



Ambito
Territoriale di
Carate Brianza

Piano di Zona 2021 – 2023



Case di Comunità



Allegato 5

Approvata dall'Assemblea dei Sindaci
il 10 febbraio 2022



Sommario

1 GRUPPO INTEGRATO PROPONENTE.....	3
2 LE CASE DELLA COMUNITÀ	3
2.1 UNA SFIDA: DALLA GESTIONE DELLA SANITÀ ALLA TUTELA DELLA SALUTE.....	3
2.2 SCOPO DEL DOCUMENTO.....	4
2.3 ASSUNTI DI BASE.....	5
2.4 GLI OBIETTIVI DI SALUTE PRIORITARI	7
3 PROFILO GENERALE DEI DISTRETTI ATS DI MONZA E DELLA BRIANZA.....	8
4 ORGANIZZAZIONE CASE DELLA COMUNITÀ	9
4.1 Inquadramento generale.....	9
4.2 Il disegno territoriale	12
4.2.1 L'integrazione con i servizi sociali nel Distretto Brianza AMBITI di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate	13
4.2.2 L'integrazione con i servizi sociali nel Distretto di Lecco AMBITI di Merate, Bellano, Lecco. .	14
4.3 Governance della Casa della Comunità	19
4.4 Conclusioni e prospettive di lavoro	20



1 GRUPPO INTEGRATO PROPONENTE

- ATS Brianza
- ASST Brianza
- ASST Monza
- Distretto di Monza e Distretto Brianza
- Ambiti di Monza, Desio, Vimercate, Carate Brianza, Seregno
- OPMCeO- Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – Monza e Brianza
- OPI -Ordine Professioni Infermieristiche
- Forum Provinciale Terzo settore Monza e Brianza
- CSV – Centro di Servizi per il Volontariato Monza Lecco Sondrio
- Confcooperative Monza e Brianza
- Coop medici di medicina generale
- FEDERFARMA
- Parti Sociali e Associazioni datoriali
- Provincia di Monza e Brianza

2 LE CASE DELLA COMUNITÀ

2.1 UNA SFIDA: DALLA GESTIONE DELLA SANITÀ ALLA TUTELA DELLA SALUTE

La Casa della Comunità raccoglie la sfida di rappresentare il punto d'incontro tra soggetti, istituzioni e istanze sociali per il benessere e la salute (agenda ONU 2030), senza mai dimenticare che la salute si genera laddove “le persone vivono, lavorano, amano, giocano” (Alma Ata, 1978), ovvero dove la vita si sviluppa e gli esseri umani si ritrovano e si relazionano.

Aspiriamo a progettare una Casa della Comunità che, superando il concetto di servizio e prestazione sanitaria, diventi luogo dove valorizzare le diverse risorse dei territori, far emergere e dare voce a quella ricchezza fatta di valori, storie, esperienze, risorse la cui scoperta e il cui intreccio sistemico ci permettono di guardare la realtà con occhi nuovi e immaginare che un modo nuovo di concepire il welfare sia possibile.

Non è questo ciò cui assistiamo con le esperienze che in questi anni hanno preso forma sotto la denominazione di Casa della Salute, sulla spinta d'indicazioni regionali orientate prevalentemente (se non esclusivamente) a una diversa organizzazione delle attività sanitarie collegando tra loro, quando possibile, i servizi territoriali (sanità pubblica, psichiatria, materno-infantile), i medici di medicina generale e i servizi sociali.

Le esperienze realizzate non hanno spesso compiutamente interpretato ciò che le norme vigenti consentirebbero, per cui chiamiamo sperimentazione innanzitutto l'attuazione piena delle norme vigenti ma anche la capacità di pensare e realizzare connessioni più avanzate e meglio rispondenti alla complessità odierna.



Non dobbiamo pertanto pensare tanto ad un luogo fisico onnicomprensivo, ma a qualcosa che sappia interconnettere esperienze, che costruisca opportunità di scambio, tra soggetti istituzionali e non, apra orizzonti nuovi e diversi da quelli che le singole parti possono mettere in campo.

Il “luogo” rappresenta anche un simbolo per dare forma alla coesione sociale e al riconoscimento di essere parte di una comunità; per questo un elemento che consideriamo importante è costituito, tra gli altri, dagli spazi dell'accoglienza, quelli che in fondo ci permettono di andare oltre il consumo delle prestazioni e di sentirsi “a casa”.

Le Case della Comunità che l'istituzione sanitaria sta costruendo sulla scorta di normative del 2007 possono essere una base importante e un contributo per accelerare processi sociali di comunità, ma devono potersi immaginare a due livelli, quello del contributo offerto attraverso i servizi sanitari e sociosanitari e quello della voce della comunità e delle persone che la abitano.

Il cambio di paradigma si concretizza se si comincia a pensare ad un sistema di welfare nuovo che parta dalla comunità e non dalle istituzioni erogatrici, e quindi più che un insieme di prestazioni individualizzate che rientrano nella logica del modello di consumo, si sceglie di sviluppare un approccio di comunità basato sulla consapevolezza di salute come bene comune.

Dalla qualità di questo approccio dipende nella sostanza la qualità del nostro futuro : si impone perciò un radicale cambio di prospettiva che interpella tutti: le Istituzioni, che sono a rischio di autoreferenzialità; gli attori sociali, dagli imprenditori, al terzo settore ed a quanti sono impegnati a garantire la vita della comunità nei modi più diversi, comprendendo che le scelte non sono neutre e l'analisi costi/benefici deve partire dal benessere globale di tutti; i cittadini, spesso abituati a consumare servizi e non tanto a sentirsi parte di essi e della loro efficacia ed efficienza; i professionisti, a loro volta parte della vita della comunità e non solo produttori di beni o servizi; le reti sociali si integrano, confrontano e complementano con l'azione dei servizi e viceversa.

Un effettivo universalismo: la comunità pensata come rete di relazioni appare dinamica e perciò aperta al confronto, soprattutto laddove un tema cruciale come la salute diviene il filo rosso del suo governo e quindi reale strumento di misura dell'esercizio della democrazia. Obiettivi come equità, uguaglianza e pari opportunità per tutti, diventano garanzia di solidarietà e sostenibilità, parametri sostanziali di misura di efficacia delle scelte organizzative. Va posta l'attenzione ad andare oltre logiche di assistenzialismo, di mera compassione, di “costo sociale necessario”, nella convinzione piena che partire dagli ultimi è l'unica condizione che rende possibile una progettazione veramente universale e rispettosa dei diritti di tutti, alla ricerca delle forme più idonee a garantire equità e uguaglianza per la salute.

Dalla recente e drammatica esperienza della pandemia può nascere un modello diverso di concepire e promuovere la salute sul territorio, non come fatto in sé, ma come capacità continua di affrontare i problemi delle persone in chiave sistemica, ricercando con sguardo multidisciplinare e comunitario risposte concrete e sostenibili.

