



la comunità che cura

CURARE LA COMUNITÀ

Un percorso partecipativo
verso le Case di Comunità



DOCUMENTO INTERMEDIO

Gennaio 2024

LA COMUNITA' CHE CURA. CURARE LA COMUNITA'

Le proposte emergenti dagli incontri sino ad oggi svolti nell'ambito del percorso partecipativo sul tema delle Case di comunità (CdC) in Valdarno, sembrano confluire sui alcuni punti comuni che sono stati rielaborati in questo documento di lavoro.

Le informazioni raccolte sino ad oggi durante gli incontri sui territori degli 8 Comuni, alcune interviste svolte a "testimoni privilegiati", i primi questionari e gli incontri di presentazione alla cittadinanza tutta, durante tutte le fasi progettuali svolte sino a dicembre 2023, evidenziano infatti una grande ricchezza di contributi con molti punti di convergenza. Sulla base di questi, abbiamo voluto dare loro la forma di una "chiave di lettura" comune sia del contesto che delle "proposte" complessive emergenti.

Questo documento potrà quindi essere utile per sviluppare e dettagliare, nei prossimi incontri e laboratori previsti nel mese di gennaio 2024, per una successiva proposta di patto di collaborazione tra ASL, Comuni della Conferenza dei Sindaci, ETS e cittadini che vorranno impegnarsi in un percorso condiviso verso le CdC in Valdarno.

PREMESSA: IL CONTESTO

Sono qui di seguito riassunti in **8 punti gli elementi di criticità, ma anche le opportunità**, che i diversi soggetti di questo percorso partecipativo hanno ritenuto necessario sino ad ora (fine 2023) evidenziare per disegnare il percorso futuro verso le CdC. Si tratta di elementi che definiamo di contesto.

- 1) Una importante opportunità è costituita dalla **capillare presenza di Enti del Terzo Settore (d'ora in poi ETS) che già svolgono numerose attività di cura** sui territori degli 8 Comuni del Valdarno. E' quindi importante valorizzare innanzitutto ciò che già oggi esiste sui territori, magari facendo emergere questa "ricchezza" nascosta, ma anche cogliendo l'opportunità delle CdC per sviluppare la "rete della cura" rendendo il loro operato più visibile, incisivo nelle comunità e coordinato anche con le istituzioni.
- 2) **Il crescente invecchiamento della popolazione, delle disabilità e cronicità, i nuclei familiari composti da una sola persona** in particolare per alcune categorie di persone tra le più vulnerabili, aumenterà anche i loro bisogni di cure e di sostegno al domicilio.
- 3) **La crescente importanza della dimensione sociale e territoriale della medicina e la necessità di un ruolo attivo degli ETS, dei cittadini/e delle comunità**, tenendo conto sia delle difficoltà generali di cui sopra, che delle specificità del contesto.
- 4) Le **difficoltà di integrazione socio-sanitaria** soprattutto per quei servizi/attività già oggi attivati dagli ETS che hanno una forte componente sociale e che non riescono ad interagire efficacemente con quelli dell'ASL. E questo non solo nel caso di persone con particolari problematiche psichiatriche, alcol-relate e di tossicodipendenze, ma anche in casi attinenti aspetti della "normale" salute delle donne e dei bambini durante la fase del parto e successiva.
- 5) **La scarsa presenza degli Istituti della partecipazione** del Valdarno, che risultano poco conosciuti all'interno del mondo degli stessi ETS e che potrebbero invece avere importanti prospettive in termini di co-progettazione e co-programmazione.
- 6) Il riconoscimento da parte delle istituzioni locali del ruolo fondamentale degli ETS **soprattutto quando sono richieste elevate capacità relazionali e di supporto pratico ai "pazienti" e quando si tratta di attività attinenti**

la prevenzione, gli stili di vita e la valorizzazione del lavoro di cura dei caregivers e delle comunità.

- 7) L'utilità di effettuare una "**mappatura**" degli ETS presenti in ogni comune, mettendo in evidenza **metodologie di coinvolgimento comunitario** (si veda programma PIPPI: programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione) e le cure di prossimità adottate (non solo cioè dagli ETS, ma anche da cittadini attivi).
- 8) **La consapevolezza che le nuove tecnologie** potrebbero rendere più facile la domiciliarità delle cure e la casa come luogo privilegiato di assistenza, ma che, per farlo, occorre che vi sia anche chi sa utilizzare servizi digitalizzati nell' habitat relazionale di ciascuno (cioè qualcuno che svolga una funzione di raccordo tra operatori e servizi diversi. Si veda per esempio anche l'importanza di progetti come "I Colori delle Farfalle", premiato a livello nazionale come una delle migliori esperienze di infermieristica territoriale : <https://valdarno24.it/edizioni-locali/premiato-a-livello-nazionale-un-progetto-elaborato-dal-gruppo-infermieristico-del-valdarno/>)

Infine, sia da parte di ASL, Comuni e ETS si rileva un grande interesse per questo processo partecipativo considerandolo una **opportunità da cogliere e su cui impegnarsi in modi propositivi e proattivi: sono state quindi avanzate alcune prime proposte su cui avviare una concreta sperimentazione ad iniziare dal 2024**, anche monitorando i risultati e assumendosene impegni e responsabilità con uno specifico "patto".

LA COMUNITA' CHE CURA: 4 PROPOSTE EMERGENTI E APERTE AL CONTRIBUTO DI TUTTE/I

Qui di seguito indichiamo alcune attività che gli ETS in parte svolgono già nel territorio e che potrebbero essere sviluppate e messe a sistema e collegate alle CdC. Si tratta di proposte emerse negli incontri già svolti e che sembrano raccogliere interessi e disponibilità da parte di numerosi ETS. Pertanto le proposte di cui ai punti successivi possono essere considerati utili per sviluppare la discussione negli incontri e laboratori previsti nel gennaio 2024.

- 1) I CENTRI DI PROSSIMITA'
- 2) SERVIZI IBRIDI E CONDIVISI O MICRO-SERVIZI
- 3) LE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E DI BENESSERE PER TUTTE/I E LA MAPPATURA
- 4) LA GOVERNANCE

1) I CENTRI DI PROSSIMITA'

- a. **COSA:** creazione di punti di ascolto e accompagnamento ai servizi/attività/supporti sia degli ETS che delle istituzioni (da attuare iniziando dai territori in cui vi è più disponibilità ed interesse). Si tratta, in sostanza, di rendere tali servizi/attività/supporti più semplici e accessibili, con attenzione anche alle diversità linguistiche degli/delle Immigrati/e. I punti di prossimità dovrebbero integrarsi con le funzioni dei "patronati", dei CUP o altre strutture di interfaccia ASL-utenti (come PUA, CUP, ecc), avendo come specifica funzione quella di ascoltare i bisogni e fornire informazioni rispetto alla "filiera di cure" esistente o anche attivabile da loro stessi.
- b. **CHI:** volontari potranno svolgere una sorta di funzione di facilitatori e di care-manager di prossimità (quando necessario, o attivandoli dove esistono), di intermediari socio-sanitari, in grado di interfacciarsi anche col personale dell'ASL o dei Servizi sociali dei comuni. Il personale volontario che vi opererà potrà essere appositamente formato, secondo quanto concordato con ASL e enti locali, ossia secondo un piano di formazione condiviso.
- c. **DOVE:** gli ETS potranno aprire quindi alcuni di questi luoghi anche nei territori dei comuni in cui non vi sarà uno spazio fisico all'interno delle CdC (Spoke o hub), ossia presso le stesse sedi associative o altri spazi messi a loro disposizione dagli enti locali. Ma potrebbero essere avviate anche collaborazioni proficue con altri enti del territorio (per es: biblioteche, scuole, ecc) creando un'organizzazione "molecolare" di ascolto e accompagnamento alle cure.

2) SERVIZI IBRIDI E CONDIVISI O MICRO-SERVIZI

- a. **COSA:** si comprendono in questi tipi di servizi le tante forme possibili di auto-mutuo aiuto e di sostegno delle persone con specifiche malattie o disagi sociali o bisogni di cure ad alta intensità sociale, che potrebbero essere attivate dal e/o col terzo settore. Sembra quindi emergere la proposta di sperimentare servizi ibridi (ossia in cui la dimensione pubblica, privata e comune si possono unire e mescolare in modi anche originali) iniziando da alcune esperienze-pilota da sperimentare sui territori del Valdarno. Esempi di idee emerse negli incontri fin qui avuti:
- un gruppo AMA (Auto Mutuo Aiuto) di caregivers di persone non autosufficienti anziani e/o disabili. L'obiettivo dei gruppi AMA è quindi non solo quello di rafforzare (empowerment) con modalità "tra pari" le persone che vivono situazioni familiari e sociali di fragilità, ma anche di trarre indicazioni per la co-progettazione di nuovi servizi e di attività/iniziative di contrasto a tutte le forme di marginalizzazione irreversibile.
 - un ciclo di dibattiti e confronti con la cittadinanza sui temi degli stili di vita e disagi psicologici e comportamentali presenti nelle comunità locali: tra cittadini e famiglie, ETS e personale medico-sanitario e dei servizi sociali, potranno essere approfonditi i temi connessi alle problematiche psichiatriche, delle dipendenze e delle "povertà sanitarie"
 - un progetto di medicina di genere e in raccordo con i consultori familiari, per facilitare il sostegno alla genitorialità e allo sviluppo del bambino (soprattutto nei primi 1000 giorni) e contro la violenza di genere

Sembra emergere anche un'attenzione particolare da dedicare ad una lettura di genere delle cure: il punto di riferimento della sanità in famiglia è infatti la donna che è spesso caregiver per anziani e disabili, per i bambini piccoli ed adolescenti.

