

## Il Community Engagement e la cultura della Comunità che crea Salute

### *Community Engagement and the culture of the Community that creates Health*

Alessandro Roberto Cornio<sup>1</sup>, Marcello Di Pumpo<sup>2</sup>, Laura Scarano<sup>3</sup>, Franco Prandi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli studi di Torino

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

<sup>3</sup>Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>4</sup>Associazione Prima la Comunità

*Parole Chiave:* community engagement, comunità, empowerment; persona, prossimità, Casa della Salute, capitale sociale

*Introduzione:* l'Engagement, nella sua accezione di consapevolezza e autodeterminazione nei percorsi di cura, rappresenta un tema molto dibattuto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte sottolineato che la Salute si genera laddove le persone vivono e si relazionano. Il contributo consapevole dell'individuo risulta fondamentale e diventa necessario uno sguardo olistico dove tutti devono essere ingaggiati allo stesso modo. Siamo abituati a pensare che il contesto non sia parte integrante di ogni relazione, ma sia solo la cornice che contribuisce a dare "luce al quadro", pur essendo altro dal quadro stesso. Ivan Illich richiama il rischio reale di creare "dipendenza": c'è davvero una società dei sani che si prodiga per quella dei malati e si lamenta perché non vi è corrispondenza?

*Metodi:* l'elaborato si è sviluppato intorno a testi di filosofi e sociologi di spicco, oltre al parere dell'esperto Dott. Franco Prandi, sociologo un tempo impegnato nell'organizzazione dei servizi alla persona nell'Azienda sanitaria di Reggio Emilia e attualmente socio, co-fondatore e promotore dell'associazione Prima la Comunità.

*Risultati:* l'individuo, insieme a tutta la Comunità, non è la destinataria della decisione ma è la protagonista. Persona è esperienza esistenziale in relazione. In questa idea di complessità siamo sollecitati come professionisti/persone ad essere promotori di reciprocità per attivare e valorizzare risorse.

*Conclusioni:* la nostra Salute è, quindi, nelle nostre mani e ci interpella direttamente come singoli e come Comunità. Con queste premesse, la Casa della Comunità diventa una scommessa in grado di rappresentare il luogo di incontro della vita della Comunità e dell'insieme simbolico delle risorse in campo per il benessere.

---

Autore per corrispondenza: [alessandroroberto.cornio@unito.it](mailto:alessandroroberto.cornio@unito.it)

*Key Words:* community engagement, community, empowerment, person, proximity, share capital

## SUMMARY

*Introduction:* engagement, in its meaning of awareness and self-determination in care pathways, represents a much debated topic. The World Health Organization has repeatedly pointed out that health is generated where people live and interact. The conscious contribution of a person is fundamental and a holistic view becomes necessary when everyone must be engaged in the same way. We use to think that the context is not an integral part of every relationship, but it is only the frame that contributes to clarifying “the picture”, even though it is different from the picture itself. Ivan Illich recalls the real risk of creating “addiction”: is there really a society of the healthy people that helps the one of the sick people and complains because there is no correspondence?

*Methods:* the paper was developed around texts by prominent philosophers and sociologists, in addition to the opinion of the expert Dr. Franco Prandi, a sociologist who was once involved in the organization of personal services in Reggio Emilia healthcare company and currently a partner, co-founder and promoter of the association Prima la Comunità.

*Results:* the person, together with the whole community, is not the addressee of the decision but the protagonist. A person is existential experience in relation. In this idea of complexity we are solicited as professionals/people to be promoters of reciprocity to activate and enhance resources.

*Conclusions:* our health is therefore in our hands and challenges us directly as individuals and as a community. With these premises, a Health Center becomes a bet capable of representing the meeting place of the life of the Community and of the symbolic set of resources in the field for well-being.

*“[...] Le principali Istituzioni (scuola, sanità, servizi sociali...) delle società moderne hanno acquisito l'inquietante potere di sovvertire i veri obiettivi per i quali sono state originariamente costruite e finanziate. Sotto l'egida delle professioni più prestigiose, le ineffabili Istituzioni hanno finito soprattutto per produrre una paradossale contro produttività: la sistematica disabilitazione dei cittadini. Una città costruita per le ruote diventa inadatta per i piedi”  
(Ivan Illich, *Esperti di troppo*, Erickson 2008 pag. 40)*

*“Quando l'allievo è pronto, il maestro appare”  
(massima Zen)*

## 1. Premessa

L'Engagement, nella sua accezione di consapevolezza e autodeterminazione nei percorsi di cura, rappresenta un tema molto dibattuto. Due approcci sono prevalenti, anche se non esclusivi, a riguardo: quello psicologico e del vissuto della persona (1) e quello giuridico e di garanzia (2). Il contributo consapevole della persona/paziente risulta fondamentale, uno sguardo olistico diventa necessario ma non sufficiente, perché il tutto si esprime nella relazione e i diversi protagonisti si trovano “sulla stessa

barca”, con bagagli e ruoli diversi, ma devono essere tutti ingaggiati allo stesso modo. Visioni analogiche/binarie (“Io-Tu”) non reggono la complessità della relazione dove ognuno è protagonista.

Il presente contributo vorrebbe provare ad aprire spazi di riflessione dal punto di vista diverso della Comunità, intesa come soggetto da ingaggiare e come risorsa che favorisce l’ingaggio delle persone, proponendo al contempo alcune riflessioni sui significati possibili dei termini “Engagement”, “Comunità” e “Salute”, così da aprire spazi per ulteriori approfondimenti e scelte organizzative.

Pertanto, con l’intento di spostare la “scena della cura” dalla relazione diadica “curante/curato” alle dimensioni macro (la Comunità) e meso (l’organizzazione) (3), intesi come ambiti che influenzano e orientano la relazione che ha cura, il nostro riflettere si svilupperà attorno a quattro scenari:

- Significato delle tre parole summenzionate e inquadramento di senso rispetto ai processi di cambiamento in atto;
- Protagonismo della persona e progetto di Salute: lo spartiacque sociale, culturale e organizzativo del principio della “domiciliarità”;
- Protagonismo della Comunità: il valore del “Noi” nella Comunità e le ambiguità delle proposte di partecipazione;
- Spazi possibili di relazione – la Casa della Comunità (CdC) – e le dimensioni nuove della prossimità come sfida per la consapevolezza e la responsabilità.