2.2 SCOPO DEL DOCUMENTO

Questo documento è prodotto dalla collaborazione degli attori politici e dai responsabili istituzionali dei diversi soggetti del nostro territorio demandati e interessati a progettare le Case della Comunità; la proposta del gruppo di lavoro nasce dal Tavolo di sistema Welfare e dalla Cabina di Regia ATS, ma la necessità di un lavoro comune sui temi della integrazione socio sanitaria erano già emersi con forza nei tavoli preparatori dei Piani di Zona che i 5 Ambiti si apprestano ad approvare. Da ultimo trae anche spunto e si allinea ad analogo lavoro prodotto nel mese di dicembre 2021 dal Distretto di Lecco.

Nel documento si indicano per cenni le coordinate valoriali, strutturali, organizzative e gestionali cui riferirsi nelle fasi di realizzazione concreta delle Case, con la convinzione che i contesti diversi determinano esperienze uniche e originali, ma che i riferimenti generali possono essere comuni. Il presente documento ha



come obiettivo quello di fornire indicazioni e suggerimenti per promuovere l'attivazione delle Case della Comunità a partire dai documenti ufficiali ma provando a introdurre tutti quegli elementi che provengono dalle esperienze acquisite in questi anni di attività, lavorando a stretto contatto con i bisogni, le problematiche e le peculiarità del sistema sanitario, sociosanitario e sociale lombardo. Territorio che ha come finalità la capacità di fare sintesi e trovare convergenze su più livelli, cercando in modo costante elementi di innovazione sia di processo che di offerta.

Il documento si pone pertanto come contributo iniziale a una progettazione unitaria che:

- garantisca la relazione e la valorizzazione dei contributi di molte persone e molte esperienze per favorire il benessere comunitario, in modo che ciascuno “si senta a casa” e avverta di presidiare obiettivi e metodi del percorso;
- solleciti il confronto tra punti di vista e il dialogo tra segmenti diversi della vita comunitaria come condizione per il progetto sociale comune, in modo che sia data voce alle differenze come ricchezza presente nelle diverse comunità perché non esistono sguardi oggettivi e privilegiati sulla realtà e non esistono a priori soluzioni assolute ai problemi;
- promuova a valorizzi le reti sociali come componente sistemica dei servizi, in una relazione bidirezionale e reciproca, dove le reti sociali completano e popolano di socialità e offrono attività di supporto nella presa in carico dei servizi, ma dove le reti sociali anche sollecitano l'attivismo dei servizi stessi, segnalando bisogni inespressi o poco conosciuti e dove i servizi chiedono alle reti sociali di contribuire ad arricchire di valori e iniziative la comunità, complementando le attività istituzionali.

Siamo convinti che mai come ora, di fronte agli investimenti del PNRR, sia il momento di superare autoreferenzialità, interessi particolari pur legittimi, per definire insieme, attraverso un processo partecipativo e aperto, capace di sviluppare forme reali di coprogrammazione e coprogettazione come indicato dalla normativa (vedi documento gruppo di lavoro della Cabina di regia ATS/Ambiti in corso di approvazione) , un sistema di servizi realmente in grado di rispondere ai bisogni della cittadinanza e di realizzare quel processo di integrazione sociosanitaria sempre auspicato ma non ancora compiuto in Regione Lombardia.

Questo documento che si allinea ad analogo documento, prodotto nel mese di dicembre 2021 dal Distretto di Lecco, con la stessa metodologia partecipativa, nel rispetto delle specificità territoriali vuole offrire

- alcune indicazioni concrete per il territorio della provincia di Monza e Brianza
- elementi di sperimentazione distrettuale che possano aprire un confronto permanente ed orientato al miglioramento continuo con le altre realtà della nostra ATS

Il presente documento si pone dunque come contributo plurale e come strumento di lavoro da approfondire e condividere ai diversi livelli, con l'aspettativa che venga tenuto vivo un dibattito reale, sia a livello del confronto regionale, sia a livello di ATS Brianza e ASST Monza e ASST Brianza, condividendo il comune senso di responsabilità pubblica che attraversa tutti gli attori territoriali, sia pubblici che del terzo settore.

2.3 ASSUNTI DI BASE

La salute è un bene comune fondamentale e per chiunque oggi voglia progettare Case della Comunità, è indispensabile rileggere in sequenza le tre dichiarazioni più significative prodotte negli anni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Alma Ata 1978, Ottawa 1986, Shanghai 2016) accostandole alla grande sfida espressa dagli obiettivi dell'ONU per il 2030. Sono testi che disegnano un modello di salute integrato, voluto e pensato dalla comunità, capace di offrire supporto ai bisogni specifici sempre letti in relazione alle persone

- In questi giorni stiamo assistendo ad un intenso quanto variegato dibattito intorno all'organizzazione della sanità territoriale che investe diverse problematiche, dall'utilizzo dei fondi



previsti dal PNRR nazionale, alla rivisitazione dell'Accordo Nazionale dei Medici di Famiglia, alla approvazione della revisione della Legge 23 di Regione Lombardia. ANCI ed Enti locali sottolineano la necessità di cogliere gli intrinseci e inderogabili aspetti legati alla necessità di una svolta della relazione fra sanitario e sociale, riportando a unitarietà le politiche di cura rivolte alla cittadinanza. L'attesa dell'oggi, resa ancor più evidente dalla recente pandemia che ha fatto emergere e rimesso in discussione contraddizioni e necessità di intervento che erano comunque già presenti, è quella di pensare ad un welfare della prossimità, smobilitando le autoreferenzialità di sistemi che, al di là del dichiarato, sono concepiti nei fatti ancora come contrapposti e l'uno (sociale) subalterno all'altro (sanitario). Sarebbe auspicabile, a questo riguardo, un miglior coordinamento delle politiche regionali in occasione delle riforme in corso.

- La proposta descritta di seguito cerca di focalizzare l'attenzione sul *“contenuto”* più che sul *“contenitore”*, convinti che questa sia la strada migliore per costruire qualcosa di sostenibile e di immediato impatto per i cittadini. È comunque fondamentale che anche il *contenitore* (e non ultimo anche la sua collocazione geografica) non sia totalmente avulso dal contenuto e dal contesto. In questo senso la stretta relazione fra soggetti istituzionali, nella dialettica con gli altri interlocutori territoriali, deve segnare una prospettiva di *innovazione del metodo con cui si operano le scelte importanti per il territorio*.
- La pandemia ha reso più evidente una domanda di fiducia, un'aspettativa di riferimenti chiari e meno burocratizzati, di sentirsi riconosciuti come persone e non solo come pazienti/utenti: si sente la necessità di un medico di famiglia sgravato da incombenze amministrative e formalità, che abbia in carico le persone e le famiglie, di farmacie di fiducia che possano informare e orientare le persone, di una telemedicina che possa diventare uno strumento realmente utile nel percorso di salute, di un'assistenza domiciliare non solo prestazionale ma attenta ad una prossimità relazionale, di supporto, di consulenza e capace di una maggiore attenzione ai bisogni delle persone fragili e delle loro famiglie. Il bisogno sanitario apre le porte di case inesplorate, di famiglie sconosciute ai servizi sociali e assistenziali, permette di porre un'attenzione complessiva ai nuclei, di valutare l'impatto che la malattia, la fragilità, la prospettiva di perdita hanno sulla qualità della vita familiare.

