultimi si sono tenuti in diversi momenti e sono stati utili a far emergere tematiche di interesse che sarebbero poi state approfondite nel corso delle altre iniziative.

- Novembre 2015: discussione con il Prof. Erio Ziglio, responsabile dell'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti per la Salute. L'incontro, dal titolo “Promuovere la Salute, ridurre le iniquità e dare valore aggiunto allo sviluppo locale: sfide e nuove opportunità”, è stato seguito dalla presentazione del Progetto Open Lab della CdS di Puianello e delle nuove modalità gestionali del servizio sociale Unione Colline Matildiche;
- Gennaio 2016: discussione con Don Virginio Colmegna, direttore della Casa della Carità “Angelo Abriani” di Milano, a cui è seguita la Piazza di Prossimità con il laboratorio di progettazione su Welfare e CdS;
- Febbraio 2016: discussione con il Dott. Diego Agostini, direttore della Cooperativa Sociale SAD Servizi Alla Persona, a cui è seguita la Piazza di Prossimità deliberativa che ha trattato il tema delle priorità su Welfare e CdS.

Nelle Piazze di Prossimità, invece, i facilitatori si recavano nelle piazze principali dei tre comuni dell'Unione durante i giorni di mercato, allestendo un banchetto con il tentativo di ingaggiare i passanti e gli stessi ambulanti. Il ruolo dei facilitatori è stato quello di rivolgere alle persone delle domande molto ampie che invitassero alla discussione: “Quali nuovi servizi, bisogni e aspettative ha la Comunità?”; “Ci sono criticità nel Welfare attuale?”; “Quali cambiamenti propone la Comunità?”. Le domande vertevano sul Welfare in generale e non avevano un taglio specifico solo sul servizio sociale. Veniva incluso qualsiasi bisogno di Salute, dalla prevenzione al sociale, dal sanitario all'educativo. Gli Open Cafè, invece, si tenevano in spazi appositi arredati con tavolini e sedute e arricchiti dal rinfresco, spesso organizzato dalle associazioni di volontariato locali. Durante questi incontri, le persone ruotavano tra i vari tavoli casualmente con l'intento di lavorare in gruppo per rispondere alle domande poste dai facilitatori.

I lavori di gruppo sono stati impostati a partire da cinque domande guida:

- In che Comunità vogliamo che i nostri figli nascano, crescano, lavorino e investano?
- Quali sono le azioni che può attivare la Comunità dell'Unione a partire dalle associazioni di volontariato nella cura delle persone anziane?
- A partire dal PUA, quali pensi possano essere le “nuove” modalità per “accompagnare e sostenere” i cittadini da parte dei sistemi sociale e sanitario?

- Prevenzione e promozione: quali sono gli obiettivi, le modalità e le proposte per il mondo giovanile e adulto?
- Cosa possiamo fare per rendere la nostra Comunità attiva e sinergica per trasformare la CdS in una Casa della Comunità (CdC)?

Ci sembrano temi complessi e specifici: come sono stati resi accessibili alla popolazione generale? Come siete riusciti ad affrontare argomenti così complessi?

Le tematiche approfondite durante gli Open Café e le Piazze di Prossimità erano uscite fuori durante i primi incontri di presentazione del percorso partecipativo, durante le conferenze di Don Virginio Colmegna e del Professore Erio Ziglio o durante i focus group con i MMG e con gli operatori della CdS di Puianello.

I temi principali e spesso ricorrenti venivano tradotti con domande semplici, al fine di spingere gli interlocutori a portare la loro esperienza, e riguardavano la non-autosufficienza, gli anziani, le fragilità, i giovani, la prevenzione e gli stili di vita.

A ogni evento i consulenti esterni facevano sempre un cappello introduttivo per spiegare il metodo di lavoro e il contesto. La facilitazione è stata proprio uno degli elementi fondamentali alla base del nostro percorso ed è riuscita soprattutto grazie all'esperienza e competenza dimostrata dai consulenti.