## 2. Un quadro concettuale di riferimento

### 2.1 Ri-tracciare parole

La prima parola da ri-tracciare è “Salute”. Il termine va ricomposto nelle articolazioni esperienziali di ognuno, durante le quali si intrecciano eventi, opportunità, scelte e relazioni che orientano e consolidano un bagaglio individuale e sociale fondamentale. Salute si intreccia, cioè, con un’idea di cultura che condiziona la stessa percezione di Salute; si riconosce alla “cultura” un approccio finalizzato alla “capacità di una persona e di un gruppo sociale di affrontare e risolvere i propri problemi, cioè valorizzare la propria esperienza di vita, stare bene”. Scrive Gramsci: “Cultura non è possedere un magazzino ben fornito di notizie, ma è la capacità che la nostra mente ha di comprendere la vita, il posto che vi teniamo, i nostri rapporti con gli altri uomini. Ha cultura chi ha coscienza di sé e del tutto, chi sente la relazione con gli altri esseri”. Trasporre questa definizione e applicarla alla Comunità è facile: cultura non è avere un bel teatro, ma anche interrogarsi sull’essere Comunità, dove essa è corpo vivo che genera conoscenza e cultura (4). La cultura è costituita dai principi di fondo che una società ha sviluppato e continuamente crea mentre risolve i problemi nel rapporto con l’am-

biente e riguardanti la sua coesione interna. Le soluzioni ritenute valide sedimentano un patrimonio di sapere organizzativo, diventano norme e valori, il “proprio giusto modo” di percepire la realtà o individuare soluzioni adeguate.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha più volte sottolineato che la Salute si genera laddove le persone vivono e si relazionano (5-6): i macro-contesti sociali sono elemento fondamentale per riflettere sulla Salute e sono portatori di una visione che favorisce percezioni, progetti e vissuti espressi in comportamenti e aspettative di ognuno. Oggi più che mai la Salute è diventata oggetto di attenzione individuale e sociale, è stata riportata alla dimensione di “bene comune”, avviando un cambio di paradigma che mette in discussione l'approccio binario e mercantile di produttore/consumatore (7). La Comunità, dunque, non si esaurisce nella semplice definizione territoriale, ma diventa un costrutto sociale, dove le caratteristiche geografiche e ambientali le danno forma, ma sono soprattutto gli esseri umani che la abitano a darle un senso. Sono soprattutto i suoi membri a definirla attraverso un “Noi” condiviso come dimensione esistenziale di ogni persona. Come afferma Sergio Manghi, riprendendo G. Bateson, la “relazione viene prima, precede. Nel bene, come nel male, noi viventi non possiamo non essere in relazione, dipendenti gli uni dagli altri. Per costituzione genetica e non per scelta volontaristica e soggettiva” (8). Citando Bauman, si può affermare che “La Salute è (nel)la Comunità, (nel)l'insieme delle relazioni di reciprocità che in essa instauriamo e che ci “rassicurano”, perché [...] in una Comunità possiamo contare sulla benevolenza di tutti. [...] Aiutarci reciprocamente è un nostro puro e semplice dovere, così come è un nostro puro e semplice diritto aspettarci che l'aiuto richiesto non mancherà” (9).

Salute, cultura e Comunità si influenzano a vicenda: separarle causa semplificazioni inappropriate della complessità dei temi della responsabilità e della consapevolezza propri dell'Engagement. In quest'ottica è importante ragionare sui “determinanti sociali di salute” come elemento sostanziale per la relazione che ha cura e la comprensione della scena della cura stessa (10).

## *2.2 Incursioni nella semantica dell'Engagement*

Ivan Illich richiama il rischio reale di creare “dipendenza”: c'è davvero un ambito di chi possiede e un ambito di chi “acquista”, una società dei sani che si prodiga per quella dei malati e si lamenta perché non vi è corrispondenza? Si afferma la convinzione di diritti senza corrispettivi doveri. In un contesto sociale dove tutto è “merce” acquistabile, è quasi naturale che si pretenda il prodotto migliore e ciò vale per qualsiasi cosa, dall'educazione alla Salute. Si crea, così, una “spaccatura” tra Istituzioni e cittadino, con ricadute sulla credibilità del sistema.

Possibili suggerimenti a riguardo sono:

- Le Istituzioni sono parte della vita sociale e richiedono continua manutenzione e legittimazione non solo dalla tecnica, ma anche dalle dimensioni simbolico-relazionali, capovolgendo la convinzione che siano i cittadini ad avere bisogno delle Istituzioni, mentre è esattamente il contrario;
- L'essere parte di una Comunità significa costruire una "cultura dell'esserci", dell'essere parte di un sistema di relazioni, garanzia di Salute come bene comune, avendo consapevolezza che, come ogni bene, è limitato e va alimentato con il contributo di ognuno;
- Fornire una visione unitaria. Il sistema di Welfare è nato per promuovere la Salute ed ha come principi guida l'uguaglianza e il riconoscimento di diritti e doveri di ciascuno in una condizione di pari opportunità. I diversi contributi che ogni persona porta hanno pari importanza, pure nella loro diversità. È infatti dalla diversità che scaturisce la relazione e l'alleanza;
- Ognuno dovrebbe essere "competente" e quindi non ci dovrebbero essere rischi di "violenza" sulle persone. È violenza decidere per conto di qualcun altro, condizionare la partecipazione o imporsi mediante il potere della tecnica e dello specialismo;
- Accettare i limiti insiti in ogni incontro: la persona/paziente arriva in una condizione di bisogno e debolezza, ma in tale condizione è anche la persona/professionista e il suo contesto. Il PUA (punto di accesso) segna distanze, è un luogo che non appartiene al cittadino. Diverso se la parola "accesso" fosse sostituita da "accoglienza" o "ascolto", eliminando la percezione della burocrazia da superare. Parole come "presa in carico", che sancisce una dipendenza, rappresentano rapporti impari. Una relazione che ha cura sancisce la pari dignità e il riconoscimento del valore della differenza e responsabilizza. "La responsabilità di chi ha cura – ci ricorda L. Mortari (11) – non va intesa come responsabilità del ben-essere dell'altro, poiché questo posizionarsi nella relazione tradisce un senso di onnipotenza e con esso un'interpretazione inautentica della responsabilità; si profila invece come responsabilità di predisporre quei contesti esperienziali che possono facilitare nell'altro l'assunzione della responsabilità della ricerca del proprio ben-esserci."