Come illustrato nel documento Patto di Re-Start del luglio 2020 e del Patto per il welfare del giugno 2021, nei diversi Ambiti territoriali sono state avviate esperienze con specifiche caratterizzazioni che vanno tenute in attenzione, ripristinando un dialogo fra programmazione sanitaria e sociale che favorisca lo sviluppo di policy integrate e improntate ad una prossimità capace di riportare il tema della salute a casa, nei luoghi di vita. Una buona sanità è condizione per una buona vita delle persone e delle comunità, non una tecnicità.

Pur mantenendo dunque uno sguardo aperto a problematiche per lo più comuni a tutta la Regione, si vuole sottolineare come sia importante dare significato al concetto di *“Territorio”* che ha al suo interno anche quello di *“territorialità”* vale a dire la capacità di fare e progettare soluzioni condivise e previste a livello nazionale e regionale nella realtà culturali, geografiche e storiche periferiche, interpretando le esigenze specifiche e le peculiarità di ogni comunità.



Figura 1



Il presente documento si vuole porre quindi come “strumento di lavoro” per i tavoli dei Piani di Zona e per il Tavolo provinciale di Sistema welfare per facilitare un percorso che possa fare uscire le “Case di Comunità” dal rischio di una logica solo “edilizia” o di “problematica solo amministrativa”, verso una declinazione come risorsa reale per lo sviluppo del welfare locale, considerando e facendo tesoro, in primo luogo, di tutta un’esperienza acquisita, per esempio, sulla problematica della cronicità che ha posto Regione Lombardia all’avanguardia nella applicazione del Piano Nazionale della Cronicità.

2.4 GLI OBIETTIVI DI SALUTE PRIORITARI

La Medicina Generale resta il primo e principale attore della presa in carico del singolo cittadino, della famiglia e della comunità a lui affidata nel campo della:

- Prevenzione, dagli stili di vita alla vaccinazione alla promozione agli screening.
- Gestione della Cronicità attraverso lo strumento della medicina di iniziativa, affermando il ruolo di fulcro della medicina generale attorno a cui si sviluppa il Piano Nazionale della Cronicità.
- Gestione delle acuzie non complicate, attraverso un modello di risposta assistenziale h24 sette giorni su 7, anche attraverso l’integrazione con altri servizi.
- Domiciliarità e Residenzialità come luogo di cura e assistenza privilegiato per la non autosufficienza, disabilità e fine vita in linea con gli obiettivi del PNRR.
- Sorveglianza epidemiologica: grazie alle funzioni di diagnostica di primo livello ad oggi è possibile configurare anche alla luce del prossimo piano pandemico nazionale, una rete di sorveglianza per le principali malattie infettive conosciute e per quelle la cui presenza si sta evidenziando nel nostro Paese.

Fondamentali sono le risposte ai bisogni di salute dei cittadini che richiedono:



Figura 2 Principali bisogni a cui dare una risposta

VICINANZA/PROSSIMITA'	SEMPLIFICAZIONE
<ul style="list-style-type: none">- Vicino alla mia abitazione- Viene a casa mia- E' parte della mia comunità- Capace di ascolto e comprensione dei problemi	<ul style="list-style-type: none">- Riesco a fare tutto senza dover...- Quello che devo fare è chiaro- Si spostano i dati e non le persone
ACCESSIBILITA'	RICONOSCIBILITA'
<ul style="list-style-type: none">- Trovo qualcuno che mi ascolta- Posso accedere liberamente	<ul style="list-style-type: none">- So a cosa serve- Mi risolve i problemi

In un quadro complesso, come quello sanitario che la pandemia ha contribuito a rendere più confuso e gravoso, appare sempre più utile partire dai bisogni. In questi anni di esperienza abbiamo ben compreso che il quadro dei bisogni si può riassumere in quattro aspetti:

- Vicinanza e prossimità: una sanità vicino a dove abito (che va anche a casa nei casi più complessi) che sa ascoltare e comprendere i problemi delle persone e ricollocarli e che è parte integrante della mia comunità
- Semplificazione: quello che devo fare è chiaro e comprensibile, riesco a fare tutto senza dover..., una sanità dove si spostano i dati e non le persone
- Accessibilità: un posto dove trovo sempre qualcuno che sta a sentire i miei problemi di salute (e magari non solo quelli) e che ha orari compatibili con quelli della mia vita sociale e lavorativa
- Riconoscibilità: conosco i servizi che mi vengono offerti a che cosa servono e come mi sono utili a risolvere i miei problemi

Queste sono le quattro aree di bisogno raccolte e che abbiamo visto essere anche alla base della discussione sul nuovo assetto della sanità territoriale. Si tratta di averle sempre presenti nella identificazione delle soluzioni che si vorrà apportare al sistema.

3 PROFILO GENERALE DEI DISTRETTI ATS DI MONZA E DELLA BRIANZA

In questo documento verrà presa in considerazione la Casa di Comunità per la centralità del suo ruolo nel disegno della Riforma, e perché sarà il luogo dove si sperimenterà in maniera prioritaria e rilevante il concetto di integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali attorno alla persona.

Dal suo esito dipenderà molto del futuro assetto del sistema sanitario e assistenziale.

“D'altra parte non ci sono altre scelte: o si costruisce una casa comune, un sistema attrezzato dei servizi territoriali sociali e sanitari, in cui una molteplicità di soggetti dai medici di famiglia gli infermieri, dagli operatori della prevenzione agli assistenti sociali trovano le condizioni adatte per poter realizzare insieme progetti di salute e di cura oppure l'alternativa è quella della diaspora e della frammentazione e infine, della totale privatizzazione del settore” (Bruno Benigni atti del Congresso le Cure Primarie le Case della Salute, Roma 2003)

Come evidente, stiamo trattando di realtà non nuove, ma già immaginate e descritte circa vent'anni fa. Nel convegno prima citato, venivano anche elencati gli ostacoli alla realizzazione di queste strutture: la difficoltà



di coinvolgimento dei medici di famiglia, la separazione del sociale, la resistenza alla prevenzione. Tutti aspetti ancor attualissimi. A riprova di questo è interessante notare come alcuni di questi concetti siano stati ripresi oggi nei documenti sia nazionali che regionali sulla Casa della Salute.