Che riscontro avete avuto in termini di partecipazione? La Comunità ha partecipato numerosa alle attività proposte? E quali sono stati i fattori che, secondo lei, hanno creato fiducia e hanno spinto le persone a prendere parte al progetto?

La partecipazione media variava da 250 a 400 persone (di tutte le età) per ogni workshop. Proprio per questo motivo, gli appuntamenti sono stati triplicati rispetto a quanto preventivato. L'accesso era libero, gratuito e universale: hanno infatti partecipato anche cittadini di comuni e città limitrofe. Le persone che partecipavano agli eventi si incontravano per la prima volta e tutte insieme provavano a rispondere alle domande di cui abbiamo discusso prima.

La partecipazione è stata numerosa fin dall'inizio e man mano è aumentata durante il percorso grazie al processo di engagement che abbiamo rivolto ai singoli cittadini. All'inizio si è partiti dall'associazionismo, dalla rete del terzo settore e dai gestori dei servizi socio-assistenziali sanitari, educativi e scolastici, ma in seguito l'obiettivo è stato di coinvolgere i singoli cittadini e l'intera Comunità. L'interesse suscitato dalla nascita di una nuova CdS e di un nuovo servizio sociale è stato probabilmente uno dei fattori che ha avvicinato di più i cittadini alla partecipazione: inizialmente molti si sono approcciati con preoccupazione perché temevano che il vecchio servizio sociale si perdesse. Un altro aspetto di grande appeal è stato l'utilizzo di insolite tecniche di Engagement, grazie alla vision dei consulenti esterni, esperti di percorsi partecipativi.

Durante il percorso hanno iniziato a prendere forma temi che tra i cittadini ritornavano spesso come prioritari, tra cui: la cura delle persone anziane e fragili; la prevenzione/promozione della Salute sia tra gli adulti che tra i giovani; come una Comunità può essere accogliente per i cittadini (soprattutto coloro abitano ma non vivono il territorio); come strutturare i servizi per essere in ascolto nei confronti delle persone.

Oltre agli incontri e workshop summenzionati, sono state organizzate anche altre iniziative?

Nel corso di un lavoro di gruppo è stato elaborato un questionario con lo scopo di indagare i bisogni di Salute soprattutto dei cittadini che non hanno potuto partecipare agli incontri collettivi. L'indagine è stata svolta nei centri sociali, nelle farmacie e presso gli ambulatori di medicina generale, così da avere uno sguardo più ampio sui bisogni della popolazione.

Come accennato in precedenza, è stato attivato un focus group con i medici di medicina generale (MMG), perché all'interno della nuova CdS ha trovato sede anche una Medicina e una Pediatria di Comunità ma non tutti i MMG ne avrebbero fatto parte. Anche durante questi incontri ci si è interrogati su come il territorio avrebbe dovuto riorientare la sua governance e quali fossero i nuovi bisogni.

Un'altra serie di incontri è stata organizzata con gli imprenditori agricoli. Nei territori dell'Unione si produce il Parmigiano Reggiano, motivo per cui le aziende agricole, dando lavoro a molte famiglie, rivestono un ruolo di rilievo, coinvolgendo collaboratori provenienti dall'India, dal Bangladesh, dal Pakistan ecc. Queste famiglie comprendono spesso donne che non parlano l'italiano, chiuse in casa e isolate, con bimbi piccoli che non frequentano i servizi prescolari. Nel focus group abbiamo chiesto agli imprenditori agricoli cosa avrebbero potuto fare per migliorare la qualità di vita dei collaboratori e come poter agganciare queste donne isolate, come far sapere a queste famiglie di migranti gli screening e gli altri servizi offerti dalla CdS.

È stato creato anche un gruppo di lavoro con i giovani, a partire dalle istituzioni scolastiche (scuole secondarie e di primo grado, perché nell'Unione non sono presenti scuole superiori). I ragazzi più grandi sono stati coinvolti invece negli spazi giovani e infogiovani presenti nelle Piazze di Prossimità e in altri progetti. Il tema principale discusso in queste sedute riguardava la loro idea di Comunità.

