

Ritorno in auge¹ della Medicina di Comunità (riveduta e corretta).

Community Medicine revival. Community Medicine (revised and corrected).

*“Molti infatti sono chiamati, ma pochi gli eletti”
Il Vangelo. Matteo 22:14*

A “la Scienza e l’Arte di prevenire le malattie, di prolungare la vita e di promuovere la salute attraverso gli sforzi organizzati della società” sono stati attribuiti molti nomi, variamente associati tra loro: Sanità pubblica, termine onnicomprensivo della multidisciplinarietà della materia, ma anche Igiene, Medicina preventiva, Medicina sociale, Medicina di comunità a seconda del prevalente campo di attività messo in atto.

L’inserimento della dimensione comunitaria nella teoria e nella pratica della Medicina richiede però la definizione di comunità², il coinvolgimento nell’azione di tutela della salute (promozione, conservazione e recupero), la localizzazione territoriale (dove la gente vive e lavora), la disponibilità di risorse finalizzate e così via. Una esigenza quanto mai necessaria specialmente ora che l’ormai “mitico” Recovery Plan – ovvero Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)³ – cita ripetutamente la “Comunità” facendone un elemento di rilievo dell’azione progettuale. Uno degli interventi previsti è infatti la realizzazione entro il 2026 di 1.288 Case della Comunità. Queste sono ideate come strutture sanitarie, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria esprimendo una nuova modalità di presa in carico delle persone e delle comunità per prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute. Ne consegue che la sede della Casa della Comunità deve essere visibile e facilmente accessibile per la comunità di riferimento (struttura di prossimità) perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle più diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie. La soluzione organizzativa raccomandata (in informatica “hub & spoke”) prevede un elemento centrale di una rete per le cure primarie e per i supporti sociali e assistenziali, proponendosi come luogo di offerta, ma contestualmente come luogo di relazione e di attenzione a tutte le dimensioni di vita della persona e della comunità⁴.

Cardine del funzionamento della Casa della Comunità è la Partecipazione della Comunità, portata alla ribalta dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978, che ha inquadrato la comunità come elemento centrale per prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute attraverso gli sforzi organizzati della società. Lo spirito di Alma Ata è stato riproposto nella Carta per la

Promozione della Salute adottata a Ottawa nel 1986 che ha identificato in “dare forza all’azione della comunità” una delle cinque aree d’azione per la promozione della salute e ribadito nel Documento “Health21: La salute per tutti nel XXI secolo” (WHO. Regional Office for Europe 1998), ove «la partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute» veniva inserita tra i tre valori che costituiscono il suo fondamento etico, Si può quindi ritenere per certo che «Le comunità costituiscono un luogo d’eccellenza degli interventi di promozione della salute, sia diffondendo informazioni e conoscenze sull’importanza di uno stile di vita salutare, sia offrendo opportunità per facilitarne l’adozione. “Partecipazione” della comunità, “responsabilizzazione” ed “equità” sono le parole chiave dell’approccio per setting» (Ministero della Salute. Piano nazionale della Prevenzione 2020-2025). In altri termini solo il coinvolgimento della comunità stessa nei processi decisionali riguardanti tutte le attività che si svolgono nella Casa della Comunità – in termini di pianificazione, organizzazione, funzionamento e controllo – può risolvere i problemi sociosanitari che vengono via via identificati. Si tratta di una preziosa indicazione per lo svolgimento dei compiti da affidare ai professionisti di Medicina di Comunità⁵, specialmente se consapevoli che la partecipazione può assumere molte forme solitamente descritte in cinque livelli (dal meno al più impegnativo): informazione, consultazione, processo decisionale congiunto, azione congiunta, supporto agli interessi di una comunità indipendente⁶.