Le relazioni "fanno" le persone e il successo di una società che ha cura va giudicato sulla base delle libertà sostanziali di cui godono i suoi membri, intendendo con esse la capacità "di scegliersi una vita cui consapevolmente si dia valore" (12-14).

Le dimensioni dell'Engagement sono, pertanto, da ricercare nelle persone e nei loro sistemi di relazioni.

**Alcune sintetiche differenze tra termini spesso colti come sinonimi****EMPOWERMENT / EMANCIPAZIONE**

Processo di crescita dell'individuo e della Comunità basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione: emersione di risorse idonee ad appropriarsi consapevolmente del proprio potenziale.

**COINVOLGIMENTO / TRASCINARE CON SÉ IN UNA RESPONSABILITÀ****PARTECIPAZIONE**

Esserci per poter conoscere, contare, orientare, decidere, valutare in questioni di interesse collettivo.

**ENGAGEMENT / IMPEGNO**

Non solo esserci, ma impegnarsi direttamente in campo sociale, economico, politico. Termine mutuato dal marketing, ma fondamentale, perché offre uno scopo, lo consolida attraverso una cultura sociale condivisa e si basa su regole precise di coerenza, trasparenza e riconoscimento reciproco.

**2.3 Ragionare "con" il contesto**

La Comunità deve far parte di un disegno nel quale ognuno si riconosce e permette a ciascuno di riconoscersi.

Premessa fondamentale è che la Sanità non è isolata, ma presenta numerose interconnessioni; difatti i servizi sociali e sanitari sono parte dei processi sociali più generali e ne sono influenzati. Siamo abituati a pensare che il contesto non sia parte integrante di ogni relazione, ma sia solo la cornice che contribuisce a dare "luce al quadro", pur essendo altro dal quadro stesso (15). In questo modo, viene da sempre giustificata la frammentarietà organizzativa, la rincorsa alla parcellizzazione delle conoscenze e alla costruzione di sempre nuove "gabbie" organizzative e sociali. Scrive F. Capra "L'universo è visto come una trama di elementi interdipendenti. Nessuna delle proprietà di una qualsiasi parte di questa trama è fondamentale; esse derivano tutte dalle proprietà delle altre parti e la coerenza globale delle relazioni reciproche determina la struttura dell'intera trama" (16). Si dovrebbe poter considerare anche la Società in questo modo. Con il contesto dobbiamo misurarci e di conseguenza esserci dentro, perché la complessità ci interpella come parte attiva: in quanto osservatori siamo parte integrante di quello che osserviamo, siamo il contesto.

Il contesto viene interpretato attraverso dati e fatti, ma ci sono "processi sotterranei" che accompagnano i cambiamenti. Scrive E. Morin "Quello in cui si può sperare non è il migliore dei mondi, ma un mondo migliore. [...] Tutto è da riformare e da trasformare. Ma tutto è già cominciato senza che lo si sappia. Miriadi di iniziative fioriscono un po' ovunque sul pianeta. Queste iniziative sono spesso ignorate, ma ciascuna, sulla sua via, apporta "relianza" e coscienza. Lavoriamo per diagnosticarla, per trasformarla. Lavoriamo per "rilegare", sempre "rilegare" (17). In questa riflessione poniamo l'accento su:

- La profonda e radicale ridefinizione degli “abitanti” del contesto. Non rappresentano più elemento identificativo né la pelle, né la religione, né la lingua, né le opportunità di lavoro; ciò che più esplicita il valore simbolico del “Noi” come Comunità si ritrova nella Salute e nello star bene. Il territorio lo si trasforma in luogo (18) che identifica e ridefinisce il sistema di relazioni. Tutte le Istituzioni sono costrette a confrontarsi con l'imprevisto, raccogliendo una scommessa che arricchisce e proietta nel futuro. La famiglia, la scuola, il lavoro, la percezione di sé e della propria Salute, le dimensioni nuove della socialità sono tutti elementi indispensabili a tal fine;
- L'individuo, di derivazione neoliberista, con una libertà senza limiti, collocato nella contrapposizione “Io-Tu” nella quale vince il più forte, non è più sostenibile. Il COVID-19 ha evidenziato i limiti di tale approccio, sottolineando come non si può pensarsi soli, senza interconnessioni (19). La logica di mercato non è appropriata, è necessario puntare su percorsi di solidarietà e reciprocità per evitare l'acuirsi delle disuguaglianze e recuperare un senso al vivere quotidiano. Ce lo sollecita in modo provocatorio la Laudato si': “Oggi l'analisi dei problemi ambientali è inseparabile dall'analisi dei contesti umani, familiari, lavorativi, urbani, e dalla relazione di ogni persona con se stessa, che genera un certo modo di relazionarsi con gli altri e con l'ambiente” (20). Come richiama l'approccio One Health, promosso dall'OMS, vi è una sola Salute per tutti, uomini, animali, piante; ne deriva cioè, un sistema circolare integrato necessario per garantire benessere (21);
- Bisogna far fronte all'idea per cui “la sanità italiana è ingiusta e classista” (22). Diritti, uguaglianza ed equità rimandano al principio della Rivoluzione francese dell'égalité. Ci si appella al principio di uguaglianza tramite tentativi di tipo economico e giuridico; ci si riferisce alle categorizzazioni della popolazione e alle relative stratificazioni o anche ai “portfolio” delle prestazioni, motivati dalla “coperta corta” che sembra non consentire alternative. È una visione miope, basata sulle logiche di mercato, che ignora le specificità di contesto, l'unicità delle persone, le potenzialità della Comunità (23). Oltre la “patologia” dell'individualismo e gli evidenti limiti degli algoritmi economici, la libertà e l'uguaglianza richiedono una scommessa sulla fraternità (24-26), fondata sul riconoscimento del valore dell'altro e della reciprocità;
- La necessità di riscontri immediati e concreti e la corsa alla tecnologia, che da strumento è diventata fine, si è rivelata un enorme limite alla creazione di valori. È dunque necessario che essa ritorni a essere un mezzo. È da tempo ormai in atto una riflessione sui servizi alla persona, sociali e sanitari, ma anche educativi, previdenziali, amministrativi e in generale tutti gli aspetti operativi del Welfare. Le professioni che li esercitano (27) sono sempre più imbrigliate entro algoritmi dettati da strumenti freddi e anonimi. Il vero problema è diventato, da una parte, la forma e, dall'altra, il controllo e la paura dell'errore. Il sovraccarico e la rigidità

della burocrazia sono il risultato di un utilizzo improprio dello strumento informatico e il “Noi”, che è base della convivenza, sfuma nella generica definizione delle casistiche. Il singolo cittadino fa i conti con un profondo senso di impotenza e la Comunità non riconosce più come proprie le diverse Istituzioni. C'è un bisogno profondo di semplificare, senza ignorare la complessità, che trova spesso tentativi di risposta in percorsi paralleli e conflittuali;

- La frammentazione istituzionale e organizzativa e la dimensione paradossale che ha assunto lo specialismo generano diffidenza. Scrive E. Morin “i progressi delle conoscenze (specializzazioni disciplinari) hanno prodotto una regressione della conoscenza, proprio a causa della specializzazione che spesso frammenta i contesti, le globalità, le complessità [...] così, le realtà globali e complesse sono frammentate; l'umano è smembrato; la sua dimensione biologica, cervello compreso, è rinchiusa nei dipartimenti di biologia; le dimensioni psichica, sociale, religiosa, economica sono nel frattempo relegate e separate le une dalle altre nei dipartimenti di scienze umane; i caratteri soggettivi, esistenziali, poetici si trovano relegati nei dipartimenti di letteratura e di poesia. La filosofia, che è per natura una riflessione su ogni problema umano, è divenuta a sua volta un dominio chiuso su se stesso. I problemi fondamentali e i problemi globali sono evacuati dalle scienze disciplinari” (28). Le conoscenze specialistiche hanno impedito la ricomposizione della conoscenza, non permettendo domande pertinenti rispetto alla complessità della persona e legittimando logiche autoreferenziali.

Il Contesto si è scoperto fragile e si sono aperti spazi nuovi di sperimentazione. Ricorda E. Morin “Abbiamo bisogno di un pensiero che cerchi di riunire e organizzare le componenti (biologiche, culturali, sociali, individuali) della complessità umana e di iniettare gli approcci scientifici nell'antropologia” (29). La persona è parte di una storia sociale e organizzativa; tutto ciò entra nella scena della cura e contribuisce a dare forma all'Engagement nel suo percorso di Salute. Ma è altrettanto vero che la vita della Comunità, le scelte che essa compie, i valori che trasmette e le risorse che impegna sono elementi sostanziali che determinano l'Engagement sociale. Il sistema di Welfare è esercizio della democrazia, non una somma incoerente di prestazioni, ma un patto sociale condiviso e agito con coerenza a tutti i livelli, dalle persone alle diverse articolazioni sociali (30).

### **3. Protagonismo della persona e progetto di Salute: il principio della “domiciliarità” come espressione concreta dell'Engagement comunitario**

Non è fuori luogo parlare di persona perché la persona è la prima “Comunità”, nonché il concetto necessario per l'ingaggio della Comunità nel rispetto della dignità di ognuno.

1. Persona è esperienza esistenziale in relazione. È un “Noi” primario della vita di relazione, è ciò che le nostre relazioni costruiscono. L’individuo è un unicum irripetibile perché si costruisce sulle relazioni, e mettendo in comune le differenze definisce se stesso. Questo passaggio è fondamentale per ricollegarsi a quanto viene denunciato nel “L’uomo ad una dimensione” di Marcuse, ovvero che la mediocrità, l’automazione della conoscenza e la ripetitività del comportamento sono dei rischi nella società dei robot e dei totalitarismi. Ciò ha implicazioni profonde nella relazione che ha cura e nel riconoscimento reale dell’appartenenza di ogni persona alla Comunità. Questa visione ha come prima condizione il riconoscimento, oltre le logiche individuali di un “soggetto pensante e protagonista di un disegno personale che è esistenziale”. Questa scelta di campo determina anche una diversa vista della persona che è protagonista:

- Non è né un paziente, né un assistito, perché questo colloca la persona in una situazione “passiva”, come a sancire una condizione di forza da una parte (l’Istituzione/professionista) e una di debolezza dall’altra. Non è neppure un utente, né un cliente/consumatore, né un destinatario. La persona si presenta come partner di un processo relazionale complesso nel quale ognuno è co-protagonista del “progetto di Salute”;
- Nella relazione, la persona è senza etichette; ogni tentativo di categorizzazione riduce il suo potenziale e favorisce un rapporto di dipendenza, perdendo di vista la globalità. Tale concetto viene ripreso da Hillman (31): “Ma anche una persona particolare; se la vediamo come irlandese o tedesca, ebrea o cattolica, nera o bianca, alcolista o suicidaria, vittima o borderline [...] allora non vediamo una persona bensì categorie”. È dalla categorizzazione che nasce il rischio di sottovalutare la persona;
- Si deve andare oltre il “COSÌ” HA L’ALTRO (es. malato/disabile, fragile) per percorrere la strada del “CHI” È L’ALTRO (persona), integrando la dimensione biologica con la cultura, le reti sociali e i valori;