Tra i tanti progetti che sono stati attivati durante il percorso spicca l'esempio dei Talenti Sociali. Questo tavolo di lavoro aveva la finalità di sperimentare nuove strategie di aggancio e sostegno dei soggetti vulnerabili, in particolare di coloro che non arrivano ancora ai servizi perché non pensano di necessitarne, ma allo stesso tempo potrebbero necessitarne in un futuro prossimo e non riescono ad essere agganciati in tempo dai servizi. Gli obiettivi su cui si è lavorato con questo progetto sono stati:

- Il territorio, affinché si attivi affinando la propria capacità di leggere le fragilità nascenti e si renda disponibile ad una collaborazione proficua con i servizi;
- I servizi, che si sono adattati per rivedere le proprie modalità di accoglienza e lavorare in sinergia con il territorio, al fine di agganciare i nuovi vulnerabili;
- I nuovi vulnerabili, nella prospettiva che possano essere accolti e supportati prima che le loro difficoltà diventino croniche e complesse.

Questo esperimento ha messo alla prova il territorio e i servizi per capire se la Comunità è pronta a diventare risorsa utile nel processo di salutogenesi. Il progetto, inoltre, ha portato i professionisti sanitari a dedicare ascolto ai Talenti Sociali, così da individuare le criticità di soggetti vulnerabili in tempo.

Si tratta di interlocutori insoliti (baristi, fornai, parrucchieri, edicolanti, commessi di supermercati, farmacisti ecc.), apparentemente lontani dal lavoro socio-sanitario, ma che per la loro attività possono avere uno sguardo diretto su situazioni sociali critiche: è come se fossero dei “sensori”, il prolungamento del PUA e degli sportelli sociali sul territorio, persone che nella quotidianità leggono le preoccupazioni e i nuovi bisogni del territorio e della Comunità.

È stato quindi indetto un incontro con i Talenti Sociali e si è discusso delle risorse che avrebbero potuto offrire al progetto. Qualcuno era un po’ disorientato e non sapeva di essere un Talento Sociale, mentre altri, soprattutto coloro che avevano partecipato al percorso già nei tavoli precedenti, avevano le idee maggiormente chiare.

L’ingaggio richiesto consisteva nel fungere da “sensori” rispetto ai bisogni di Salute della Comunità, garantendo i legami tra le diverse istanze e le istituzioni, facendosi da tramite tra i cittadini in difficoltà e i servizi, ad esempio, mettendo a disposizione all’interno dei loro negozi uno spazio informativo dedicato ai servizi socio-assistenziali e sanitari del territorio (con la possibilità di distribuire numeri utili, ecc.) e parlando con i clienti e capendo quali potessero essere i loro bisogni di Salute. L’ingaggio non prevedeva di invadere la privacy dei clienti, ma solo capire quali fossero le esigenze della Comunità nel suo complesso.

Hanno aderito all’iniziativa 44 Talenti Sociali (commercianti, negozianti di vicinato, farmacie ecc.) su tutti i comuni dell’Unione. La loro azione ha assunto un ruolo ancora più fondamentale durante il lockdown a seguito della pandemia da SARS-CoV-2, proprio perché i negozi sono rimasti aperti e questo ha permesso di comunicare alla Comunità i numeri utili, le direttive sull’utilizzo delle mascherine ecc.

I soggetti vulnerabili agganciati dai Talenti sono stati 62, quasi tutti misconosciuti dai servizi socio-sanitari. Alcuni di questi sono stati aiutati direttamente dai Talenti con informazioni e numeri utili e quant’altro.