La logica comunitaria – così peculiare della sanità a partire dalla Dichiarazione di Alma Ata – ha investito attualmente tutti i servizi pubblici portando a ri-immaginare un nuovo contratto sociale, dopo quello avanzato da Jean-Jacques Rousseau nel 1762, tra cittadino e stato, tra governanti e governati⁷. La partecipazione/coinvolgimento della comunità riporta quindi in auge la “ignorata” Medicina di Comunità. «In tempi più recenti (1996) è stata introdotta in Italia, come in alcuni altri paesi, la Specializzazione in Medicina di Comunità ed è opportuno ricordare a questo proposito che la famiglia è la comunità base della società, cui si debbono aggiungere le altre comunità – comunità del lavoro, della scuola, del tempo libero, del quartiere, ecc. – cui l’individuo di oggi per lo più appartiene. Queste altre entità risultano pure da rapporti sociali caratterizzati da sentimenti di solidarietà, identificazione, apertura, unione, coesione, amore, cooperazione, integrazione, altruismo e simili, i quali derivano dall’archetipo della famiglia e costituiscono un insieme di entità» (Paccagnella B. Medicina generale versus medicina di famiglia: non sono sinonimi. Dove sta la differenza? Ig. Sanità pubbl. 2006; 62: 91-97)⁸.

Ancora più chiaro è il messaggio lanciato dal recente Evento online organizzato dal CERGAS-Bocconi e dalla Scuola Universitaria Superiore Sant’Anna – “Dalle Case della Salute alle Case della Comunità” – in quanto esprime non solo una differenza semantica ma una vera caratterizzazione delle “Case” che da fondamentalmente sanitarie, come la familiare rete ambulatoriale (ambulatori medicina generale, specialistici e polispecialistici), diventano anche sociali se non proprio “politiche”. Come non rievocare un retaggio ideologico delle ottocentesche “case del popolo” sorte per rispondere ad esigenze di sviluppo (oggi si direbbe di empowerment) della gente che offrivano un complesso di servizi culturali, assistenziali, cooperativi, mutualistici e ricreativi.

Si presenta ora l’agognata occasione, dopo oltre 40 anni, di realizzare la Medicina di Comunità riveduta e corretta⁹ – di tornare alla “originale” missione di creare le condizioni in cui le persone possano vivere una vita sana – in quanto la previsione delle Case della Comunità non rappresenta solo un tentativo “riduttivo” di riformare l’assistenza primaria ma richiede che sia la stessa comunità, con la sua coesione e il suo impegno, a diventare un determinante positivo della salute e della qualità di vita dei suoi membri; la comunità in questo caso diventa parte integrante della Sanità pubblica. «La Casa della Comunità allora non sarà una “struttura” separata, una delle

tante della tecno-burocrazia, sarà invece una infrastruttura sociale, rete di reti presenti nei diversi contesti, strumento fondamentale per valorizzare le potenzialità di ognuno e forse per garantire un futuro sostenibile al sistema di welfare, oggi in affanno non tanto per mancanza di risorse ma per mancanza di idee progettuali e capacità di governo della complessità» (Longo F. in nota 4).

Poiché molteplici professionisti si candidano a svolgere attività nel campo della Medicina di Comunità, si pone urgente la domanda di come si possono creare e sviluppare le capacità (idoneità a svolgere determinate funzioni/attività) e le competenze (legittimazione normativa a svolgerle) per agire su valori, atteggiamenti e comportamenti idonei alla tutela della salute che da individuali diventano comunitari.

Innanzitutto, anche se gli interventi per il perseguimento della salute comunitaria (community health) sono in gran parte sovrapponibili nei metodi e nei programmi a quelli della salute collettiva (population health), si possono riconoscere alcune differenze tanto da proporre la salute comunitaria come un campo scientifico e di prassi distinto all'interno delle attività inerenti la salute collettiva. È sicuramente più facile richiedere l'impegno di una comunità che dell'intera popolazione e più evidenti sono le diversità e i valori interni alla comunità e il modo in cui si prendono le decisioni¹⁰.

Poi, senza entrare nel merito della preparazione professionale come finora effettuata per le varie categorie di operatori – anche se sarebbero molte le innovazioni da introdurre in termini di programmi e modalità di insegnamento¹¹ (e specialmente nella disciplina che qui interessa¹²) – devono essere incoraggiate almeno due funzioni aggiuntive e specifiche: la esperta partecipazione alla costruzione delle comunità (community building) e, ad essa collegata, l'acquisizione di una "posizione di preminenza con funzione di guida" (community leadership) per provocare e guidare i cambiamenti.