Lo sforzo da compiere oggi è quello di riprendere tali aspetti generali e di tradurli nel contesto locale, elaborando una proposta progettuale capace di declinare in forma integrata quelle risposte sanitarie e sociali che le persone attendono per migliorare la propria qualità di vita.

4 ORGANIZZAZIONE CASE DELLA COMUNITÀ

4.1 Inquadramento generale

Nel descrivere la possibile organizzazione all'interno delle Case di Comunità, si è utilizzata l'immagine di un tempio greco con quattro colonne, un tetto ed una base a supporto di tutta la struttura.

1. I quattro pilastri rappresentano le quattro aree/ servizi che compongono la struttura:
2. area della medicina di famiglia, continuità assistenziale, gestione della cronicità
3. area dell'assistenza specialistica e della diagnostica di primo livello, farmacia dei servizi
4. area dei servizi di assistenza sanitaria e sociale (infermiere di famiglia) e volontariato incentrate sul concetto di domiciliarità e di supporto alla mobilità delle persone anziane e disabili.
5. area dei servizi alla persona che racchiude le attività attualmente di competenza degli enti locali come i servizi sociali, le unità d'offerta sociali e sociosanitarie, educative gestite da enti pubblici e terzo settore semiresidenziali e residenziali e, più in generale, tutte le attività che rispondono con diverse modalità e mezzi ai bisogni di fragilità sociale.

Figura 3 Schema descrittivo Casa della Comunità



Alla base di queste quattro aree sono previste le attività di supporto in grado di farle funzionare al meglio, stimolando quell'integrazione tra i vari servizi alla base di questo modello di Case di Comunità.



Fra queste attività vi sono quelle di Front office – Servizi di Accoglienza e Ascolto (di estrema importanza, evoluto e multidisciplinare ed in grado di accompagnare le persone verso il servizio più appropriato), la telemedicina/teleassistenza con tutte le sue declinazioni, la telefonia di prossimità, ma anche tutti quegli aspetti necessari affinché l'organizzazione logistica delle CdC possa funzionare.

Il tutto in un modello in cui ogni area/colonna è essa stessa un servizio di supporto alle altre aree/colonne. Ovviamente ogni CdC dovrà essere “personalizzata” sulla base delle differenti dimensioni, caratteristiche, bisogni, territorio, secondo la differenziazione in strutture Hub e Spoke come da documento di AGENAS sotto richiamato.

Figura 4 Descrizione dei servizi previsti nel documento AGENAS

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAL, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento		OBBLIGATORIO

Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Al di sopra delle varie aree, quasi a riunirle e come un vero e proprio tetto, a proteggerle e a dare unitarietà, vi sono i meccanismi di una governance integrata, che dovrebbero permettere il corretto ed integrato funzionamento del sistema.

Le modalità e il funzionamento della governance (cfr. punto successivo) devono prevedere un ampio livello partecipativo dei soggetti che concorrono al presidio di tutte le aree di servizi previste, insieme ad una struttura organizzativa e gestionale a livello del territorio d'Ambito che dovrà assicurare al Sistema Sanitario



Regionale il buon funzionamento gestionale ed economico della Casa di Comunità, organizzare i servizi comuni e favorire le sinergie tra le varie aree/colonne. Non ultimo, costruire quel senso di appartenenza che è in grado di generare motivazione.

È utile prevedere da subito che da una prima impostazione per aree/colonne (tempo necessario a mettere a punto l'offerta specifica), si passi ad una impostazione funzionale "per percorsi" dando centralità alle persone piuttosto che alle prestazioni. In questo senso è assolutamente importante ricondurre gli aspetti del bisogno sanitario al più complessivo progetto sulla qualità del vivere, prevedendo un approccio sistemico e una regia dei progetti individuali/familiari nel contesto comunitario. Si apre in questo modo la possibilità di attivare percorsi di continuità assistenziale a *sostegno della domiciliarità come condizione prioritaria*, senza dimenticare la dimensione della relazionalità, dei rapporti di vicinato, dell'appartenenza comunitaria come aspetti che salvaguardano e tutelano la qualità della vita delle persone. Condizioni imprescindibili per il benessere tanto e quanto gli interventi specifici di natura sanitaria e assistenziale. Domiciliarità è un concetto che si appaia ad *appartenenza, riconoscimento, reciprocità, che richiede* forme di custodia sociale "diffuse", ponendo attenzione alle persone fragili e ai loro caregiver *per evitare che dentro le mura di casa si generino nuove forme di solitudine* accudita. Serve affiancare alle Case di Comunità luoghi, servizi e modalità capaci di custodire oltre che di avere cura, strutturando relazioni stabili con le reti rinnovate delle unità d'offerta semiresidenziali presenti nei diversi territori.

Figura 5 Impostazione a percorsi funzionali con integrazione



Per fare questo, specialmente nelle prime fasi, è opportuno che i vari servizi imparino a lavorare tra di loro in maniera sinergica, per evitare che aree differenti lavorino assieme solo ed unicamente per il fatto che stanno nella stessa struttura. Questo è uno dei rischi che una visione troppo semplicistica dell'aspetto organizzativo potrebbe generare.

Sicuramente un altro rischio è quello di concepire queste nuove realtà soltanto come "strutture fisiche" caratterizzarle come "luoghi privilegiati per la programmazione" che hanno anche una funzione di "regia" sulle attività che vengono svolte sul territorio di pertinenza. Un aspetto che supera la visione della Casa di Comunità come una sorta di poliambulatorio evoluto" verso una visione di gestione della salute territoriale più matura e integrata con l'offerta sociale.



Figura 6 Versione integrata della Casa della Comuni



4.2 Il disegno territoriale

la programmazione territoriale in vista del prossimo Piano di Zona intende collegare lo sviluppo delle Case di Comunità ad un reale processo di integrazione sociosanitaria, obiettivo di tutte le normative regionali ma, ad oggi e purtroppo, incompiuto.

Pur con modalità diverse, le forme di gestione dei cinque Ambiti (dove si hanno esperienze sia coprogrammazione e coprogettazione sia di Aziende Speciali) con terzo Settore hanno investito sulla riorganizzazione dell'offerta di servizi in modo coordinato, investendo sulla relazione con i mondi vitali e le organizzazioni sociali del proprio territorio.

Il documento distrettuale citato pone in attenzione la necessità di progettare a partire dai bisogni rilevati, dalle caratteristiche dei territori, dalle necessità e dall'esigenza di un quadro programmatico e strategico che consenta di sviluppare quei reali ed efficaci processi di prossimità che le normative stesse prevedono come compito irrinunciabile degli enti locali e territoriali. Dai contenuti e dagli obiettivi deve derivare la scelta dei luoghi e dei contenitori. La programmazione delle Case di Comunità basata su un rapporto di 1 ogni 50.000 abitanti circa deve tenere conto della prospettiva, già indicata dalla normativa, di 1 CdC ogni 25.000/30.000 abitanti. Questo richiede scelte mirate da subito per non rendere impraticabili o improprie le scelte future.