28 persone in difficoltà agganciate tramite i Talenti hanno a loro volta voluto essere riconoscenti del supporto ricevuto alla Comunità e al territorio e sono diventate a

loro volta Talenti Sociali e risorse, mettendo a disposizione le loro competenze e avvicinando altre persone che sapevano essere lontane dalla Comunità come loro lo erano in precedenza, agganciandole a loro volta, sostenendole nel superare l'imbarazzo e la vergogna nel chiedere aiuto. Per fare alcuni esempi: alcune signore provenienti dal Bangladesh si sono rese disponibili ad insegnare l'italiano a loro connazionali; altre signore hanno gestito gratuitamente corsi di cucina per il Centro Famiglie; alcuni signori hanno messo a disposizione le loro competenze manuali gratuitamente per gestire laboratori per ragazzi con bisogni speciali.

Questa semplice esperienza, nata grazie al percorso partecipativo e alle idee del territorio e dei diversi interlocutori conosciuti, ha creato maggior benessere nella Comunità e ha avuto un forte impatto psicologico.

Come avete raccolto e valorizzato tutti gli spunti e le esperienze raccolti nel corso dei vari incontri e focus group?

Il percorso è sfociato in concreto nel "Patto Sociale di Comunità per il Benessere e la Salute". Si tratta di un documento in cui le istituzioni, le associazioni e in generale tutti i cittadini del territorio si sono impegnati a definire le linee guida e di azione per costruire e sperimentare insieme una nuova forma di CdS. Hanno aderito tutti i comuni dell'Unione Colline Matildiche, l'AUSL, la Regione Emilia-Romagna, i MMG, i servizi sociali, le imprese, le parrocchie, gli istituti comprensivi, le diverse associazioni e il terzo settore, semplici cittadini ecc.

I principi alla base del Patto Sociale di Comunità sono:

- Co-costruire nuovi patti con i cittadini per trovare nuove soluzioni e risorse: le persone possono essere risorsa e quindi soluzione ai loro stessi problemi;
- Cambiare paradigma "Dall'attesa di chi arriva all'andare verso": per promuovere la Salute di una Comunità è importante intercettare i problemi prima che diventino serie criticità, e per farlo è necessario ramificarsi sul territorio e avvicinarsi maggiormente alle persone;
- Promuovere il benessere della Comunità;
- Prendersi cura di tutto ciò che riguarda la qualità di vita: dall'assistente sociale al medico, qualsiasi figura socio-sanitaria non deve solo preoccuparsi di erogare assistenza ai pazienti fragili fornendo servizi in acuzie, ma si deve domandare se quella persona, oltre a quei momenti, abbia bisogno di qualcos'altro per migliorare la sua qualità di vita generale (ad esempio: l'individuo ha una buona rete sociale su cui fare affidamento?);
- Passare da una CdS a una CdC, che accolga anche le associazioni: questo aspetto era stato un po' interrotto durante la pandemia da SARS-CoV-2 e sta riprendendo solo ultimamente;

- Istituire una cabina di regia tecnico-politica permanente con la presenza dell'AUSL di Reggio Emilia;
- Istituire dei tavoli permanenti dedicati al terzo settore e al volontariato.

Secondo la Sua percezione, quali sono state le maggiori difficoltà nell'attivazione e nell'implementazione del progetto?

A dir la verità, non abbiamo riscontrato grandi difficoltà, sia perchè avevamo l'appoggio politico, avevamo cioè amministratori molto decisi e orientati verso il coinvolgimento della Comunità e l'attivazione dei percorsi partecipativi, sia perché, al contempo, la Comunità e le associazioni erano già abituate a prendere parte a tavoli di lavoro tematici, come ad esempio l'elaborazione del Piano Sociale di Zona. Il mandato politico nel cercare di coinvolgere la Comunità era a tutti gli effetti molto forte. La circostanza di due situazioni contingenti come l'apertura di nuova CdS, un'assoluta novità per il territorio, e il trasferimento all'Unione della funzione sociale, cioè la nascita di un nuovo servizio sociale, probabilmente, ha solo accentuato il bisogno di Comunità in cui l'Unione Colline Matildiche già si trovava. Questi due elementi hanno spinto anche gli amministratori a maturare la necessità di un percorso partecipativo. Inizialmente, la preoccupazione era quella di trovare le risorse economiche necessarie per gestire tutto il progetto perché, fin da subito, era noto quanto fosse necessario l'apporto di consulenti esterni che aiutassero nella conduzione di tutti i gruppi e di tutta la cittadinanza, non solo per competenza personale, ma anche perché i cittadini avevano bisogno di vedere altre figure esterne che esprimessero punti di vista differenti. Questa preoccupazione nel ricercare le risorse è, però, una preoccupazione tipica quando si parla di enti pubblici che devono far quadrare i conti, ma non è mai stata vista come una difficoltà. Le risorse sono state trovate nel bilancio e grazie a un finanziamento della Regione Emilia-Romagna, che ha patrocinato il progetto e il percorso.