La costruzione della comunità è ovviamente propedeutica ad ogni intervento che la riguarda¹³ e concerne una pluralità di attività eterogenee dirette alla creazione o alla valorizzazione di comunità tra gli individui all'interno di una determinata area territoriale o aventi un interesse comune. Anche se per i professionisti sanitari operanti nella sanità pubblica/medicina di comunità è mancata di solito una istruzione specifica e formale di "costruzione delle comunità"¹⁴, il rapporto di lavoro con la comunità ha sempre fatto parte della loro pratica professionale. Ogni attività di promozione della salute e di educazione alla salute non aveva altro scopo che cercare di creare nella comunità e nei suoi membri un livello di conoscenze e persuasione che mantenga o migliori il capitale di salute¹⁵.

Ancora più difficile si dimostra l'acquisizione di una posizione di comando (community leadership) nell'ambito delle comunità in quanto non sono sufficienti il possesso di una laurea sanitaria e le competenze manageriali ormai codificate nella vigente normativa (attestato obbligatorio di formazione manageriale). I professionisti sanitari che assumono qualifiche "dirigenziali" nell'ambito delle organizzazioni sanitarie sono abituati a ottenere ed esercitare un potere decisionale conferito dalle istituzioni e non dalle comunità, confondendo autorità, autorevolezza ed autoritarismo¹⁶. Accanto ad innate qualità personali non suscettibili di insegnamento, solo con un intenso studio per conseguire una vasta cultura di sanità pubblica¹⁷ e una costante riflessione sulla propria esperienza lavorativa si potrà raggiungere quella autorevolezza tanto necessaria allo sviluppo della Medicina di Comunità.

Armando Muzzi – Augusto Panà

¹ Si è preferita l'espressione "tornare in auge", piuttosto che la più banale "rinascita o risveglio", della Medicina di Comunità per sottolineare la favorevole situazione, magari seguendo una moda del momento, della riacquistata importanza o notorietà della disciplina, in quanto il termine "auge" ha il significato di apogeo, cioè di punto di massima altezza di un fenomeno.

² La "Comunità" è un concetto sociologico che diventa sanitario nel momento in cui diviene oggetto di studio (sorveglianza) e interesse (assistenza) sanitario. Infatti col termine Comunità si può indicare o un'unità sociale (un gruppo di individui) che ha in comune norme, religione, valori, costumi o identità, oppure, più informalmente, un luogo dove un gruppo di persone si trova a vivere o lavorare, uno vicino all'altro, interagendo socialmente. Si tratta di un insieme di soggetti che condividono lo stesso ambiente fisico o tecnologico, formando un gruppo riconoscibile, unito da vincoli lavorativi, organizzativi, ludici, economici e interessi comuni. Comunque la comunità è un concetto ampio e fluido in quanto gli individui sono sempre membri di più comunità, con punti di vista e prospettive che possono avere interessi contrastanti e in competizione, potenzialmente mutevoli nel tempo con il cambiamento delle esigenze.

³ Il PNNR malgrado la sua "apparente" concretezza si rivela un documento-manifesto teso a soddisfare la gran parte dei desideri e speranze dei cittadini. L'idea che il PNNR, con le sue cospicue risorse economiche, possa, per magia, risolvere i problemi sociopolitici, socioeconomici e socioambientali è pura utopia senza una programmazione adeguata basata su una visione del futuro ed una ferrea volontà realizzatrice. Per esempio, come affrontare temi quali la sostenibilità economica e ambientale o quella della sanità pubblica senza il contributo determinante dei cittadini e delle aziende che in quei settori economici operano e che saranno chiamati a rimodulare il loro comportamento? Occorre, insomma, un impulso che faccia rinascere il valore del bene comune e risvegli il senso della comunità. La missione 6 "Salute" con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure è tra le più complesse da realizzare per il suo contenuto educativo e comportamentale non acquistabile con solo risorse finanziarie.

⁴ Una delle descrizioni più attuali delle Case di comunità le spiega come: «il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi; il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il loro lavoro interprofessionale e multidisciplinare; il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità; il luogo di integrazione delle risorse informali e formali della comunità che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni; il luogo dove la comunità ricompile il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle antenne e dalle reti sociali» (Longo F. Gli strumenti di supporto manageriali per la gestione del community building. In: "Community building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute" a cura di Longo F, Barsanti S. EGEA ed, Milano 2021 pag. 117-152).