È in questa logica che si costruisce una “relazione che ha cura”. La relazione, come afferma Bateson, è una danza delle parti, e ognuno, compreso il contesto (in questo caso anche l’Istituzione), ne esce diverso mettendo in comune se stesso: da un lato la persona/cittadino, la sua storia, le sue potenzialità e le possibili alleanze che derivano dal suo essere in una rete sociale e comunitaria; dall’altro il professionista, con la propria competenza, che non si esaurisce nella tecnica ma che diventa una risorsa per il cittadino. Quest’ultimo rimane il titolare “consapevole” del proprio progetto di Salute;

2. Il riconoscimento dell’appartenenza alla Comunità diventa fondamentale e ridefinisce un sistema di reciprocità persona/Comunità. Il termine deriva da “munus”

che racchiude i significati di “dono” e “impegno/responsabilità”. L’idea di Comunità ha da sempre generato riflessioni diverse, è stata contrapposta spesso a quella di società (Tönnies) o a quella di associazione (Weber). Gli aspetti positivi che l’idea di Comunità porta con sé sono la reciprocità, la fiducia e l’identità, richiamando alla persona come “unicum” complesso contrapposto a un’idea di società dove è centrale l’individuo preso isolatamente e che rischia di vivere la propria esperienza come competizione. Una questione aperta è il concetto di efficienza ed efficacia del sistema Welfare per la Comunità. Se la logica dominante resta quella dell’accesso all’offerta individuale, viene meno ogni idea di bene comune e la stessa idea di Comunità, con un aumento delle disuguaglianze e della conflittualità. Riconoscere la persona come “Comunità” è una garanzia di sicurezza e dignità, a prescindere dalle specifiche condizioni di ciascuno: questo è il principio della domiciliarità. “La domiciliarità comprende la persona con la sua storia e le sue relazioni, ovvero la casa con i suoi affetti, ricordi, esperienze, gioie e sofferenze, ma va oltre rappresentando il rapporto con l’esterno, con ciò che la circonda, [...] la cultura locale” (32). Essa comporta un cambio di prospettiva: sono le persone, non le Istituzioni, che debbono essere considerate. Come nella “relazione che ha cura” la persona non cessa di essere tale per diventare malato, così nella Comunità la persona è riconosciuta nei suoi diritti e nelle sue specificità che legittimano risposte appropriate, coerenti e inclusive, dall’assistenza domiciliare ai diversi metodi di garanzia e di protezione (Centro diurno, Casa protetta, Ospedale di Comunità).

#### **4. Protagonismo della Comunità: il valore del “Noi” Comunità e le ambiguità delle proposte di partecipazione**

Con la proposta della “domiciliarità” la Comunità, oltre ad essere protagonista, diviene il luogo concreto e la sintesi del contesto di vita e di relazioni, ridefinendo in questo modo continuamente valori e regole, processi di cura e in generale il modo di agire delle Istituzioni ad esso finalizzate (33).

Per costruire “Engagement comunitario” servono esperienze che si fondano sulla governance della “polis”, concretizzando la partecipazione dei cittadini alle scelte, in questo condivise e trasparenti. La Salute è riconosciuta come il tracciante che delimita e orienta le scelte che interessano direttamente o indirettamente la vita della Comunità. Scrive l’OMS: “Le inaccettabili disuguaglianze di salute richiedono azioni politiche in differenti settori e nelle diverse regioni. Essi richiedono, inoltre, un’azione collettiva globale. La salute è uno dei più efficaci e potenti indicatori dello sviluppo sostenibile e di successo di ogni città e contribuisce a rendere le città inclusive, sicure e resilienti per l’intera popolazione”. (Vedi anche Agenda Onu 2030: i 17 obiettivi per

lo sviluppo sostenibile) (34). La Comunità, così come la persona, non è la destinataria della decisione ma è la protagonista. Partecipare è luogo della non-neutralità, della non-delega, è consapevolezza che il nostro esserci è chiamato ad orientarci eticamente secondo criteri di giustizia ed equità. Partecipazione è un processo (non solo un evento) permanente, è esserci, “fare parte”, consentendo l’intreccio di storie e scelte. Scrive A. Sen: “Nei processi di valutazione delle capacità di una persona di partecipare alla vita della società è implicita una valutazione della vita della società stessa: un aspetto piuttosto importante dell’approccio delle capacità” (14).

	<b>Forme concrete e intensità nella partecipazione</b>	<b>Elementi critici da considerare</b>
“spazio di potere al cittadino”	<b>Partecipazione diretta/ Engagement</b>	Si definiscono forme di partecipazione dove si decidono e si controllano i processi e i risultati
	<b>Partecipazione delegata</b>	Le forme attuali che danno per scontato la rappresentanza
	<b>Partnership</b>	Diverse forme di collaborazione in funzione di un risultato almeno in parte condiviso ma senza emozione
Partecipazione formale	<b>Conciliazione</b>	Riguarda la gestione del conflitto
	<b>Consultazione</b>	Raccogliere pareri/proposte in funzione di decisioni non presidiabili
	<b>Informazione</b>	Costruire strumenti in grado di verificare se la comunicazione è attivata
Non partecipazione	<b>Presenza in carico</b>	Compliance. Si definiscono confini di ruolo e di potere che deve essere riconosciuto. Si sancisce un’asimmetria di potere che crea dipendenza
	<b>Manipolazione</b>	Quando si decide e si condizionano le scelte individuali e sociali
	<b>“Disinteresse”</b>	Colpevole noncuranza nei riguardi dei propri compiti o dei propri impegni

Pensando sia alla relazione che ha cura sia ai processi partecipativi, la riflessione sulla partecipazione diventa cruciale. Paternalismi e distinguo tra tecnica e relazione non sono più sostenibili: la reazione è di rifiuto, di bisogno di capire che si evidenzia spesso con il conflitto e il disinteresse. In concreto, si possono intravedere alcune strade di cambiamento. Se ne possono immaginare quattro – interconnesse e complementari – basate sulla lettura unitaria dei contesti con la convinzione che la realtà sia molto complessa e che non si possa abbracciare tutta e che, quindi, non sempre vi siano risposte.