È indispensabile un pensiero attento alle scelte che si intendono (e che realisticamente si possono) compiere per favorire da un lato la dimensione del decentramento territoriale dei servizi dell'ASST, dall'altro la realizzazione di un'integrazione con il sociale che si traduca in semplificazione, unitarietà, vicinanza al cittadino, responsabilità comune e condivisa.



Ambiti e Distretti evidenziano, in termini di lettura di bisogni, l'attenzione alle cronicità e alla non autosufficienza come priorità riconosciuta, insieme ad un rilancio di investimento sull'area del materno-infantile-minorile inteso come attenzione alle famiglie non solo sul piano sanitario ma anche su quello pedagogico/educativo a sostegno della genitorialità. Sono temi che la pandemia ha reso più evidenti. Sulla base di questi elementi, con la disponibilità ad approfondire in ulteriori momenti di confronto, si individuano le seguenti proposte per il Distretto di cui facciamo parte.

4.2.1 L'integrazione con i servizi sociali nel Distretto Brianza AMBITI di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate

Le Case di Comunità, così come pensate in fase di progettazione prima e di realizzazione poi, concorrono al raggiungimento dell'Obiettivo 11 dell'Agenda 2030, ovvero rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili.

Operativamente, contribuiranno al superamento del pensiero che le vede come luogo fisico dove espletare soprattutto prestazioni sanitarie. Difatti, esse andranno a generare dei veri luoghi di incontro, connessione e valorizzazione delle risorse - siano esse materiali che esperienziali - cui poter attingere professionalmente per fornire risposte plurali e globali ai bisogni della popolazione, sia in termini benessere fisico che mentale e sociale.

Gli Ambiti all'interno del Distretto di ASST Brianza, hanno mantenuto, anche nella redazione dei Piani di Zona 2021-2023, un focus attento sui temi dell'inclusività, della sicurezza, della continuità e della sostenibilità. Tali attenzioni sono state tradotte in obiettivi e/o progettazioni che, ognuna nella sua specificità, potranno contribuire a più livelli al perseguimento di finalità comuni.

L'attivazione delle Case di Comunità nel territorio del Distretto Brianza è per gli Ambiti un'opportunità di rendere concreta una visione di comunità in cui le cure formali, in ambito sanitario e ambito sociale, e quelle informali convivono.

Si connette altresì con la possibilità di aggancio a percorsi di continuità assistenziale e di cura attraverso la messa in campo di programmi concordati tra sanitario e sociale, in una logica di ricomposizione della rete dei servizi, nell'ambito sia dei fondi Missione 5 del PNRR sia attraverso lo sviluppo di Obiettivi strategici a livello distrettuale.

A questo proposito, è proprio anche attraverso la candidatura del progetto "O.U.I. Obiettivo Unità Integrata" e del progetto "Sportelli Si- Sportelli di Supporto Informatico" che si intendono realizzare azioni ed interventi in linea con quanto sopra esplicitato.

Nello specifico infatti:

- con il progetto "O.U.I. Obiettivo Unità Integrata", l'attenzione sarà rivolta, in particolar modo, all'attivazione di nuove modalità di segnalazione, valutazione integrata e presa in carico di soggetti fragili quali ad esempio anziani e disabili, le cui condizioni sono ancora favorevoli per continuare a vivere a domicilio, fatto salvo la fornitura di un adeguato supporto socio-sanitario; la finalità quindi è la messa in campo di nuove metodologie caratterizzate da flessibilità e agilità, lavorando sulle capacità di comunicazione e di confronto tra professionisti che, insieme, andranno ad animare le equipe territoriali e delle Case di Comunità;
- con il progetto "Sportelli Si- Sportelli di Supporto Informatico", si intende facilitare l'accesso alla rete delle misure mediante interventi di digitalizzazione dei Servizi da una parte e di *capacity building* della comunità dall'altra, facendo contemporaneamente leva sulla creazione di sportelli ad hoc diffusi fisicamente su tutto il territorio; in maniera condivisa e congiunta, la digitalizzazione dei Servizi apporterà un sostanziale miglioramento anche nell'operatività delle Case di Comunità, che potranno avvalersi della presenza di uno Sportello Si anche nelle loro sedi, confermandone l'utilità per l'accesso alle misure sociali e sanitarie.



Il risultato atteso sarà il rafforzamento ed ampliamento della rete esistente, verso il miglioramento della percezione e fruizione dei servizi

Il ruolo che gli Ambiti del Distretto Brianza intendono “giocare” nell’interconnessione con le Case di Comunità si sostanzia in un approccio che punta ad un modello organizzativo territoriale assistenziale che raccoglie in sé non solo la filiera dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari ma anche rappresenta un luogo virtuale dove si potranno realizzare interventi di prevenzione e dove la comunità locale potrà organizzarsi per la promozione della salute e del benessere sociale.

4.2.2 L’integrazione con i servizi sociali nel Distretto di Lecco AMBITI di Merate, Bellano, Lecco

Si tratta di un’area variegata che comprende una molteplicità di servizi costruiti in relazione con le realtà del terzo settore. Sono attività previste dai Piani di Zona e dalla programmazione sociale, presenze diffuse sul territorio sia in termini di assistenza diretta alla singola persona che di servizi strutturati come unità d’offerta, centri di interesse e di aggregazione, servizi educativi, socioassistenziali e sociosanitari, servizi di trasporto sociale.

Reti d’offerta importanti per le CdC in quanto:

- Si occupano di persone con fragilità diverse che possono trovare risposta ad alcuni bisogni nei servizi della CdC (prestazioni specialistiche, medicina generale, monitoraggio dello stato di salute ecc.);
- Svolgono attività e servizi che possono permettere forme di presa in carico, appoggio, riferimento per persone fragili che si rivolgono alla CdC (pensiamo ad es. a RSA, CDI, CDD, CSE Servizi prima infanzia, Servizi di Tutela dei minori ecc.);
- Sono dotati di spazi, competenze, proposte che possono concorrere alla realizzazione del progetto di vita individuale, all’accompagnamento educativo e assistenziale, forme di custodia sociale, supporto/alternativa alla famiglia nei compiti di cura;
- Sono servizi riconosciuti dalle persone/famiglie come punti di riferimento e di affidamento, importanti alleati per sostenere processi di cura, sostegno, iniziativa, educazione alla salute.

