

Le ambivalenze della Sanità pubblica italiana tra de-strutturazione dell'universalismo e agire collaborativo. Verso la costruzione delle «Case di comunità»

Pierpaola Pierucci

Sociologa della salute e della cura, RTD/b
Dipartimento di Scienze dell'Ambiente e della Prevenzione
Palazzo Turchi di Bagno, C.so Ercole I D'Este, 32
Università degli Studi di Ferrara (Italia)
Mobile: +39 339 1373335
pierpaola.pierucci@unife.it

Abstract

Questo articolo intende contribuire al dibattito sul processo di riforma che sta investendo la sanità pubblica di molti paesi occidentali focalizzando l'attenzione sulla situazione italiana. La suggestione di lettura del tema parte dalla titolazione «INSIEME!» prescelta per il Congresso Alass-Giseh, che rimanda in primis agli obiettivi fondativi la nascita di un servizio nazionale per la tutela della salute e la cura delle persone (*Welfare state*) come pure all'urgenza odierna di una revisione strutturale-funzionale per garantire la sostenibilità economica e ridare valore alla protezione pubblica. A seguito della pandemia da Covid-19 molti dei sistemi sanitari nazionali hanno subito un aggravio dei fattori di crisi antecedenti tra cui quello del potenziamento dei servizi di *Primary health care*, che nel contesto italiano ha visto - nel 2007 - l'introduzione e sperimentazione delle "Case della salute", convertite dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in "Case della comunità". Un cambiamento che richiama l'urgenza di un agire «insieme», collaborativo, tra tutti i portatori d'interesse - istituzionali e comunitari - non solo per la difesa della sanità pubblica rispetto alle dimensioni privatistiche che progressivamente sono entrate nella sua struttura, ma anche per una nuova architettura dei modelli di cura che guarda alla "territorializzazione" come strumento importante dell'universalismo.

Keywords: Collaborazione/integrazione, Case della comunità, Prossimità, Cittadinanza attiva, One Health.

Résumé

Cet article entend contribuer au débat sur le processus de réforme qui affecte le système de santé public dans de nombreux pays occidentaux, en focalisant l'attention sur la situation italienne. La suggestion de lecture du thème part du titre « ENSEMBLE ! » choisi par le Congrès Alass-Giseh, qui fait référence avant tout aux objectifs fondateurs de la création d'un service national de protection de la santé et de soins des personnes (État-providence) ainsi qu'à l'urgence actuelle d'une révision structurelle-fonctionnelle pour garantir la durabilité économique et la restauration de la valeur de la santé publique. Suite à la pandémie de Covid-19, de nombreux systèmes de santé nationaux ont subi une aggravation des facteurs de crise précédents, notamment celui du renforcement des services de soins primaires, qui dans le contexte italien a vu - en 2007 - l'introduction et l'expérimentation des «Maisons de Santé», transformées par le Plan National de Relance et de Résilience (PNRR) en «Maisons Communautaires». Un changement qui rappelle l'urgence d'agir «ensemble», en collaboration, entre tous les acteurs institutionnels et communautaires non seulement pour la défense de la santé publique à l'égard des dimensions privées qui sont progressivement entrées dans sa structure, mais aussi pour une nouvelle architecture des modèles de soins qui considère la «territorialisation» comme un outil important de l'universalisme.

Keywords: Collaboration/intégration, Maisons communautaires, Proximité, Citoyenneté active, One Health.

Collettivizzazione *versus* re-individualizzazione dei rischi sociali¹

L'importanza di una protezione *sociale* dalle avversità della condizione umana è una questione che porta, con l'avvento della modernità, alla costituzione di uno Stato protettore (*Welfare state*), assicuratore «universale» contro i rischi che gli individui possono incontrare nella loro vita quotidiana. La malattia, l'infermità e la non autosufficienza sono da sempre tra i rischi sociali più temuti dagli individui e l'esperienza pandemica ha riportato al centro delle decisioni politiche la necessità di sistemi curanti in grado di operare efficacemente in relazione a uno scenario epidemiologico infettivo-sindemico [Horton 2021] - oltre che di malattie cronico-degenerative - e tenuto conto delle mutate condizioni demografiche e tecnologiche.