- **La prima attiene la “Governance”.** È necessario guardare al Distretto come strumento di sintesi e definizione dei problemi, bisogni e risorse di un territorio che opti per un percorso trasparente di ingaggio della popolazione nelle sue diverse articolazioni sociali, riconoscendo le specificità delle singole Comunità anche oltre gli algoritmi e le alchimie organizzative. Attorno al tavolo delle decisioni ci sono le articolazioni degli enti locali, le Istituzioni che sono costrutti sociali a valenza gestionale, le rappresentanze della società civile nelle sue diverse forme ed espressioni, con un potere reale di decisione, controllo e valutazione dei risultati. I Comuni e le loro articolazioni sono cruciali per sollecitare l’Engagement, in quanto gli unici che dispongono del potere di operare scelte coerenti all’interno della complessità. Ciò che ci si auspica è di disporre di un Distretto che oltre ad unificare il sanitario (AUSL) e il sociale (ATS), possa essere riferimento per tutte le componenti del Welfare locale;
- **Dare visibilità alla vita della Comunità nelle sue espressioni originali,** partendo dalla costruzione di opportunità di ascolto reciproco, di luoghi riconoscibili dove si mettono in comune bisogni, progetti ed esperienze, come quelle del “Community Lab” attivato dalla Regione Emilia-Romagna, esempio di trasversalità sociale per progettare benessere sociale (35). Viene presentato così: “Il Community Lab è un **metodo “trasformativo/partecipativo”** di prassi e politiche che attraverso l’allestimento di spazi dialogici con la Comunità, i servizi e i corpi intermedi produce riflessività, conoscenza e consapevolezza a partire dall’attenzione forte alle dimensioni quotidiane del lavoro dove è richiesta la mobilitazione e l’attivazione di processi collettivi. Esso si basa sullo studio di casi ed è finalizzato a comprendere meglio le Comunità di oggi e le possibili forme di evoluzione in materia di Welfare locale grazie all’apporto dei cittadini stessi” (35). Viene superata l’idea delle appartenenze e si parte dalla realtà vissuta dai membri della Comunità che la analizzano, ne individuano possibili ambiti di intervento migliorativo in modo interconnesso e si impegnano a realizzare i progetti condivisi. Si agisce da una parte sulla “sensibilità” al benessere e alle nuove dinamiche culturali e dall’altra si recupera un capitale sociale altrimenti inesperto e fonte di frustrazione;
- **Creare alleanze e sinergie tra le diverse esperienze organizzate nelle Comu-**

**nità.** Nella ricerca di percorsi originali di Salute di Comunità si può far leva su quanto, a diverso titolo e con modalità organizzative anche imprevedibili, si possono scoprire progetti strutturati (associazioni, cooperative, fondazioni) o informali che si occupano in modo ampio di Salute. Fare rete garantisce efficienza ed efficacia relativa al lavoro dei singoli. Bisogna porre attenzione a garantire il protagonismo e l'ingaggio visibile e riconosciuto a ogni esperienza, perché il rischio è che le organizzazioni più forti tendano a strumentalizzare e alla fine rendere poco significativa l'azione delle diverse forme aggregative. Partire dalla Comunità e non dalle Istituzioni è un imperativo cogente se si crede nel valore dell'ingaggio e nella ricchezza delle risorse non formalizzate e orientate istituzionalmente. L'esperienza del "Community Building" condotta in circa trenta contesti diversi dall'Università Bocconi e dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa, basata su un'idea di un gruppo interregionale, nato attorno ad un manifesto del 2014 "la salute bene comune", ha dimostrato che si possono mettere insieme risorse diverse per un progetto comune (36). Costruire con la Comunità e non per essa è ciò che accomuna "Community Lab" e "Community Building": la differenza può essere ricercata nell'accentuazione del secondo sulla necessità di connessioni strette con le Istituzioni. L'esperienza della formazione-ricerca (37) coglie la ricchezza delle opportunità sociali e il valore delle loro alleanze. Il confronto e l'elaborazione, infatti, hanno bisogno di superare le barriere delle gerarchie e del potere per mettere all'ordine del giorno un'idea di Salute che non ha colori né tecnici né istituzionali;

- **Agire sulle dinamiche dei e tra i saperi tecnico-professionali e sociali.** Il tema dell'ingaggio della Comunità va letto anche con questo sguardo: "quando diciamo di lavorare con, per e su persone e popolazioni, stiamo costruendo percorsi e stiamo parlando con linguaggi che permettono l'incontro, il riconoscimento reciproco, lo scambio e la "relazione che abbia cura" o tendiamo a consolidare recinti, gerarchie, regole del gioco obbligate?" (38) La ricerca degli specialismi ha impoverito le potenzialità connesse nella logica di sistema, nella visione della complessità. La consapevolezza che non si possa controllare la realtà, perché appunto complessa, non produce l'umiltà di ascoltare e considerare i contributi di ognuno, ma piuttosto arroccamenti e nicchie difensive. I saperi della Salute sono ben più ampi dei saperi tecnici che hanno bisogno di incontrare i saperi sociali, i saperi dell'esperienza in una nuova visione che è quella della scienza della complessità (39), capace di valorizzare i contributi evitando che "le conoscenze" mettano in ombra "la Conoscenza". Alleanza tra saperi è il modo con cui anche gli sconfignamenti sono un valore. Le professioni si confrontano, contribuendo in questo modo a creare saperi sociali nuovi, a ridurre la diffidenza, a ricostruire una consapevolezza nuova che è sia individuale che sociale come base della responsabilità e valorizza a fondo gli stessi saperi specialistici (40).

## 5. Spazi possibili di relazione: la CdC e le dimensioni nuove della prossimità come sfida per la consapevolezza e la responsabilità

Secondo l'approccio One Health (41), si può concludere che la nostra Salute è nelle nostre mani e ci interpella direttamente come singoli e come Comunità. La CdC diventa, dunque, una scommessa in grado di rappresentare il luogo di incontro della vita della Comunità e dell'insieme simbolico delle risorse in campo (sistema di Welfare) per il benessere.