⁵ Storicamente gli interventi e le azioni per promuovere la salute sono stati condotti da professionisti con pochi o assenti contributi da parte delle comunità oggetto degli interventi. Solo recentemente proprio da parte di professionisti, responsabili politici e ricercatori si sta tentando di coinvolgere i membri delle comunità negli interventi di sanità pubblica (O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. BMC Public Health 2015; 15:129).

⁶ Comunque dietro la scelta della forma di coinvolgimento si celano dissidi ideologici e politici in particolare tra coloro che optano per un modello utilitaristico di partecipazione come mezzo per fare progetti più efficaci e connessi alle risorse disponibili (pragmatisti) e coloro che intendono la partecipazione come fine, uno strumento per mettere la comunità in condizione di provvedere a risolvere autonomamente i propri problemi (attivisti) (Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health Policy Plan 2001;16:221-30).

⁷ Cfr. Lent A, Studdert J. The community paradigm. Why public services need radical change and how it can be achieved. New Local ed. March 2021 (www.newlocal.org.uk). New Local – precedentemente New Local Government Network – è un centro studi indipendente e una rete internet con la missione di trasformare i servizi pubblici e svincolare il potere della comunità.

⁸ «La inclusione nel curriculum pre-laurea della disciplina Medicina di Comunità e la recente specializzazione in Medicina di Comunità - suggerita negli anni 1980 da una Direttiva della CEE (Community Medicine), istituita in

Italia nel 1996, attivata nella Università di Padova nel 1997 e poi nelle Università di Modena e di Perugia, - (specializzazione afferente all'area della Medicina Clinica Generale - G.U. del 5/11/2005 n. 258) - risponde alle varie esigenze sopraindicate e ha lo scopo di conferire allo specialista medico le solide basi dottrinali necessarie anche per la idoneità alla eventuale dirigenza della Assistenza Sanitaria Primaria nelle aree distrettuali delle ASL».

⁹ “Riveduta e corretta” rispetto a «la filosofia della Medicina di Comunità (o di Famiglia e Comunità) che vorrebbe che il medico pratico assumesse la responsabilità nell'assistenza totale o globale dell'individuo tenendo conto ed esaminando le relazioni della salute dell'individuo con la comunità della famiglia e con le altre comunità di cui è parte come è stato ricordato sopra (la comunità del lavoro, del tempo libero, del quartiere, del villaggio e così via, perché gli individui nell'era attuale fanno sempre parte di più comunità) coinvolgendo le relative comunità, secondo i casi, e promuovendo l'intervento eventuale di altri settori e servizi nell'ambito di percorsi di assistenza primaria personalizzati» (Paccagnella B. *Medicina generale versus medicina di famiglia: non sono sinonimi. Dove sta la differenza?* Ig. Sanità pubbl. 2006; 62: 91-97).

¹⁰ Viene persino proposta una specifica definizione: «la salute comunitaria deriva da un lavoro collaborativo multisettoriale e multidisciplinare che utilizza conoscenze scientifiche della sanità pubblica, strategie basate sull'evidenza e altri metodi per impegnarsi e lavorare con le comunità, in modo culturalmente appropriato, per ottimizzare la salute e la qualità della vita di tutte le persone che vivono, lavorano o sono in qualche modo attive in una ben definita comunità» (Goodman RA, Bunnell R, Posner SF. *What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health*, *Prev Med.* 2014; 67 (Suppl 1): S58–S61. «Ci sono parole chiave che possono descrivere succintamente ogni concetto. I termini “collaborativo”, “iniziative” e “empowerment” sono fondamentali per la salute comunitaria, in quanto sottolineano l'integrazione di più entità che lavorano insieme. Le parole chiave della salute collettiva, invece, sono solitamente riferite a “risultati”, “gestione” e “responsabilità”, in quanto costituiscono i metodi con cui la salute viene gestita per un gruppo mirato di individui (che non formano comunità)» (Maraccini AM, Galiatsatos P, Harper M, Slonim AD. *Creating Clarity: Distinguishing Between Community and Population Health*. *The American Journal of Accountable Care*, June 2017, Volume 5, Issue 2).