Per quanto riguarda il contesto italiano la revisione del servizio sanitario pubblico si pone all'interno di un delicato equilibrio tra istanze unitarie e autonomistiche (Stato-Regioni) con differenti concezioni dell'universalismo, che negli ultimi venti anni hanno visto primeggiare le pressioni di autonomia regionale differenziata [Vicarelli 2022]. Tuttavia con la progressiva de-strutturazione dell'universalità della sanità pubblica a favore di strategie privatistiche di matrice neoliberista (*New Public Management*) si sono sviluppate, nello spazio pubblico, forme sempre più larghe di attivismo di soggetti collettivi emergenti (associazioni di utenti, gruppi professionali, organizzazioni comunitarie, ecc.) per il riconoscimento di una effettiva *partecipazione collegiale* alle decisioni sui temi della salute e della cura (*community care*).

L'esortazione «insieme!» vede anche una revisione organizzativa del lavoro assistenziale in senso collaborativo ed integrato (*reti*) tra settori (*sanità-sociale*), livelli di cura (*ospedale-territorio*) e profili professionali (*multidisciplinarietà*). Ciò si rende tanto più urgente quanto più complessa è diventata la domanda di assistenza ed ampio il senso di insicurezza collettiva, indotto anche dal vissuto pandemico.

A caratterizzare l'odierno revisionismo della sanità pubblica italiana vi è l'ambivalenza scaturente, da un lato, dalla crescente privatizzazione/de-collettivizzazione dei rischi sociali e, dall'altro lato, dalla necessità di un agire sinergico/collaborativo tra attori istituzionali, professionisti, corpi intermedi e cittadini per poter rilanciare la «territorializzazione» della salute (*approccio determinanti sociali*) come via maestra dell'universalismo ed il contrasto delle disuguaglianze socio-sanitarie.

Come prima nazione europea a dover intervenire per il contenimento del contagio virale, l'Italia ha sperimentato la differente capacità dei suoi modelli sanitari regionali di affrontare l'emergenza di salute pubblica, evidenziando una miglior risposta - seppur con debolezze - da parte dei contesti locali che avevano scelto «logiche pubbliche» ed il potenziamento della sanità territoriale (v. Emilia Romagna e Toscana) anziché «logiche di quasi-mercato» e l'implementazione delle cure ospedaliere (v. Lombardia).

La lezione appresa dalla drammatica esperienza pandemica ha avviato nel 2021, con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un percorso di (ri)disegno e sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, le cui linee di fondo riguardano: 1) un *differente paradigma della cura*, realizzata da un'équipe multiprofessionale coordinata ed integrata; 2) la *prossimità* quale cardine di erogazione dei servizi e metodo d'intervento degli operatori sanitari; 3) la *promozione della salute* come orientamento di sviluppo di *life skills* individuali, di costruzione di comunità partecipative ai temi della salute/malattia/cura e come vettore dell'approccio *One Health*, ovvero, di una pratica di salute/benessere «eco»-centrica anziché «antropo»-centrica.

È parte sostanziale della nuova architettura della sanità territoriale la costituenda «Casa di comunità» (CdC), un modello organizzativo distrettuale che evolve la precedente «Casa della Salute» (CdS) e che, a seguito del mutato scenario politico italiano (caduta del governo Draghi ed elezione del governo Meloni), è divenuta oggetto di visioni antitetiche tra il vecchio e il nuovo esecutivo, indebolendo la fattibilità delle sue premesse innovative.

La necessità che le CdC dovrebbero poter soddisfare riguarda l'edificazione di un sistema di protezione pubblico strutturato su tre dimensioni - *sanitaria, sociale e comunitaria* - allo scopo di integrare le risorse istituzionali con quelle comunitarie e di terzo settore (*Welfare community*) e rilanciare la componente territoriale dei servizi assieme ad una rinnovata socializzazione della salute e senso comunitario della protezione sociale.