Si sottolinea l'idea di Casa perché ci riporta all'idea di famiglia/Comunità, sicurezza/garanzia, integrità/identità, relazione/unità, coinvolgendo in tal modo il livello intrapsichico, interpersonale e sociale. È un luogo che definisce l'esserci, non un semplice spazio dove "consumare".

*"Lo spazio si pensa, i luoghi si abitano. Lo spazio si attraversa, nei luoghi si sosta. Lo spazio è l'astratto, il luogo il concreto. Tuttavia, il luogo non è solo uno spazio determinato, particolare, definito da coordinate precise. Il luogo è qualcosa che ha a che fare con la memoria, con le emozioni e con il desiderio. Come la città calviniana di Ersilia, i luoghi sono una trama intessuta di rapporti. I luoghi stanno alla storia vissuta, come lo spazio sta al tempo cronometrato. Perciò, mentre i luoghi si riconoscono – si odiano e si amano – gli spazi semplicemente si misurano. Ne consegue che i luoghi siano, in prevalenza, figure della differenza e della qualità, gli spazi dell'uniformità e della quantità. Nel luogo domina il significato originario del raccogliere e del riunire, nello spazio quello dell'intervallo e, quindi, della separazione, del confine e del conflitto. Ma se anche, per legge, posso farti spazio o negartelo, è solo nel luogo che ti posso accogliere. È solo qui, dunque, che l'ospitalità può aver luogo."* (42)

Perché uno spazio diventi un luogo è necessario che vi si siano intrecciate relazioni (non meri atti ma aspetti esistenziali).

La Salute ha come casa la Comunità; i diversi luoghi fisici della Comunità si intrecciano ed escono da logiche autoreferenziali. Ad oggi, le nostre Comunità hanno costruito mondi separati delegando spesso la Salute alla Sanità. Una scelta che battezzò un luogo specifico come luogo della Salute perpetua un'idea di segmentazione e codifica una visione di tipo consumistico, rinforzando un processo di espropriazione drammatico.

In ognuno di questi luoghi (scuole, biblioteche, centri sociali ecc.) dovrebbero essere intessute reti attraverso l'ingaggio su valori comuni cui tutti contribuiscono.

In questo disegno, la Casa della Comunità diventa risorsa per la sintesi e l'ingaggio sociale, nel momento stesso in cui si considerano valori non negoziabili quelli legati alla Salute costruita con i cittadini e alimentata da processi integrati, orientata a costruire

protagonismo delle persone e responsabilità individuali e sociali. Sono le dimensioni dell'Engagement sociale e comunitario, traducibili in una carta di identità della Casa della Comunità che riprendiamo dai documenti fondativi dell'Associazione "Prima la Comunità" (43).

<b>Obiettivi</b>	<b>Azione</b>
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente chi è ad alto rischio di vulnerabilità
Sviluppare una visione condivisa di Salute	Promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la Comunità e le sue Istituzioni formali e informali
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna CdC
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di Salute, diritti e inclusione sociale nella relazione che ha cura
Favorire il protagonismo della Comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati

Si profila un'alleanza strategica che legittima competenze tecnico-sanitarie e sociali, che valorizza contributi diversi dove ogni persona è protagonista e creatrice di valore. A garanzia dei processi concreti di Engagement comunitario, anche la CdC va pensata come elemento della rete e perciò articolata al suo interno come luogo di vita, di sosta e di accoglienza. Ecco perché serve che in essa vi siano:

- Luoghi esterni funzionali alla socializzazione e alla promozione della Salute;
- Zona della prima accoglienza riconoscibile dalla persona così che percepisca da subito l'attenzione e la disponibilità nei suoi confronti;
- Aree che facilitino le interconnessioni tra i servizi e favoriscano le relazioni interprofessionali;
- Luoghi di riferimento per le Istituzioni e le agenzie che partecipano alla formulazione e realizzazione del progetto di Salute della Comunità (volontariato, terzo settore, reti formali e informali);
- Luoghi adeguati per la partecipazione della Comunità nelle decisioni che la riguardano.

È importante inoltre sottolineare il concetto di Welfare di iniziativa (di cui è parte la

medicina di iniziativa) e il ruolo fondamentale delle Cure primarie: è necessario superare le categorie sociali e la logica prestazionale e centrare l'obiettivo sulle persone, apprezzandone limiti e potenzialità nella co-produzione del percorso di ciascuno.

L'impianto Distretto/CdC/Prossimità è da intendersi come garanzia informale di continuità delle cure. Per la persona tutto questo è riconoscibile: ciascuno esprime in questo contesto con-vissuto i propri bisogni, che sono carenze, ma anche progetti e impegno, rompendo lo schema classico del consumo e della delega.

Tönnies distingue tra "Società" e "Comunità" (44). Il tema è complesso ma si può tratteggiare la differenza specificando come "Società" apra la dimensione utilitaristica e "Comunità" faccia invece riferimento al valore della fraternità.

### *5.1 La prossimità*

La prossimità coniuga elementi strutturali ed organizzativi con elementi relazionali e risponde a due esigenze: la relazione e la reciprocità.

La Comunità è l'espressione naturale del bisogno umano di essere in relazione e si organizza mettendo in campo sogni e risorse per il miglioramento della qualità di vita. Il passo importante è superare l'idea che ci sia una società di malati e una di sani. L'idea stessa di complessità ci catapulta come professionisti/persone e ci sollecita ad essere promotori di reciprocità per attivare e valorizzare risorse, riconoscendo che la "persona fragile" ha bisogno della rete comunitaria per sentirsi curata (*care*) come persona e non solo nel corpo. Ne deriva la necessità di attivare i "corpi intermedi" (sindacato, associazionismo ecc.), tutte le risorse informali (che vanno dagli *opinion leader* di Comunità al vicinato, ai gruppi di interesse) e formali (terzo settore).