Con queste reti che ordinariamente fanno riferimento agli Uffici di Piano degli Ambiti e alle Gestioni Associate territoriali, la CdC deve mantenere un sistema di relazioni aperto e costante per caratterizzarsi come forma di welfare territoriale in grado di interagire con le dinamiche e le offerte locali, a sostegno delle fragilità. È in questa relazione costante ed ordinaria che si determinano le condizioni dell’integrazione sociosanitaria e del presidio della salute, intesa come condizione per l’esercizio dei diritti di cittadinanza.

Le CdC, nel rapporto con i Comuni/Ambiti possono realmente diventare un punto di accesso, accoglienza e incontro della domanda di salute e in questo senso è indispensabile strutturare da subito una collaborazione paritaria. Lavorare congiuntamente con i Servizi Sociali dei Comuni/Ambiti permette di definire, ove utile, un piano di intervento concordato con la persona/famiglia a sostegno delle fragilità, affrontando con un approccio sistemico bisogni di natura diversa e spesso complessi. Le norme più recenti di Regione Lombardia prevedono lo strumento del Progetto individuale (L.328/2000) quale metodo di approccio alle persone con situazioni complesse e con fragilità, all’interno del quale si collocano PEI/PAI specifici che non esauriscono il complesso degli interventi e degli investimenti.



4.2.2.1 Area sociale integrata

Le CdC perseguono obiettivi fondamentali di tutela della salute in un quadro di riferimento culturale che mira ad un cambio di paradigma nell'approccio al territorio e al cittadino. Un aspetto centrale assumono le azioni di rinforzo della prevenzione e della promozione della salute, per ridurre le disuguaglianze sociali e territoriali. Rappresentano l'occasione per adattare le azioni e le politiche per la salute alle specificità locali attraverso un coordinamento di tutti gli attori, per passare da un approccio generalista ad uno specifico che guarda alle caratteristiche della popolazione di un territorio ben identificato. Le CdC rappresentano anche la possibilità di permettere al cittadino di percepire una dimensione di prossimità, di facilitazione nella cura di sé, di semplificazione nell'approccio ad un modo fatto di regole, procedure, organizzazioni complesse che spesso disorientano le persone originando malessere nei confronti del sistema.

È importante quindi che presso la Casa di Comunità, accanto ad altre figure con competenze sociali generali, operi anche una figura "direzionale" che svolga una funzione di "raccordo e congiunzione" tra l'area sanitaria e quella sociale, per promuovere in questo ruolo una serie di sinergie nuove con le reti d'offerta e con le reti di prossimità. Presso la CdC può avvenire l'accoglienza e l'orientamento verso la rete sociale e l'attivazione stessa di alcuni servizi.

Presso la CdC è pensabile attivare un'area sociale integrata a cui facciano riferimento assistenti sociali e operatori diversi (educatori, OSS, Custodi sociali) appartenenti a Servizi diversi (Comuni/gestioni Associate, CPS, SERT, NOA, Consulitori) costituendo periodiche équipes professionali.

All'area sociale faranno riferimento i progetti trasversali che prevedono l'integrazione fra sanitario e sociale, definendo la partecipazione delle diverse professionalità alla costruzione delle ipotesi di intervento, nella logica di co-programmazione e co-costituzione di forme di welfare locale.

È possibile in questo modo facilitare l'attuazione, ad es. degli interventi territoriali previsti dal Protocollo Salute mentale del Distretto di Lecco/ATS/ASST, sviluppare progetti individuali (L.328/2000) a sostegno delle persone fragili e delle famiglie valorizzando la pluralità di competenze, visioni e approcci professionali.

La CdC favorisce la possibilità di nuovi paradigmi del welfare, ridando spazio all'integrazione sociosanitaria di prossimità. A questo fine assume rilievo la proposta del Distretto relativa alla costituzione di equipe multidisciplinari professionalmente e istituzionalmente integrate per garantire, come già indicato a partire dal PIANO SOCIO SANITARIO INTEGRATO 2019-2023 di REGIONE LOMBARDIA, l'obiettivo di organizzare "risposte globali e integrate, garantire una governance istituzionale dei processi, dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, accogliere le complessità emergenti fornendo risposte innovative flessibili e appropriate".

Va congiuntamente valutata la possibilità che presso la CdC trovi sede e riferimento la progettazione delle forme di sostegno alla domiciliarità delle persone non autosufficienti, promuovendo e facendo interagire tutte le forme di possibile offerta a sostegno del compito di cura accanto alle prestazioni sanitarie: SAD, ADI, alloggi protetti, sportello badanti, percorsi di sostegno presso RSA, CDI, relazioni di vicinato, trasporti sociali, telefonia, pasti a domicilio, assistenza domestica ecc. Questo tema può risultare centrale per fare della CdC un riferimento territoriale di facile accesso per la tutela della popolazione anziana.

L'area sociale rappresenta, di fatto, un segmento trasversale per tutti i servizi della CdC, poiché riguarda la dimensione del vivere e della cittadinanza.



4.2.2.2 COMMUNITY BUILDING - l'attivazione delle reti di comunità

E' importante allora che già nella fase di progettazione delle CdC venga mantenuto un livello partecipativo degli attori che hanno concorso alla stesura del presente documento, cogliendo il valore delle reti associative del Terzo settore nel coinvolgimento attivo delle comunità, soprattutto per quanto riguarda le azioni di accoglienza, accompagnamento, sostegno e prossimità, aspetti che possono fare la differenza nella percezione di quella tutela e sicurezza che i nostri territori chiedono da tempo.

Nello sviluppo delle Case di Comunità diventa fondamentale ricordare le proposte che le associazioni del territorio che si occupano di questi temi, raccordate dalla rappresentanza del Terzo Settore (CSV Monza, Lecco e Sondrio e Forum Territoriale) stanno sviluppando, collocandole nella dinamica in atto.

La promozione di percorsi formativi capaci di coinvolgere cittadini disponibili a svolgere funzioni di riferimento e tutela ai diversi livelli (es. Antenne Sociali per l'orientamento delle persone più fragili e meno strumentate, Sentinelle della salute per interventi di supporto alla domiciliarità e per servizi di prossimità, facilitazione all'accesso delle complesse procedure informatiche, orientamento ecc.; Animatori di comunità per la salute) rappresenta la possibilità di una mobilitazione collettiva di grande rilievo e valore.

Occorre pensare a nuove ed efficaci forme di comunicazione che non lascino indietro nessuno e, soprattutto, a nuove modalità di accompagnamento ai servizi per le persone più fragili ed in difficoltà non solo le loro per condizioni logistiche e di lontananza ma anche per condizioni socio-economiche e culturali.