¹¹ Non si può fare a meno di citare il Rapporto della Commissione Frenk (*Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *The Lancet* 2010; 376: 1923–58) e la formazione interprofessionale «un'opportunità di cambiare non solo il modo in cui si pensa ora alla formazione dei futuri professionisti sanitari, quanto un'opportunità per fare un passo indietro e riconsiderare la tradizionale modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria. Ciò di cui si deve parlare non è solo un cambiamento nelle modalità formative, ma un cambiamento nella cultura di fare medicina e assistenza sanitaria» (WHO. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva 2010)

¹² Editoriale. *La formazione dei Professionisti della Prevenzione: tendenze attuali e prospettive*. Ig Sanità Pubbl. 2004; 60: 195-200; Editoriale. *La formazione per un cambiamento della Sanità pubblica*. Ig Sanità Pubbl. 2011; 67: 675-681. In sintesi questi editoriali invitano a modificare in modo continuo i curricula formativi per rispondere adeguatamente ai “micro-macro-mega-trends” che condizionano sia lo status di salute della popolazione e sia le misure che possono tutelare il benessere fisico, mentale e sociale della popolazione (Erwin P, Brownson RC. *Macro Trends and the Future of Public Health Practice*. *Annu. Rev. Public Health* 2017; 38: 393–412).

¹³ «Dalla disamina della letteratura, che ha preso in considerazione diverse correnti riguardanti il coinvolgimento della comunità nei progetti di salute pubblica, i principali filoni ... possono essere riassunti in: partecipazione della comunità (community participation), sviluppo della comunità (community development), responsabilizzazione della comunità (community empowerment), approcci incentrati sulla comunità (community-centred approaches), costruzione della comunità (community building), organizzazione della comunità (community organizing), iniziative basate sulla comunità (community-based initiatives), e coinvolgimento della comunità (community engagement)» (Zazzera A. *Definizione e logiche di community building*. In: “Community building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute” a cura di Longo F, Barsanti S. EGEA ed., Milano 2021 pag. 27-43).

¹⁴ Si tratta di un argomento svolto da tempo soprattutto nell'ambito del mercato del lavoro (comunità lavorative) (Labour Market Learning and Development Unit of Human Resources Development Canada. *The Community Development Handbook: A Tool for Building Community Capacity*. Smith A, Frank F. *The community development facilitator's guide. A tool to support the community development handbook*. Minister of Public Works and Government Services Canada 1999) e che trova spazio anche in campo sanitario (South J, Phillips G. *Evaluating community engagement as part of the public health system*. *J Epidemiol Community Health* 2014; 68: 692–696).

¹⁵ Ad esempio, il Progetto “Città sane” richiede «una vasta mobilitazione della gente desiderosa di modificare la situazione esistente e una interdipendenza nella elaborazione delle politiche nazionali e locali» per cui i professionisti di Sanità pubblica nei riguardi del Progetto “Città sane” devono avere come interlocutori «sempre gruppi di persone (Consigli, Comitati, Rappresentanti vari ecc.) perché espressione delle Comunità» (Editoriale. *Dalle città sane alle comunità sane*. Ig. Sanità Pubbl. 2016; 72: 99-105).

¹⁶ “Approssimativamente” l'Autorità è la qualità posseduta da un'istituzione o da una persona che esercita un potere (per consenso comune, per tradizione, per forza propria, ecc.) cioè che può imporre regole e comportamenti con la forza

non importa se fisica o psicologica. Di norma l'esercizio del potere consente di compiere delle scelte che sono finalizzate al bene comune anche quando i destinatari di quelle scelte non le condividano. L'autorevolezza è il tratto personale frutto dell'esercizio corretto del potere di norma derivante dalla competenza scientifica, dalla capacità tecnica e dall'esperienza professionale per attuare il bene comune. L'autoritarismo è la degenerazione dell'esercizio del potere quando non viene usato per il bene comune ma per interessi di parte o quando si ritiene che le persone non siano capaci di perseguire il bene comune in modo autonomo (paternalismo).

¹⁷ Per un approfondimento cfr. Muzzi A, Panà A. La cultura di Sanità pubblica nei Dipartimenti di Prevenzione. In "I Dipartimenti di Prevenzione. Organizzazione, funzionamento, competenze, criticità e prospettive di evoluzione" a cura di Gianfranco Carnevali. See SC Editrice, Roma 2017 pag. 25-42