Le esperienze precedenti di Engagement comunitario sono state legate prevalentemente alla stesura dei Piani di Zona o ci sono state anche altre occasioni?

Prima che il servizio sociale venisse gestito dall'Unione, all'interno dei singoli comuni erano già presenti delle commissioni consiliari, delle consulte dedicate al Welfare e dei tavoli tematici dove venivano coinvolte tutte le associazioni e i gestori dei servizi socio-sanitari. Questo approccio è, quindi, ormai abitudine nella provincia di Reggio Emilia, per tradizione forse molto tipica del territorio, come nella già citata elaborazione del Piano Sociale di Zona, dove il terzo settore e tutte le associazioni sono state coinvolte. Sono tante le occasioni di coinvolgimento del terzo settore e dell'associazionismo.

Quali sono gli effetti nel breve periodo che si sono riscontrati a livello dei servizi offerti alla popolazione dopo l'attuazione del progetto e la creazione del Patto Sociale di Comunità?

Il Patto Sociale di Comunità è stato sottoscritto da parte di tutti i cittadini dell'Unione, dalle associazioni, dagli amministratori, dagli MMG ecc. All'interno del documento sono state declinate criticità su cui la Comunità chiedeva alle istituzioni e ai servizi di lavorare e di investire. Tra le indicazioni che venivano date, un esempio riguarda la CdS di Puianello, con l'obiettivo di sensibilizzare soprattutto l'operatore sanitario a non fermarsi al semplice lavoro sanitario, ma invece a occuparsi della promozione di adeguati stili di vita. Un altro tema emerso è quello dell'"andare verso", cioè agganciare le fragilità quando si trovano ancora nelle fasi iniziali e preventive e non in condizioni di emergenza. Questo percorso ha contaminato anche le associazioni che hanno capito che pur non essendo professionisti possono avere gli strumenti e le risorse giuste per aiutare la Comunità: è stato anche grazie a questo percorso che è nata l'idea dei Talenti Sociali.

Il progetto è ancora in corso: come si sta evolvendo? Quali le nuove prospettive e i progetti futuri?

Prima della pandemia di SARS-CoV-2, l'Unione Tresinaro Secchia e l'Unione Comuni Pianura Reggiana hanno provato a sperimentare parte del progetto, in particolare i Talenti Sociali, istituendo una vera e propria associazione dei Talenti, con l'obiettivo di coinvolgere maggiormente il terzo settore delle associazioni, che in quei comuni aveva bisogno di essere implementato. Alcuni operatori sono arrivati da altre città d'Italia (tra cui Bergamo) per conoscere la nostra esperienza. Anche la CISL è venuta ad informarsi sul progetto. La pandemia di COVID-19 ha purtroppo congelato il progetto e, attualmente, siamo in fase di ripresa delle attività (stiamo, ad esempio, recuperando i contatti con gli interlocutori, tra cui i Talenti Sociali). Ad oggi, l'obiettivo è promuovere il passaggio da CdS a CdC. Si sta, infatti, immaginando un ampliamento della struttura al fine di creare spazi adeguati che possano accogliere le associazioni, che durante il percorso partecipativo avevano dichiarato la disponibilità a partecipare alle attività nella CdS, tra cui, ad esempio, gestire lo sportello informativo orientativo per i cittadini. Attualmente si stanno cercando risorse e investimenti. Un altro aspetto è recuperare il percorso formativo iniziato con gli operatori perché nel frattempo all'interno della CdS sono cambiati alcuni operatori e queste persone non hanno vissuto il percorso partecipativo e di formazione iniziale sui concetti di accoglienza, comunicazione e relazione.