¹ Il richiamo è all'analisi di R. Castel (2004) circa le protezioni civili e sociali. Opera citata in bibliografia.

Per un agire collaborativo: il modello delle «Case di comunità»

A fare da contraltare alla crescente de-collettivizzazione dei rischi sociali e al disinvestimento politico ed economico sulla sanità pubblica italiana ci sono state - nel biennio pandemico e periodo successivo - le proposte di vari movimenti, gruppi ed associazioni sociali, rivendicative di un ruolo proattivo e partecipativo delle *comunità* per la tutela del servizio pubblico e il buon uso delle risorse stanziate a seguito del Recovery Fund.

Trasformare la crisi socio-sanitaria in un'importante opportunità collettiva ha agito da fattore predisponente un fare collettivo² per cercare di passare da petizioni di principio («salvare il SSN», «rafforzare le cure primarie», «investire sull'assistenza sociale», ecc.) ad esperienze e pratiche d'intervento tangibili.

È in questo frame di attivismo sociale che scaturisce la proposta di inserire nella rete dei servizi del welfare italiano il modello organizzativo delle «Case di comunità», frutto di un progetto proposto dall'associazione «*Prima la comunità*» ed elaborato assieme a Cergas della SDA Bocconi, al Laboratorio Management e Sanità e alla Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

Le intenzioni del progetto si collocano su una linea di continuità con la già istituita «Casa della salute», un presidio distrettuale polivalente, avviato con la legge finanziaria del 2007 e destinato ad essere il luogo della partecipazione democratica in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di promuovere la salute e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e con il settore sociale. Allo stesso tempo, però, il riferimento specifico alla «comunità» esprime un cambiamento evolutivo della struttura precedente (CdS), che nel concreto ha evidenziato - nel corso della sua realizzazione - la conservazione di una dimensione culturale ed operativa della salute di tipo sanitario (*medicina di attesa*) e la scarsa propensione al perseguimento effettivo della partecipazione collettiva e dell'integrazione tra settori e livelli di assistenza [Pierucci 2013; 2016; 2019].

Comunità e partecipazione sono i perni caratterizzanti la CdC per contribuire al riassetto della sanità pubblica secondo le linee programmatiche sia della Dichiarazione di Alma Ata (1978), ovvero, d'istituire sistemi di tutela e promozione della salute declinati all'interno dei luoghi dove le persone vivono e si relazionano, sia della Carta di Ottawa (1986), ovvero, di rendere le comunità partecipi nel riorientare i servizi sanitari.

L'idea progettuale delle Case della Comunità è stata accolta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, varato nel 2021 dal Governo Draghi (e regolamentato con DM 77/22), che attribuisce ad ogni territorio il compito di costruzione di un progetto di cambiamento su diversi ambiti tra cui quello della salute (Missione 6), stanziando per ciascuno di essi dei fondi. Per l'area della salute sono stati previsti oltre 15 miliardi di euro suddivisi su due componenti: la C1 per il *potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale* e la C2 per *l'innovazione, la ricerca e digitalizzazione dei servizi*.

Nell'ambito d'intervento della prima componente (C1) gli obiettivi specifici riguardano il potenziamento dei servizi domiciliari e l'attivazione entro il 2026, a livello nazionale, di 1.350 Case della Comunità quale «luogo dove le varie espressioni comunitarie, assieme ai professionisti della salute, individuano il quadro dei bisogni, elaborano il proprio progetto di salute, le priorità d'intervento e i servizi necessari» [DM 77/22].

Come recita il PNRR la Casa di Comunità dovrà rappresentare:

«[...] lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.»

² A titolo emblematico si cita l'*Alleanza per la riforma delle Cure primarie in Italia*, costituita nel marzo del 2022 e nata dall'adesione di 18 associazioni distinte. <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia>

Nel disegno rimodellante la sanità territoriale italiana la Casa della Comunità viene formulata quale luogo di costruzione di progettualità di salute - di «*well*»-*doing* con e per la comunità - contestualizzate ai bisogni di quella specifica comunità; essa è sede della co-progettazione con i cittadini, singoli e/o associati, per superare l'autoreferenzialità del sistema sanitario nel programmare ed erogare servizi e prestazioni. L'approccio comunitario, della salute comunitaria, è il *quid* distintivo della CdC e, al contempo - come già detto - evolutivo rispetto al precedente modello della Casa della Salute.

Con l'insediamento del governo Meloni il piano previsto per la Missione 6 subisce, tuttavia, alcune importanti revisioni per quanto riguarda la realizzazione delle CdC, il cui numero da realizzare con i fondi dell'Unione Europea viene ridotto, nel luglio 2023, da 1.350 a 936, garantendo per le restanti 414 la possibilità di attingere ai fondi destinati alla spesa sanitaria ospedaliera per la costruzione di nuovi reparti, la dotazione di attrezzature e/o la messa a norma dell'esistente. Una scelta che apre problemi dal punto di vista non solo dell'accesso ai finanziamenti per tutte le Regioni che hanno già avviato l'iter progettuale necessario allo stanziamento delle risorse per l'attuazione delle CdC, ma anche per dare la possibilità al modello di rappresentare la *condizione strutturale* per passare dalle affermazioni di principio (L.299/1999 e L.328/2000) alla materializzazione dell'unitarietà ed integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie e salvaguardare l'equità, la solidarietà e l'universalismo del servizio nazionale.

La Casa di Comunità tra nuove e vecchie sfide

A livello progettuale la Casa di Comunità contiene, in nuce, numerose elementi di rinnovamento delle cure primarie quale pilastro fondamentale della sanità pubblica del prossimo futuro. L'imperativo imprescindibile per l'efficientamento dell'assistenza territoriale è quello di un «fare assieme», integrato e coordinato, a partire dalle comunità entro cui i servizi socio-sanitari agiscono e si implementano.

Da un punto di vista degli atti programmatori, il richiamo alla partecipazione dei cittadini è un obiettivo presente da tempo (L. 833/1978 art.1), che tuttavia è stato prevalentemente messo in atto come partecipazione di tipo consultivo-valutativo dei servizi assistenziali anziché di tipo *co-decisionale* e *co-costruttivo*. Lo scenario a cui tendere chiama in causa una differente strategia operativa della salute, che non va praticata solo come 'difesa' (tutela di un diritto individuale) e/o 'cura' delle malattie (erogazione di prestazioni professionali) ma, appunto, *co-costruita* da tutti i portatori d'interesse (programmazione) nell'ottica di *produrre salute* rispetto alla comunità di riferimento. Il design della CdC ha l'obiettivo di dare risposte a domande di salute «complesse», costituite da bisogni legati alle caratteristiche epidemiologiche di un dato territorio e, soprattutto, da richieste di tipo partecipativo, relazionale, di personalizzazione delle cure e riconoscimento delle differenze.

Per produrre salute, pertanto, l'*attivazione* della comunità è condizione essenziale che apre sfide significative in termini di capitale sociale e capitale umano posseduti da ogni specifico contesto locale; tale disparità richiederebbe l'esplicitazione normativa di figure professionali (*promotori di comunità*) in seno alla Casa di Comunità con competenze sociali, relazionali, comunicative come sociologi, comunicatori, ecc., che però, ad oggi, non sono state previste. La dotazione del personale della «casa» manifesta carenze anche dal punto di vista degli standard obbligatori (presenza settimanale, oraria, ecc.) per quei profili utili al coordinamento assistenziale socio-sanitario, come la figura dell'assistente sociale e/o dello psicologo che vengono inseriti (DM 77/22) all'interno dell'équipe multiprofessionale della CdC in modo generalissimo ed approssimativo.

Del tutto assente è, inoltre, il disegno strutturale-architettonico per la *partecipazione attiva* della cittadinanza, del mondo dell'associazionismo, delle organizzazioni di volontariato e di Terzo settore, indicata quale linea portante del progetto. In quanto *Casa di comunità* quali spazi ad hoc sono previsti per questi attori? Quale tipologia di edificio può supportare il lavoro coordinato ed integrato tra collettività e servizi per la salute?

Sulla base dell'esistente, ovvero le Case della Salute, poco e/o nulla è stato pensato e realizzato al riguardo; gli interventi più ricorrenti - di nuova edificazione o ristrutturazione - hanno avuto l'obiettivo primario di rendere 'famigliare' la struttura, intervenendo quasi esclusivamente sul layout degli spazi interni dedicati alle attività sanitarie e/o di attesa delle prestazioni. Alla luce dell'esperienza pregressa delle CdS, che hanno prevalentemente agito la dimensione sanitaria a discapito di quella partecipativa sociale/comunitaria, è dirimente stabilire linee guida di indirizzo per la configurazione architettonica [Setola 2022] - sia interna che esterna - della CdC, quale contesto di riferimento per la popolazione anche dal punto di vista della vita associativa (*spazi di prossimità*) e della promozione del benessere urbano/di quartiere.

Dal punto di vista organizzativo (come già per le CdS) è previsto lo sviluppo della rete delle CdC basata su livelli diversi di complessità assistenziale, collegati funzionalmente secondo il modello *Hub-spoke* per la presa in carico di bisogni complessi (*Hub*) e di bassa intensità di intervento (*spoke*). Un aspetto caratterizzante le case-*hub* riguarda l'organizzazione del lavoro assistenziale per aree integrate di intervento ed équipes di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari, considerati tra i fattori innovativi più importanti.

L'integrazione socio-sanitaria mira a fornire un approccio olistico e coordinato alla salute e al benessere, considerando sia gli aspetti sociali che quelli sanitari delle persone e, a tal fine, richiede un'organizzazione del lavoro dell'assistenza primaria di natura multi-settoriale e multi-professionale.

A distanza di oltre un decennio dall'istituzione delle Case della Salute, che dovranno svilupparsi nella direzione del modello della Casa di Comunità, permangono diversi elementi di criticità che potrebbero depauperare il senso generale della riforma avviata. Difatti, relativamente all'integrazione socio-sanitaria i criteri³ disposti dal DM 77/22 per facilitarne la fattibilità risultano disattesi⁴ nella gran parte dei sistemi sanitari regionali, vuoi per un mutato investimento da parte del nuovo esecutivo, vuoi per il persistere di resistenze al cambiamento da parte di gruppi professionali caratterizzati da una contrattazione collettiva di autonomia professionale (Medici di medicina generale e Pediatri di Libera scelta) anziché di pubblica dipendenza (medici specialisti).

Nell'ottica dell'integrazione multiprofessionale e dell'innovazione socio-assistenziale sottesa dalla CdC il medico di MG è nevralgico per il ruolo di cabina di regia e di coordinamento delle figure sanitarie coinvolte nel percorso di cura e, allo stesso tempo, per l'interfacciamento e la concertazione della continuità assistenziale con il settore sociale (assistente sociale). Un altro elemento di difetto in tema di lavoro assistenziale *collaborativo ed integrato* riguarda la componente comunitaria, che a livello teorico viene delineata come parte portante la riforma di rinnovamento, ma di cui non si esplicita nulla sul *come* potrà collaborare ed essere co-autoriale alla produzione di servizi per la salute e la cura.

Al momento è difficile poter individuare le direzioni di sviluppo del progetto di riforma delle cure primarie e, nello specifico, le strategie che si sceglierà di mettere in campo per il fronteggiamento delle sfide riguardanti la Casa della Comunità, il cui valore - operativo e culturale - mostra di essere di vitale importanza per una ri-generazione in senso universalistico del sistema di welfare italiano [Ingresso 2022].

Considerazioni finali

L'universalismo rappresenta il principio fondamentale secondo cui tutti i cittadini devono avere accesso alle cure e all'assistenza pubblica indipendentemente dal loro status socio-economico, di appartenenza di genere o altro. La Casa di Comunità si pone come modello garante questo principio, perchè basato sul coinvolgimento attivo della cittadinanza - in forma singola o associata - nella pianificazione, implementazione e valutazione dei servizi. L'approccio comunitario, costitutivo il progetto di rinnovamento della salute territoriale, permette di identificare e affrontare le specifiche esigenze dei contesti locali grazie al concorso pro-attivo e corresponsabile delle persone che vivono e si relazionano in quei luoghi. Il progetto della CdC guarda alla «complessità» dei bisogni individuali e collettivi espressi da uno specifico territorio sia dal punto di vista epidemiologico/sanitario che di rigenerazione urbana, ovvero, di spazi di prossimità, relazionali e partecipativi.

Prossimità è un costrutto sempre più associato a quello di *cura*, perchè percepito come binomio necessario per la ricerca e l'organizzazione di servizi territoriali attenti ai determinanti di salute di tutta la comunità di appartenenza. In questo senso, la salute e il curare assumono una valenza che supera il paradigma bio-medico e diventano strumenti per stare vicino alle persone, ascoltare i loro bisogni, creare relazioni e promuovere un senso di appartenenza comunitario.

³ Identificazione di territori indicativamente di 100.000 abitanti e attivazione di tutti i Distretti sanitari coincidenti con l'Ambito Territoriale Sociale; avvio della programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie; attuazione delle Centrali Operative Territoriali – COT; attivazione delle Unità Operative indispensabili previste dal DM77 in ciascun Distretto e del Punto Unico di Accesso (PUA) nella logica dell'accoglienza e dell'ascolto; avvio delle équipes multiprofessionali a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

⁴ AGENAS, *Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022*.

Link: https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2__finale.pdf

La crescente complessità dei contesti urbani assieme alla frammentazione delle reti sociali pongono la necessità di sviluppare nuove strategie per promuovere la coesione sociale e l'empowerment delle comunità locali per il controllo della salute umana, ambientale e climatica (*approccio One-Health*). In questo quadro, le Case di Comunità emergono come una *risposta innovativa*, offrendo uno spazio fisico e sociale in cui i cittadini possono incontrarsi, collaborare e partecipare attivamente per il benessere comune e la tutela della *protezione pubblica* per tutti e per ciascuno.

Riferimenti bibliografici:

Castel R. (2004), *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti ?*, Gli Stuzzi, Einaudi Editore, Torino.

Giarelli G, Vicarelli M.G. (2022), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Franco Angeli Open Access: <http://bit.ly/francoangeli-oa>, Milano.

Horton R. (2020), Offline: COVID-19 is not a pandemic, *The lancet*, 396(10255), 874.

Ingrosso M. (2023), Verso le Case della Comunità: discontinuità, prossimità, rigenerazione, *Sistema Salute*, Volume 67, Numero 1 (monografico).

Pierucci P. (2013), La Casa della Salute in Emilia Romagna, *Welfare Oggi*, n.6, Periodici Maggioli, pp. 47-52.

- (2016), *Modelli innovativi di cure primarie in Italia: la casa della salute. Un'analisi di progetti ed esperienze in Emilia Romagna*, Edizioni Accademiche Italiane.
- (2019), *Centralità del territorio e ruolo della persona in cura. Il modello organizzativo della "Casa della Salute"*, in: Ingrosso M., Pierucci P., *Relazioni di cura nell'era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici*, Aracne editrice, Roma, pp.161-178.

Setola N. (2022), *Elementi urbanistici ed edilizi delle Case della Comunità*, in: Brambilla A., Maciocco G., *Dalle Case della Salute alle Case della comunità*, Carocci editore, Roma, pp.53-68.

Simonet D. (2011), The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: An International Comparative Perspective, *International Journal of Public Administration*, 34: 815–826.