- b. **CHI:** Gli ETS potranno iniziare ad elaborare specifiche proposte da presentare al distretto e alla conferenza dei Sindaci per lo sviluppo ulteriore di queste sperimentazioni.
- c. **DOVE:** i servizi ibridi potranno realizzarsi sperimentalmente negli ambiti territoriali dei Comuni dove vi sarà una disponibilità congiunta di ETS e istituzioni.

3) LE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E DI BENESSERE PER TUTTE/I E LA MAPPATURA

- a. **COSA:** La mappatura è uno strumento utile per tante attività ed uno strumento di supporto per gli operatori dei punti di prossimità. Ma la mappatura potrebbe essere anche utile per far conoscere le attività per il benessere e gli stili di vita sani che ETS ed istituzioni possono promuovere congiuntamente, per es. attraverso sport, la sana alimentazione, progetti di inclusione e attività di socializzazione, attivando le comunità e la prossimità. Si tratta quindi di creare/diffondere una "cultura" della cura per un welfare di comunità, rendendo le persone protagoniste della propria salute, ideando e co-progettando anche attività specifiche e sperimentali. E lo "spunto" per dare pratico avvio a questo percorso potrebbe essere offerto dalla presentazione della "mappatura" avviata con questo progetto da mettere a disposizione dei operatori e delle comunità stesse, con apposite iniziative: mappatura sia dei centri di prossimità, sia dei micro-servizi e delle attività di prevenzione che potrebbero essere progettate congiuntamente.
- b. **CHI:** gli ETS sono coloro che svolgono numerose attività di cura, spesso non conosciute. La mappatura (aperta all'uso di tutti) potrebbe essere presentata ed utilizzata anche dai cittadini per conoscere chi opera sui territori, raccogliendo indicazioni su iniziative/attività di prevenzione partendo da alcuni problemi specifici concordati con le istituzioni. Per esempio: essendo il Valdarno l'area della toscana con maggior numero di diabetici (soprattutto immigrati dall'asia), quali attività di educazione alimentare, di prevenzione e di benessere potrebbero essere promosse, in collaborazione con gli ETS? Questo vuol essere solo un esempio.
- c. **DOVE:** La mappatura così intesa potrà partire ancora dal territorio di un Comune-pilota per poi potersi estendere poi agli altri.

4) LA GOVERNANCE

Un altro tema importante emerso dagli incontri è quello del coordinamento tra ETS, tra ETS e ASL e Comuni e Conferenza dei Sindaci. E quindi anche la governance delle CdC e di questo stesso percorso avviato.

Come può realizzarsi questa governance? Sono già emerse alcune indicazioni in proposito:

- a) **COSA:** una prima ipotesi che emerge è che sia opportuno creare un **nuovo organismo di governance con ASL, Comuni e ETS**, che svolga riunioni periodiche e con un funzionamento simile al Tavolo delle povertà. Oppure pensare ad un'associazione temporanea di scopo, com'è stato prefigurato, andando oltre i compiti quindi del comitato di partecipazione, ma coordinandosi con il comitato stesso ed i tavoli già esistenti.
- b) **CHI:** la **Conferenza dei Sindaci risulta essere la protagonista e l'alleato "forte" del TS** in questo percorso, perché i servizi sanitari sono tematica soprattutto dell'ASL e consolidati nel loro modo di operare, ma lo sviluppo delle comunità sta a cuore soprattutto ai Comuni. Questo interlocutore dovrà quindi essere all'interno del nuovo organismo. Ma alcuni hanno anche evidenziato che sarà opportuno iniziare da subito questo percorso verso la nuova governance delle CdC sviluppando prioritariamente un **"coordinamento degli ETS per le cure di comunità" rappresentativo degli ETS degli 8 comuni e con un proprio "portavoce"**.
- c) **DOVE:** la sede naturale di questo nuovo organismo potrà essere presso le CdC, ma potrà riunirsi e iniziare da subito ad operare anche in altri spazi (istituzionali o associativi)

ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Secondo quanto già previsto in questo percorso partecipativo, tutto ciò di cui ai punti precedenti dovrà trovare forma concreta in **un patto di collaborazione**: un patto la cui proposta potrà essere consegnata dagli ETS e Conferenza dei Sindaci all'ASL affinché si proceda alla sua stesura definitiva. Questo documento di lavoro, che è aperto al contributo di tutti/e, assume quindi il significato di un progetto di sperimentazione che potrà essere dettagliato col patto stesso.

I laboratori che si svolgeranno a Gennaio 2024 avranno anche questo obiettivo di definizione del percorso successivo. La governance che sarà indicata avrà quindi inizialmente la funzione di presiedere e monitorare il progetto nella sua complessità, indicando la strada su cui proseguire sulla base dei risultati ed impatti rilevabili, nel suo cammino verso le CdC.