A nostro avviso il progetto attivato nell'Unione delle Colline Matildiche ha il pregio di aver unito tre grandi temi: assistenza territoriale (CdS), integrazione socio-sanitaria (sportello sociale e sanitario) e Community Engagement: si ritrova in questa affermazione? Perché?

Noi crediamo molto nel valore della CdC, riteniamo sia il modello che possa spingere verso una vera interazione socio-sanitaria.

Io non credo nell'integrazione ma nell'interazione socio-sanitaria perché è impossibile riuscire ad integrare dei sistemi che hanno modalità organizzative completamente diverse, ma è possibile creare delle interazioni e questa è già una grande sfida per lo sviluppo di una CdC.

La CdC, così come è stata teorizzata dal governo e dalle linee guida della Regione Emilia-Romagna, può contribuire a creare questa forte interazione tra tutti i diversi servizi e all'interno degli stessi. CdC significa investire sulla domiciliarità, sulla prevenzione delle ospedalizzazioni. A mio parere, il governo e la Regione avrebbero dovuto già spingere moltissimo su questo concetto. L'ingaggio delle associazioni è rappresentativo: già in precedenza le associazioni avevano dichiarato le risorse che potevano mettere a disposizione in una CdS/CdC, e, ad esempio, a seguito della pandemia da SARS-CoV-2, dato che era necessario un triage per l'accesso alla CdS e non sempre erano sufficienti le risorse professionali dell'USL, la direzione sanitaria ha chiesto aiuto all'Auser. Nel breve periodo si è subito capito come l'ingaggio del territorio e dell'associazionismo porti ricchezza all'interno dei servizi. Purtroppo questo lavoro è ancora molto faticoso perché questa cultura della CdC non è ancora radicata in Italia.

La ringraziamo per essersi prestata a questa intervista e averci portato un esempio importante di Engagement comunitario. Vuole aggiungere qualche ultima considerazione?

La cosa che mi sento di valorizzare alla fine è il ruolo della Medicina di Gruppo, che è stata uno dei primi servizi all'interno della CdS. In quel contesto, è risultata lampante la differenza tra un singolo MMG e uno inserito nel contesto di una Medicina di Gruppo. Altro aspetto importantissimo da valorizzare è l'approccio comunitario dei medici, degli infermieri e dello psicologo di Comunità, figure ancora dibattute, ma che hanno dato un grosso contributo al nostro progetto.

Glossario acronimi

AUSL= Azienda Unità Sanitaria Locale

CdS= Casa della Salute

CISL= Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori

COVID-19= Coronavirus Disease 2019

MMG= Medico di Medicina Generale
NICE= National Institute for Health and Care Excellence
PUA= Punto Unico di Accesso
RE= Reggio Emilia
USL= Unità Sanitaria Locale

Riferimenti bibliografici

1. Capra P, Coppo A, Dettoni L, Monaco R Di, Marino M, Pilutti S, et al. Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute. 2018;
2. NICE. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE Guidel [Internet]. 2016;(March 2016):33. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-1837452829381>
3. Landra S, Ravazzini M, Prandi F. Salute, partecipazione, democrazia. Manifesto per un'autentica casa della salute. DeriveApprodi, editor. 2018.
4. Regione Emilia-Romagna. Case Della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa. 2016;1–33.
5. Prima la Comunità. Indicazioni del gruppo interregionale di confronto sulle Case della Salute [Internet]. Available from: <https://www.primalacomunita.it/>
6. Zamagni S. Dell'origine e del fondamento del principio di sussidiarietà circolare. 2022

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno