# **Costruire il lavoro di comunità per il supporto alle fragilità**

Francesco Longo, Lucia Ferrara, Angelica Zazzera Cergas – SDA Bocconi

Per riparare ai gravi danni sociali ed economici causati dalla pandemia, l’Europa ha potenziato il proprio bilancio pluriennale 2021-2027 con un programma di finanziamento straordinario, il *Next Generation EU (NGEU),* uno strumento programmatico di ripresa economica attraverso cui intende dare forma ai pilastri cardine della propria visione strategica per il futuro: transizione ecologica, trasformazione digitale, coesione sociale, territoriale e di genere, crescita sostenibile ed inclusiva, politiche di sostegno per le nuove generazioni, salute e resilienza istituzionale. Il nostro Paese, con l'elaborazione del *Piano nazionale di ripresa e resilienza* (PNRR) ha fatto propri i principi fondamentali del programma europeo e ha definito un piano che si articola in sei Missioni, per un totale complessivo di 191,5 miliardi di euro. Tra le varie Missioni, la Missione 6, a cui vengono assegnati in totale 20,23 miliardi (inclusi i finanziamenti del Fondo Complementare e di REACT-EU), è dedicata alla sanità e si articola in due componenti principali: M6.1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale con cui intende potenziare l’assistenza territoriale tramite la creazione di nuove strutture (come Ospedali di Comunità e Case della Comunità) e il rafforzamento dell’assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina; M6.2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con cui intende rafforzare la digitalizzazione e il capitale umano attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione. Il PNRR è un documento di alta visione e di allocazione di importanti risorse di investimento per il SSN, che propone obiettivi largamente condivisibili, spesso generici, ed è costruito per ottenere ampio consenso in Europa, con gli stakeholder domestici e con l’opinione pubblica. Nel PNRR ogni trade-off programmatorio viene volutamente evitato, offrendo ampi spazi di indeterminatezza e, di conseguenza, autonomia per i singoli contesti regionali e aziendali. Sulla base di tale premessa, il contrinuto si articola in quattro parti tra loro correlate e congiunte: 1) riflette sulle aree di indeterminatezza del PNRR e sulle possibili vocazioni che le Case della Comunità (CdC) possono assumere, in particolare rispetto al lavoro di comunità per il supporto alla fragilità; 2) descrive quali sono le variabili da considerare nella scelta tra le possibili vocazioni; 3) presenta come la comunità, intesa come insieme di reti sociali, possa diventare una piattaforma sulla quale poter operazionalizzare il lavoro di community building; 4) infine, presenta possibili logiche e strumenti per attuare il lavoro di comunità, in particolare a supporto dei target più fragili.

1. **Le aree di indeterminatezza del PNRR e le possibili vocazioni della Case della Comunità**

Nel PNRR la Casa della Comunità (CdC) viene descritta come “una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici specialistici, infermieri di comunità (IFeC), altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali” e come “un punto di riferimento continuativo per la popolazione che ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento”. Nel DM 71 vengono definiti in linea generale i criteri per individuare il rapporto tra la CdC e la popolazione di riferimento, oltre ad alcuni aspetti relativi ai modelli organizzativi, all’organizzazione in rete Hub & Spoke e alle funzioni principali.

All’interno di questa cornice normativa sono, tuttavia, lasciati ampi spazi decisionali e di indeterminatezza alle Regioni e alle singole AUSL in merito alla tipologia e vocazione da dare alle CdC da attivare, che può variare a seconda dei servizi inseriti e, di conseguenza, degli obiettivi perseguiti.

Come già discusso in altri contributi (Longo, 2022), la CdC può essere interpretata in maniera diversa, portando alla definizione di molte possibili fattispecie di “Case” con distinte vocazioni. Si delineano, infatti, almeno tre modelli possibili di “Case”: il modello “Casa della Salute”, che si contraddistinguerebbe per la presenza di servizi sanitari collocati in un unico luogo fisico e integrati tra loro; il modello “Casa Sociosanitaria” che integrerebbe sia i servizi sanitari territoriali del SSN sia alcuni o tutti i servizi sociali degli enti locali; infine, il modello “Casa della Comunità” che integrerebbe tutti i servizi sanitari territoriali, alcuni o tutti i servizi sociali degli enti locali e allo stesso tempo si aprirebbe alle risorse e alle reti di comunità.

Ognuna delle tre tipologie descritte potrebbe essere a sua volta interpretata in maniera diversa, portando alla definizione di molte possibili fattispecie di Case, come mostrato di seguito nella rappresentazione sintetica delle possibili vocazioni (Fig. 1).

Figura 1 - Le vocazioni possibili della Casa della Comunità



A seconda della vocazione, la CdC potrebbe configurarsi quindi come: a) luogo predisposto alla medicina di iniziativa, in cui viene garantito l’accesso ai servizi e il *case management* della cronicità stabilizzata; b) luogo erogativo delle cure primarie e della specialistica territoriale per i pazienti cronici o c) prevalentemente per i soggetti fragili, non autosufficienti anziani e disabili adulti; d) piattaforma erogativa di tutti i servizi territoriali specialistici (psichiatria, igiene pubblica, materno infantile, neuropsichiatria infantile, ecc.); e) luogo in cui si garantisce l’accesso unitario sia per i servizi assistenziali sia per quelli sociali (attraverso il PUA) e f) il *case management* unitario (sia sociale sia sanitario); g) luogo di erogazione di alcuni servizi sanitari e di una quota parte dei servizi sociali degli enti locali (che spesso sono erogati dal terzo settore), che verrebbero ricollocati dalle loro sedi tradizionali alla Casa Sociosanitaria; h) luogo in cui si garantisce l’erogazione dell’intero portafoglio dei servizi sociali che verrebbero quindi delegati al SSN da parte degli enti locali o perlomeno pienamente integrati; i) luogo di co-produzione di gruppo, in cui i servizi sanitari e sociali (ad esempio, l’educazione sanitaria) non vengono erogati per un singolo paziente ma ad un gruppo di pazienti *peers;* l)centro per la co-progettazione e la valutazione partecipata dei servizi e delle performance, lasciando spazio alla partecipazione democratica; m) luogo che intende promuovere, sostenere e valorizzare le reti sociali esterne ai servizi pubblici (come i gruppi di lettura in biblioteca, i gruppi di cammino, la rete dei NEET, il volontariato in genere, ecc.) per tutelare e promuovere la salute.

Si tratta di possibili declinazioni di CdC, con una vocazione più sanitaria, sociosanitaria o comunitaria, molto diversi tra di loro ma ugualmente sfidanti, che possono essere variabilmente coniugati.

1. **Come scegliere la vocazione delle Case della comunità per il supporto alla fragilità?**

Nella programmazione delle CdC, la sfida per gli stakeholder locali sarà quindi quella di decidere quale delle diverse vocazioni possibili assegnare a ciascuna struttura, tenendo in considerazione che 1) le vocazioni non sono tra di loro alternative ma che possono combinarsi variabilmente tra di loro, anche per rispondere alle specificità dei singoli contesti e per valorizzare le reali risorse umane e di servizi disponibili; 2) le vocazioni non sono statiche, ma si evolvono e arricchiscono progressivamente nel tempo.

Come scegliere quindi tra le possibili vocazioni? Per programmare la combinazione di vocazioni da assegnare alla singola CdC, gli stakeholder locali dovranno considerare almeno tre variabili presenti in ciascun territorio:

* *Capitale istituzionale*: indica la forza degli enti e delle aziende pubbliche e può essere misurato in base alla stabilità e riconoscimento della direzione generale di un’AUSL o del sindaco di un Comune; al *commitment* sulle Case della Comunità; alla disponibilità ad investire nella loro evoluzione progressiva; alle competenze professionali disponibili.
* *Capitale sociale*: fa riferimento alle caratteristiche del tessuto sociale e della comunità del territorio (es. diffusione di associazioni di volontariato, livello di fiducia che le persone ripongono nelle istituzioni, dalla presenza e forza delle reti sociali formali e informali).
* *Risorse:* fa riferimento alle risorse pubbliche disponibili, che dipendono sia dalle scelte di allocazione delle risorse e di razionalizzazione dei servizi esistenti; sia dalla situazione di equilibrio economico degli enti locali e dell’azienda sanitaria, che può favorire o meno scelte di spesa espansive.

Un contesto ad alto capitale istituzionale, sociale e di risorse crea un contesto favorevole per un rapido e progressivo sviluppo del modello “Case della Comunità” che integra elementi che derivano da tutte e tre le vocazioni (Case della Salute, Case Sociosanitarie e Case della Comunità). Diversamente, in un contesto di medio capitale istituzionale, sociale e disponibilità di risorse, è possibile prevedere circa metà delle Case a vocazione “Casa della Comunità”, mentre l’altra metà (nei contesti più difficili) delle Case divise ugualmente tra Case a vocazione Sociosanitaria e Case della Salute, con modalità di apprendimento dai territori più virtuosi. Infine, in contesti con una bassa combinazione delle tre variabili si potranno iniziare a programmare la maggioranza delle strutture con la vocazione di Case della Salute in senso stretto e solo una parte di sperimentazioni pilota di Case Sociosanitarie e Case della Comunità nei territori più forti. Dopo la prima sperimentazione e con il sostegno da parte di altri territori, nel tempo le vocazioni potrebbero modificarsi andando a tendere verso la vocazione “Case della Comunità”.

1. **Qual è il possibile ruolo della comunità nel supporto alla presa in carico della fragilità?**

Nella definizione fornita sulla terza fattispecie di “Casa” proposta, ovvero la Casa della Comunità, essa si può aprire alle risorse e alle reti presenti nella comunità. *Che cosa sono le reti sociali e come possono essere valorizzate e gestite per migliorare il supporto alla presa in carico della fragilità?* Le reti sociali sono l’insieme delle strutture relazionali tra attori che definiscono il contesto nel quale questi si muovono e le cui caratteristiche servono per spiegare i comportamenti degli attori che compongono la rete stessa (Wellman & Berkowitz, 1988). All’interno delle reti sociali agiscono dei meccanismi di mutuo riconoscimento e influenza reciproca, che portano gli individui che le compongono a sentire di farne parte e ad essere condizionati da quanto tali reti rappresentano per il singolo individuo.

Esistono ampi spazi di possibile collaborazione tra la pubblica amministrazione (PA) e la comunità intesa come insieme di reti sociali. Tuttavia, le singole reti sociali sono molto diverse tra di loro, per questo motivo meccanismi di mappatura, analisi e classificazione delle reti sociali da parte della PA sono fondamentali per identificare la modalità di relazione più coerente ed efficace da adottare per attivare una collaborazione proficua, che generi contributi e ricompense sia per la PA sia per le reti. In primo luogo, le reti sociali possono differenziarsi in base al livello di formalizzazione e di consapevolezza della rete stessa: si va da reti informali e con un basso livello di consapevolezza (i frequentatori abituali di uno stesso luogo o i genitori di una scuola), a reti informali con un’attiva partecipazione consapevole (la parrocchia o i gruppi di volontariato) fino a reti con un elevato livello di formalizzazione e di attiva partecipazione (associazioni e sindacati). Comprendere il grado di formalizzazione e consapevolezza delle reti è cruciale per identificare i giusti interlocutori e meccanismi di collaborazione che la PA può attivare con esse. Esistono poi molte altre variabili che aiutano a comprendere la natura delle reti e quindi la postura che la PA deve assumere nel loro coinvolgimento, tra queste ricordiamo: i) tipologia di relazioni all’interno della rete, ii) finalità perseguite, iii) logiche applicate, iv) dimensioni, v) tipologia di connessioni, vi) rapporto con l’ambiente esterno, vii) rapporto con le istituzioni.

Effettuare una mappatura delle reti sociali esistenti su un territorio e delle loro caratteristiche specifiche rappresenta un’occasione strategica di analisi del contesto e di identificazione dei potenziali attori da coinvolgere in iniziative di community building (Bonciani, 2021).

Quali contributi possono derivare dalla collaborazione con la comunità per la PA? Le reti sociali possono: i) promuovere le connessioni sociali e contrastare la solitudine e gli effettivi negativi per il benessere psico-sociale; ii) veicolare messaggi di educazione sanitaria e sociale, promuovendo la literacy medica e facendo prevenzione primaria; iii) diffondere la conoscenza dei servizi esistenti; iv) migliorare i meccanismi di comunicazione e il contatto con gli utenti della PA; v) reclutare in modo proattivo gli utenti; vi) aumentare l’aderenza ai percorsi; vii) promuovere e migliorare l’autocura; viii) monitorare l’esperienza dei pazienti; ix) raccogliere la prospettiva dei pazienti; x) offrire servizi complementari a quelli pubblici; xi) supportare i servizi pubblici attraverso contributi economici. Ad esempio, per quanto riguarda il reclutamento proattivo, la rete sociale costituita da chi frequenta la parrocchia può essere un canale strategico per individuare i soggetti fragili che ne fanno parte e inserirli in programmi di welfare di iniziativa.

Allo stesso modo, le associazioni di volontariato possono attivarsi per azioni di contrasto alla solitudine o di educazione sanitaria per i soggetti fragili, dare sostegno alle famiglie, facilitare l’accesso e la fruizione di servizi a pagamento (Longo e Maino, 2021). Anche le reti sociali possono trarre dei benefici nella collaborazione con le istituzioni pubbliche, ad esempio ottenendo accreditamento istituzionale e visibilità, ma anche aumentando l’occasione di fare networking con altre istituzioni e reti. Oltre al fatto che le reti potrebbero ricevere anche supporti concreti, quali ad esempio formazione, messa a disposizione di spazi pubblici oppure fondi per svolgere attività.

1. **Quali strumenti manageriali per attuare il lavoro di comunità?**

L’azione di innovazione insita nel lavoro di comunità può nascere da una iniziativa promossa da una rete sociale, da un soggetto organizzato del terzo settore (professionale o volontario) o da una istituzione pubblica. In ogni caso, è necessario utilizzare logiche e strumenti manageriali capaci di sostenere le reti sociali esistenti sia in fase di programmazione che in fase di gestione, rendicontando il valore aggiunto attivato per la comunità.

Tra gli strumenti manageriali più utili per il lavoro di comunità si segnalano i seguenti (Londo e Barsanti, 2021):

* *L’adozione di logiche e strumenti per l’analisi dei bisogni territoriali e dei servizi*: permette di definire i gap di copertura; supportare la definizione dei problemi e delle priorità, sia in termini di target di popolazione, sia di cluster territoriale, per ancorare le iniziative di comunità a obiettivi specifici e correlati;
* *La definizione della governance* sia del sistema di rete allargata che delle singole iniziative rappresenta un esercizio decisivo, articolato e multilivello che mira ad un coinvolgimento efficace di tutti gli stakeholder, ad una integrazione tra istituzioni pubbliche, tra pubblico e privato formalizzato e professionale (profit e non profit), tra welfare strutturato e informale, tra livelli micro (es. Casa della comunità) e di aria più ampia (es. Distretto), al fine di generare il necessario committment diffuso;
* *La definizione del piano strategico*: rappresenta uno strumento di “agenda setting” istituzionale, che intende definire l’insieme delle priorità di azione e delle reti delle alleanze sociali e istituzionali, a partire dalla definizione del target di popolazione obiettivo dell’iniziativa, alla motivazione per cui si sceglie l’approccio di comunità, alle reti che si intende attivare e alle risorse per ogni iniziativa. Esso può essere definito a livello di singolo distretto-ambito sociale oppure considerando il territorio di una intera AUSL. Il trade-off più significativo che il piano strategico deve risolvere è se le iniziative e le progettualità previste devono essere replicate in parallelo nei vari territori oppure se si privilegia la scelta di concentrarsi su un ristretto numero di territori o di sperimentare target e forme diverse nei singoli territori.
* Le profonde trasformazioni indotte da logiche di comunità richiedono un supporto di *change management* da parte di una pluralità di attori e stakeholder con approcci e sensibilità diverse nelle istituzioni pubbliche e nelle reti sociali per affiancare e ibridare i servizi pubblici di welfare tradizionali con iniziative di CB;
* *La definizione del sistema di programmazione e controllo* per contemperare contributi e ricompense tra i nodi della rete di alleanze e per valutare il rapporto costo-efficacia complessivo delle singole iniziative e del loro complesso.

In sintesi, come discusso nel contributo, il PNRR offre oggi ampi spazi di autonomia strategica per i singoli territori e i decisori locali che si potrà esprimere nella chiara identificazione della vocazione delle singole case della comunità, nell’identificazione delle reti sociali esistenti o da attivare da coinvolgere, nella precisa attivazione di logiche e strumenti manageriali di programmazione, gestione e monitoraggio rappresentano i passaggi logici per una azione generativa e trasformativa dei servizi sociali e sanitari che davvero intenda attivare le risorse di comunità in profondità generando valore per tutta gli stakeholder e rafforzando il senso e i valori della società. In PNRR offre d’altro canto ampi spazi di autonomia per azioni di innovazione da parte delle reti sociali, del terzo settore e dell0istituzione pubblica. La sfida è quindi non farsi trovare impreparati e iniziare a ragionare su quale ruolo è possibile giocare nella presa in carico dei vari target e quali strumenti manageriali adottare per attuare il lavoro di comunità

**Bibliografia di riferimento**

Bonciani, M. (2021) Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali: quale ruolo possono giocare per il communitu builgin? In *Community building: logiche e strumenti di management*. Longo, F., & Barsanti, S. (a cura di) Egea, Milano, pp. 65-86

Longo, F., Barsanti S. (2021), Community Building: logiche e strumenti di management, EGEA

Longo, F. (2022), Dalle Case della Salute a quelle di Comunità: quale vocazione?, LombardiaSociale

Longo, F., Maino F., Platform welfare: nuove logiche per innovare i servizi sociali, EGEA 2021

Wellman, B., Berkowitz, S.D. (1988). *Social Structures: A Network Approach*. Cambridge: Cambridge University Press