Per ridimensionare le criticità potrebbe quindi essere utile conferire un ruolo organizzativamente definito e strutturato al volontariato e al servizio civile, sulla scorta di buone pratiche attuate come ad esempio le Botteghe della Salute toscane, un servizio multifunzionale, gratuito, riconoscibile e facilmente accessibile a tutti, presente in particolare nei piccoli comuni delle zone montane o più periferiche (isole o periferie delle grandi città). All'interno della Bottega della Salute operano i giovani del Servizio Civile Regionale adeguatamente formati e personale qualificato, che forniscono informazioni, orientamento e accompagnamento ai tanti servizi presenti.

In altre parole, è indispensabile procedere ad un progetto globale di community building, dove la partecipazione, in primis del paziente, dei care giver e delle associazioni dei pazienti sia coagulata e orientata da un percorso formativo comune

Anche i volontari che già si occupano di segretariato sociale, di disabilità, di sostegno ai più fragili, se inseriti in un programma formativo comune ed organizzati con piattaforme informatiche comuni possono essere di grande supporto per i cittadini, per gli operatori sanitari per gli enti preposti a tutelare e promuovere la salute pubblica.

Molti sono i progetti attivi in Italia e i profili con nuove competenze che stanno avanzando potrebbero configurarsi come nuove professioni per costruire il welfare di comunità.

In alcuni progetti si intende trasformare il sistema di welfare della città, integrando e connettendo interventi e iniziative del Comune con quelle di diversi soggetti sociali e del Terzo settore e con le iniziative spontanee dei cittadini.

L'obiettivo è che la cura degli altri diventi una responsabilità e un'occasione per tutti. Attraverso le azioni di diversi "cantieri" e punti di comunità, sul modello delle microaree di Trieste, il progetto intende costruire un modello di programmazione e di lavoro per i servizi sociali e territoriali riguardante più bisogni (dai giovani, all'infanzia, alle nuove marginalità, fino agli anziani e alle persone disabili) e attraverso la co-progettazione e co-produzione di risposte



In altri si intende sostenere gli anziani e le loro famiglie rispetto alla domiciliarità, alla solitudine e ai carichi di cura.

Si lavora sulla prevenzione, sul supporto per l'accesso ai servizi, sul monitoraggio e mette in movimento i territori in una visione di welfare che attivi la comunità a riconoscere le proprie necessità, ricostruisca i legami di fiducia, faccia rete e crei percorsi condivisi per valorizzare le ricchezze del tessuto sociale.

L'obiettivo comune è quello della costruzione di una rete di cittadini che siano in grado di avvicinarsi a chi ha bisogno, di entrare in relazione con le persone e stabilire con loro un legame fiduciario. Cittadini che costituiscano un ponte e un collegamento tra il complesso ed articolato mondo dei servizi sociali e del sistema sanitario e le persone, soprattutto quelle più fragili.

La solitudine, la scarsa alfabetizzazione informatica, la povertà creano nuove barriere e disuguaglianze che allontanano molti dalla prevenzione e dall'accesso alle cure.

Per questo si intende dar vita ad una sorta di sportello sociale diffuso sul territorio, che non aspetta il cittadino, ma lo cerca, lo incontra, lo accoglie e lo accompagna. Sarà proprio la relazione così instaurata che darà modo alle persone di comunicare la propria fragilità e i propri bisogni per essere così orientate ed accompagnate ai servizi.

Questi cittadini con compiti di vigilanza, custodia e promozione della salute, saranno dovutamente formati e avranno il ruolo di "sentinelle"; insieme alle istituzioni, alla rete del terzo settore ed ai cittadini terranno il polso dello stato di salute della comunità e contribuiranno al suo sviluppo in termini di benessere e di solidarietà.

Da queste premesse nasce la proposta di Corso di formazione per operatori del terzo settore all'interno delle Comunità e delle Case della Comunità: nuove professioni per lo sviluppo solidale delle comunità.

4.2.2.3 Attivatori (Animatori) di Comunità per la salute

Coordinano i Laboratori per la salute comunali, luoghi dove si formano e sviluppano i piani di salute della Comunità in collaborazione con l'amministrazione comunale e con la regia di ATS.

La Salute di comunità si contraddistingue per alcuni punti che devono fondare l'impianto della Cure territoriali e del Piano di salute della Comunità:

1. I servizi sanitari e sociali devono "andare incontro" alle persone, scovare il loro disagio, non attendere che le persone vadano ai servizi perché tante volte quelle persone i servizi non li conoscono; attivare politiche differenziate, a seconda dei bisogni delle persone
2. Le figure professionali, il no profit, l'intervento pubblico, la comunità nel suo insieme ascoltano e valorizzano le competenze della persona nella promozione della sua salute
3. Le politiche della salute sono promosse e valutate attivando la partecipazione attiva dei cittadini, di tutti i corpi intermedi, secondo il principio della democrazia deliberativa
4. Vanno valutati gli impatti che sulla salute della persona e della comunità hanno i cosiddetti "determinanti della salute" ed essi vanno tradotti in politiche concrete di miglioramento dei contesti di vita rendendo concreto il principio indicato dall'Unione Europea molti anni fa "la salute in tutte le politiche"



5. Il servizio cruciale per promuovere la comunità della salute è il Punto Unico di Accesso che sia in grado di orientare le persone e rendere concretamente fruibili i servizi presenti nel territorio
6. Nel piano di salute comunale i servizi sanitari e sociali territoriali, attualmente dispersi e frammentati, siano visibili e fruibili, dunque siano concentrati entro uno stesso luogo fisico. La Casa della Salute o la Casa della Comunità.
7. Il Piano Realizza la ricomposizione delle professioni sanitarie, realizza concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti, assistenti sociali e altre figure sociali anche per integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali.
8. Il piano pone la salute come bene comune e le comunità della salute possono aprire un cambiamento che riguarda non solo il sistema delle cure per la salute ma il modo di costruire la comunità. Per rigenerare i legami umani e sociali.

4.2.2.4 Il laboratorio comunale per la salute

Sarà importante, quindi, collegare le CdC, i servizi di orientamento sociale e gli sportelli informativi territoriali con la risorsa rappresentata dai Laboratori per la salute e il benessere che il CSV intende avviare sperimentalmente con l'obiettivo – fondamentale nel processo di riforma – di elevare il livello di conoscenza e responsabilità del cittadino, individuare i bisogni specifici della popolazione a livello locale, sostenere i percorsi di integrazione fra servizi.

Gli obiettivi dei Laboratori per la salute e il benessere declinati nella proposta progettuale del CSV guardano in particolare alla necessità di:

- sviluppare la partecipazione attiva dei residenti in tutte le fasi dei programmi di promozione della salute;
- favorire l'accesso alla salute con particolare attenzione ai soggetti più vulnerabili della popolazione;
- rafforzare le competenze e la consapevolezza attraverso l'informazione, la formazione, momenti di incontro tematici e per gruppi target, con metodologie partecipative.

Una delle scommesse principali della salute territoriale dovrà essere giocata proprio sulle capacità del cittadino e delle comunità di saper gestire la salute come elemento della quotidianità, certamente grazie ai necessari supporti, servizi e presidi, ma anche come consapevolezza e responsabilità personale, evitando una delega e dipendenza totale dai professionismi.

Obiettivi principali del Laboratorio sulla salute della città sono:

- L'obiettivo principale del Laboratorio sulla salute è partecipare al miglioramento della salute dei residenti dei quartieri e alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie, raggiungendo diversi obiettivi: migliorare la conoscenza dello stato del territorio in termini della salute individuando a livello locale i bisogni specifici della popolazione e i determinanti di salute legati alle condizioni di vita in consultando con gli abitanti e i professionisti, ciò comporta stabilire e poi aggiornare una diagnosi sanitaria condivisa, e partecipare sempre più all'osservazione sanitaria locale. Facilitare la mobilitazione e il coordinamento dei vari attori del territorio, con l'obiettivo di migliorare le azioni
- Rafforzare le competenze degli attori locali: attraverso l'informazione sulla salute, la formazione, il supporto metodologico ai capi progetto, ecc...



- Sviluppare la partecipazione attiva dei residenti in tutte le fasi dei programmi di promozione della salute (diagnosi, definizione delle priorità, programmazione, attuazione e valutazione),
- Favorire l'accesso alla salute per la popolazione migliorare le cure per i vulnerabili (diritti sociali, prevenzione, cura), attraverso il sostegno ad una programmazione annuale delle azioni di prevenzione primaria,
- promuove la salute della comunità e l'accesso alla salute promossi da associazioni e la amministrazione comunale.
- una più stretta collaborazione tra professionisti di diversi settori.

I grandi obiettivi sono:

- Rafforzare la prevenzione e la promozione della salute per preservare il capitale della salute e del benessere ed evitare di dover curare;
- Ridurre le disuguaglianze sociali e territoriali in materia di salute in un territorio segnato da forti contrasti in questo ambito;
- Adattare le azioni e le politiche alle specificità locali, in particolare ricercando un migliore coordinamento degli attori.
- Mettere in relazione le persone con l'offerta di servizi pubblici e privati attraverso piattaforme informatiche dedicate e mettere in connessione tra loro le reti di offerta per i cittadini.

4.3 Governance della Casa della Comunità

È un aspetto poco trattato nei documenti ufficiali, nei quali, tra l'altro, è previsto che sia un funzionario regionale, a guidare le CdC. Opinione degli scriventi è che per raggiungere gli obiettivi previsti sia necessaria una *governance partecipata*, capace di costruire una visione dei bisogni del territorio e una pluralità di forme di risposta, puntando sul fattore decisivo della motivazione per la riuscita dell'organizzazione.

Certamente è necessario attendere l'esito del processo di riforma avviato da Regione Lombardia ma, al di là delle indicazioni generali di sistema, dovrà essere perseguito, anche e soprattutto localmente, un concorso comune alla definizione del progetto, degli obiettivi sia strategici che di percorso. Dovrebbe essere questo, infatti, uno degli aspetti caratteristici e peculiari per promuovere quel senso di appartenenza al contesto senza il quale la CdC diventa solo un contenitore di professionismi senza che vi sia un coinvolgimento e una visione unitaria delle persone/famiglie.

La costruzione di un livello di integrazione progettuale, organizzativa e operativa delle Case di Comunità può essere individuata come obiettivo prioritario comune dei prossimi Piani di Zona, avviando un confronto immediato nelle diverse sedi (Tavolo di Sistema Welfare, Tavolo ATS/ASST/Ambiti, Cabina di Regia) coinvolgendo gli enti di principale rappresentanza del Terzo Settore.

Anche per questa serie di motivi sarebbe auspicabile che le Case di Comunità possano dotarsi di un *comitato di gestione e di indirizzo* che, nel rispetto dei vincoli e delle possibilità normative, promuova un costante confronto tra istanze territoriali sia sul piano istituzionale che su quello professionale. Al Comitato di gestione e di indirizzo deve essere attribuito il compito di valutare e validare il documento annuale di programmazione delle attività/proposte della CdC, del relativo budget frutto di integrazione di risorse e competenze, concordare le linee strategiche.



In termini generali si propone un livello di governance articolato su più livelli:

- Nel Tavolo Istituzionale fra Distretto/Ambiti, ASST e ATS vengono condivisi gli orientamenti generali relativi alle CdC e l'individuati di filoni comuni sui quali far convergere la capacità programmatoria e operativa di tutti gli attori territoriali, le diverse competenze, le risorse professionali ed economiche afferenti ai diversi sistemi che si rivolgono alla medesima persona/famiglia. Al tavolo siedono anche i soggetti di secondo livello del Terzo settore che partecipano alla costruzione dei processi: Ordini Professionali, Coop. dei medici associati, CSV e Confcooperative dell'Adda per l'area sociale.
- Il Comitato di gestione e indirizzo della CdC traduce a livello territoriale gli indirizzi di programmazione favorendo le connessioni con la realtà locale, valorizzando le risorse e le competenze e le presenze che possono caratterizzare in modo specifico l'esperienza. Al Comitato partecipano un referente territoriale dell'ASST, un referente dei Comuni dell'Ambito, un referente locale degli Ordini professionali, del CSV e di Confcooperative. Presiede il comitato di gestione e indirizzo il Presidente dell'Ambito o suo delegato.
- Equipe di lavoro multidisciplinari che integrino competenze e appartenenze istituzionali diverse per costruire ipotesi di intervento co-costruite anche nella fase di progettazione (cfr. paragrafo precedente)

4.4 Conclusioni e prospettive di lavoro

In questo documento sono state definite alcune linee indicative per la progettazione di una Casa di Comunità quale contributo per avviare il confronto nel gruppo di lavoro avviato dal Tavolo Istituzionale per l'integrazione sociosanitaria. L'approfondimento da parte dei diversi componenti il tavolo rappresenta l'opportunità di individuare coordinate comuni per un reale cambiamento dell'approccio alla salute e al benessere dei cittadini.

Si evidenzia l'urgenza che, nel quadro di un raccordo distrettuale per la definizione di comuni orientamenti che guidino lo sviluppo delle Case di Comunità (Tavolo Istituzionale allargato alle diversi componenti), vengano istituiti a breve termine dei gruppi di lavoro a livello di territorio d'Ambito per progettare localmente con tutti gli attori sanitari e sociali gli aspetti di contenuto e le relazioni che possono dare concretezza a un disegno di reale integrazione nella risposta ai bisogni della popolazione.

Si ritiene importante anche avviare congiuntamente un processo di informazione, riflessione e condivisione con i Comuni del territorio e con la popolazione affinché, già nella sua genesi, il processo di riforma in atto possa essere percepito come un valore per tutti, un cambiamento reale e non una mera razionalizzazione dell'esistente.