La scommessa della prossimità è la promozione delle risorse della Comunità, al fine di modificare il contesto in funzione della qualità di vita. Inizia, a questo livello, il cosiddetto Welfare generativo, cioè la scoperta e valorizzazione di tutto il capitale sociale.

La Fragilità non è, dunque, un concetto astratto, ma si concretizza sempre nelle persone, ognuna con la propria storia influenzata dal contesto. La figura del *caregiver* si colloca in questo intreccio di reciprocità e non è un sostituto delle carenze di servizi (come accade oggi a causa delle logiche prestazionali e di delega), ma deve giungere a maturazione come figura riconosciuta e valorizzata della Comunità.

#### **Glossario acronimi**

AUSL= Azienda Unità Sanitaria Locale

ATS= Ambiti Territoriali Sociali

CdC= Casa della Comunità

CdS= Casa della Salute

OMS= Organizzazione Mondiale della Sanità

PUA= Punto Unico di Accesso

**Bibliografia**

1. Graffigna G, Barello S. Engagement. Un nuovo modello di partecipazione in sanità. Il Pensiero Scientifico, editor. 2018. 192 p.
2. Spinsanti S. Una diversa fiducia. Il Pensiero Scientifico, editor. 2022. 232 p.
3. Lusardi R, Manghi S. I limiti del sapere tecnico: i saperi sociali nella scena della cura. In: Carocci editore, editor. Cura e Salute. 2013. p. 145–70.
4. Gramsci A. Quaderni dal carcere 1929-1935. Einaudi, editor. 1975.
5. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.
6. WHO. Shangai declaration. 2016.
7. Landra S, Ravazzini M, Prandi F. La salute cerca casa. Manifesto per una comunità protagonista del proprio benessere. DeriveApprodi, editor. 2019. 310 p.
8. Manghi S. Apprendere attraverso l'altro, la sfida dei saperi relazionali. 2007th ed. Animazione sociale, editor. 2005. 111-135 p.
9. Bauman Z. Voglia di comunità. Laterza, editor. 2007.
10. Wilkinson R, Marmot M, WHO. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. 2003.
11. Mortari L. La pratica dell'avere cura. Mondadori B, editor. 2006.
12. Nussbaum M. Coltivare l'umanità. Carrocci editore, editor. 2006.
13. Sen A. Lo sviluppo è la libertà. Mondadori, editor. 2000.
14. Sen A. L'idea di giustizia. Mondadori, editor. 2010.
15. Bianciardi M. Complessità del concetto di contesto. Connessioni, editor. 1998.
16. Capra F. La scienza della vita. Rizzoli, editor. 2002.
17. Morin E. La via per l'avvenire dell'Umanità. Cortina, editor. 2011.
18. Heidegger M. Costruire, abitare e pensare. Ogni uomo è tutti gli uomini, editor. 2017.
19. Ceruti M. Sulla stessa barca. Qiqajon, editor. 2020.
20. Bergoglio JM. Enciclica Laudato sì. S. Paolo, editor. 2015.
21. Lirussi F, Ziglio E. One Health: un approccio e un metodo non più rinviabili. Prima la Comunità [Internet]. 2021 Feb; Available from: <https://www.primalacomunita.it/2021/02/12/one-health-un-approccio-e-un-metodo-non-piu-rinviabili/>
22. Saitto C, Cosentino L. La sanità non è sempre salute. Dalle disuguaglianze nella mortalità tra i municipi di Roma a un'idea diversa di sanità per tutti. Il Pensiero Scientifico, editor. 2022.
23. Pezzana P, Valla D. Rivoluzionare il welfare locale: dieci città ci provano. Vita [Internet]. 2022 Jan; Available from: <http://www.vita.it/it/article/2022/01/04/rivoluzionare-il-welfare-locale-dieci-citta-ci-provano/161489/>
24. Bergoglio JM. Fratelli tutti. La Santa Sede. 2020;
25. Morin E. La fraternità, perchè? Resistere alla crudeltà del mondo. AVE, editor. 2020.
26. Ingrosso M, Manghi S. Laboratorio fraternità. Battei Parma, editor. 2021.
27. Dubois V. Il burocrate e il povero. Amministrare la miseria. Mimesis, editor. 2018.
28. Morin E. L'educazione del futuro: i sette saperi. Cortina, editor. 2001.
29. Morin E. L'identità umana. Cortina, editor. 2002.
30. Magatti M. Cambio di paradigma. Feltrinelli, editor. 2017.
31. Hillman J. Il codice dell'anima. Adelphi, editor. 2000.
32. Bottega del possibile. La bottega del possibile [Internet]. [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://www.bottegedelpossibile.it/>
33. Esposito R. Communitas. Einaudi G, editor. 2006.
34. Nazioni Unite. Agenda 2030 [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://unric>.

- org/it/agenda-2030/
35. Regione Emilia-Romagna. Community Lab [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/innovazione-sociale/cl/>
  36. Bocconi. Community building network a tutela della salute [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://cergas.unibocconi.eu/observatories/community-building-network>
  37. Longo F, Barsanti S. Community building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute. Egea, editor. 2021.
  38. Campedelli M, Lepore V, Tognoni G. Epidemiologia di cittadinanza. Welfare, salute, diritti. Il Pensiero Scientifico, editor. 2010.
  39. Bocchi G, Ceruti M. Lo spazio dei saperi. In: Guerini, editor. Strategie del sapere Verso una psicologia culturale. 2005.
  40. Prandi F, Ravazzini M. Il valore del riconoscimento reciproco: integrazione, alleanze, complessità e sconfinamenti. Rivista Sperimentale di Freniatria. 2017;
  41. American Veterinary Medical Association. One Health: A New Professional Imperative. 2008;
  42. Tagliapietra A. Abitare la casa, abitare la città. Xaos G di Confin. 2001;
  43. Prima la Comunità. La casa della comunità [Internet]. Available from: <https://www.primalacomunita.it/2021/04/27/casa-della-comunita-ecco-il-progetto/>
  44. Tönnies F. Gemeinschaft und Gesellschaft. 1887.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno