

Partecipare «in Sanità» : un'esperienza nel Quartiere Navile a Bologna

Nel 2018 viene inaugurata la «Casa della salute» del Quartiere Navile :

Un territorio di poco meno di 70 mila abitanti, molto esteso ed eterogeneo per quanto riguarda la condizione socio economica degli abitanti.

L'inaugurazione è un evento molto partecipato, da associazioni, cittadini , una vera festa di Comunità.

Ma la «partecipazione» vera allo sviluppo di questo servizio descritto come fortemente innovativo non c'era e non c'era mai stata fino dalla progettazione della Casa (iniziata almeno 10 anni prima) Qui parte l'esperienza del Gruppo di lavoro della Casa della salute del Quartiere Navile

1. Approccio «istituzionale» : l'istituzione del Gruppo di lavoro sulla Casa della salute

- Istituzione Gruppo votata in CDQ, è una sorta di «**commissione speciale**» : un bando aperto ai cittadini regola l'iscrizione (insieme ai Consiglieri designati dai gruppi)
- Compiti : favorire la partecipazione, promuovere la conoscenza delle CDS , elaborare indicatori per la valutazione della rispondenza della CDQ agli obiettivi di salute del territorio
- Dopo 2 anni elabora un **documento conclusivo per il CDQ** con proposte di lavoro molto precise sui temi dell'accoglienza, integrazione, MMG, servizi consultoriali, avanza una proposta di board ...
- Nel post Covid riprende il lavoro su temi come il benessere psicologico e la psicologia di Comunità emersi con forza durante la pandemia

2. Scoperta dei limiti e delle potenzialità del Gruppo

- Non sappiamo niente (o poco) : senza conoscenze non si va da nessuna parte. Inizia un lungo percorso di formazione giocato alla pari tra il gruppo e gli esperti (non solo quelli formali) : si possono superare steccati!
- Siamo stati «fortunati» perché abbiamo trovato una persona (dirigente infermieristico) referente della CDQ che ci ascolta e lavora con noi : ma non c'è un interlocutore con cui negoziare le nostre richieste o condividere i nostri pensieri : **il board!**
- Il gruppo si allarga in modo naturale: le 20 persone iniziali aumentano per il passa parola, inviti, bisogno di sentire altre esperienze fuori dal Navile. **La Comunità del nostro territorio è però ancora molto lontana**

3. Avevamo un piano..

- Durante e dopo l'emergenza Covid il piano del Gruppo era quello di «**uscire dai muri**» della **CDQ** e del Quartiere : progettare incontri nelle Case di Quartiere, ascoltare direttamente i bisogni e le richieste delle persone «ingaggiando» professionisti, stakeholder, TS
- Intanto «studiamo» il quartiere dal punto di vista dei determinanti di salute (la ricerca del CSI) e osserviamo come alcune aree abbiano più bisogno di altre : c'è un tema di **equità** (crisi dei MMG lo dimostra)
- Condividiamo la nascita nel territorio della Pescarola della nostra **prima microarea** : una progettualità da estendere, riproporre proprio come approccio ai temi dell'equità... Facciamo un importante approfondimento sulla Psicologia di comunità: un tassello che manca di cui c'è bisogno

4. 2023: si apre una fase nuova : le Case della Comunità

- Siamo diventati «**Casa della comunità**» in una notte : ma il DM 77 parla di un coinvolgimento della Comunità forte che non c'è..... «è la comunità che interpreta il quadro dei bisogni e costruisce il proprio progetto di Salute». Ci rimettiamo al lavoro.
- La nostra «Casa della comunità» ha i titoli per questo upgrade ed è una buona notizia . Sono stati anni di crisi e di crescita nel pieno del Covid, riflessione interna tra i professionisti sul lavoro di equipe, sull'identità del Servizio, aperture al TS : si sono realizzate più cose di quelle che sappiamo (anche questo è un segnale). C'è un nuovo management che «ci riconosce». Ci sono le condizioni.
- Apre Il Cau : Il Gdl organizza una presentazione pubblica e poi svolgerà la prima ricerca di gradimento con apporto UNIBO

5. Le domande necessarie per avviare la nuova fase

- Perché nonostante il COVID abbia illuminato le disuguaglianze in salute (i determinanti che avevamo studiato..) e reso chiaro quel «nuovo concetto di Salute» che non è solo cura.. **perché il discorso pubblico sulla Sanità non decolla e le scelte sono implicitamente delegate ai vertici tecnici e di governo?**
- Emergono bisogni individuali o di categorie definite, ci si coagula sulla protesta...mancanza di MMG , cessazione di un servizio (CUP, prelievi) che interessano tutti, ma **non emerge un movimento radicato che avanza una proposta complessiva, per esempio sulla sanità territoriale ritenuta essenziale da tutti?**
- D'altra parte anche il nostro obiettivo come GDL di **coinvolgere «la comunità»** si ferma per domandarci quale sia la comunità che ci interessa attivare...e come farlo (mancano gli strumenti e promuovere la partecipazione è un lavoro duro...)

6. Le convinzioni che abbiamo maturato e su cui è necessario lavorare

- **Occorre allestire spazi di conoscenza, trasparenza e verifica «popolare» e periodica sugli obiettivi di salute che si perseguono in un territorio:** dentro alle Case della Comunità, Case di Quartiere, Centri civici. Liberare dalle ombre, dagli eccessivi tecnicismi le decisioni che riguardano la vita di tutti e che vengono assunte quotidianamente.
- **Occorre ridurre la frammentarietà** degli interlocutori/decisori tecnici e politici con cui la «comunità» può interloquire : con quanti professionisti dobbiamo parlare per venire a capo di un tema ? Dove sono i dati che servono per partecipare? Occorre una piattaforma condivisa di conoscenze...

6. Dal percorso svolto emergono alcune indicazioni

- **Occorre mettere a disposizione dei cittadini/e materie concrete su cui si sentano chiamati a co-progettare** da parte delle Istituzioni locali e delle Aziende sanitarie : non ci sono sempre risposte «obbligate» ai bisogni (questo è quello che siamo costretti a credere) e soprattutto la sanità territoriale è terreno di innovazione, sperimentazione integrazione con TS cittadinanza attiva
- E' necessaria una **governance integrata socio-sanitaria** che operi dentro alle Case della salute e nel sistema territoriale dei servizi : il vero salto di qualità delle CdC dovrebbe essere questo..
- **Condizioni favorevoli alla promozione del lavoro di equipe, il dialogo interprofessionale, la rete** : superare gli steccati delle appartenenze, dello «specifico» delle competenze e dei rapporti di forza (di potere) è necessario per costruire **un rapporto di fiducia con la comunità**

2025 : ritorniamo alla necessità di uscire dai muri

Programmiamo incontri in tutte le Case di Quartiere : per fare conoscere la Casa della Comunità e raccogliere domande e bisogni

Arrivare alla Comunità è un lavoro molto faticoso!!

Ritorno al futuro: il GdL nel 2025

Tre incontri 50 persone nei quali delineiamo una Proposta per un governo partecipato della salute al Navile

Nel percorso riemerge con forza l'**esigenza di individuare forme di *governance* partecipata dei processi di costruzione di salute**. La questione di fondo è la natura 'incompiuta' del GdL, tra istituzionalizzazione e partecipazione 'dal basso', sostanzialmente privo di potere di incidere sui meccanismi decisionali in tema di salute, a qualsiasi livello.

Questa consapevolezza ha (ri)messo al centro delle attività il 'come' dare vita a un nuovo piano di governo integrato della salute del territorio. In questa direzione è stata elaborata una proposta, articolata su **due livelli**, strettamente interdipendenti:

1. Costituzione di un **Consiglio per la Salute del Navile** con funzioni di indirizzo strategico;
2. Costituzione del **Board della Casa della Comunità Navile** con funzioni organizzative e gestionali.

Consiglio e Board due strumenti interdipendenti

Ogni discorso sulla partecipazione della comunità pare di difficile realizzazione per l'assenza di un'identità della Casa Comunità stessa nei confronti del territorio, che si sarebbe dovuta esprimere attraverso un'equipe di governo ben definita e una direzione con funzioni di coordinamento e di rappresentanza nei confronti delle istituzioni, che potesse diventare interfaccia nei confronti della comunità. **L'istituzione del Board è dunque premessa fondamentale per ogni discorso sulla partecipazione intorno alla Casa della Comunità.**

D'altro canto, per quanto riguarda **'la comunità'**, serve predisporre **una modalità perché si possano esprimere e costruire le istanze del territorio. Il Consiglio per la Salute** avrebbe dunque questa finalità, esprimendo poi **una sua rappresentanza nell'ambito del Board della Casa della Comunità**, l'organizzazione della quale è un tema che può essere rinviato al Consiglio stesso.

Mentre il «board» è un dispositivo organizzativo la cui istituzione compete all'Azienda USL, Il Consiglio della Salute può nascere per iniziativa del Quartiere che ne norma e sostiene l'attivazione nelle forme più aperte alla partecipazione delle associazioni, gruppi e con una funzione di ascolto delle «antenne» diffuse della comunità.

Il BOARD nel quadro normativo:rifacciamo il punto

- La creazione del **Board della Casa della Comunità** si inserisce in un quadro normativo e di politiche pubbliche che da decenni promuovono la **partecipazione attiva delle comunità** nelle scelte relative alla salute collettiva, in un'ottica di integrazione tra servizi sanitari, sociali e territoriali. Ad oggi sono numerosi i riferimenti normativi e programmatici che fondano e sostengono tale prospettiva.
- Sin dall'istituzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale, con la **Legge 833/1978**, viene sottolineata la necessità di assicurare la partecipazione dei/lle cittadini/e e delle formazioni sociali alle attività del SSN (art. 13), promuovendo strumenti di democrazia partecipativa nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari e sociali.
- Il **Decreto Ministeriale 236/2007** ha promosso l'istituzione delle **Case della Salute** come presidi territoriali integrati in grado di offrire un punto di accesso unitario e continuativo ai servizi sanitari e sociali, fortemente radicato nella comunità locale. La Casa della Salute viene considerata *"luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito"*. Con le DGR 291/2010 e DGR 2128/2016, la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso il percorso di sviluppo delle Case della Salute. Nei documenti istitutivi viene sottolineata l'importanza dell'integrazione orizzontale come *"vero valore aggiunto delle Case della Salute"*. In particolare, per integrazione orizzontale *"si intende la collaborazione, la partecipazione, la condivisione di obiettivi e azioni tra tutti i protagonisti che concorrono alla progettazione e realizzazione delle Case della Salute, nel rispetto delle specifiche competenze di ciascuno: medicina convenzionata, dipartimenti territoriali e ospedalieri delle Aziende Sanitarie, Servizio Sociale Territoriale, la comunità nelle sue diverse forme singole e associate (paziente / caregiver / associazioni di pazienti / Comitati Consultivi Misti, associazioni di cittadini, singoli cittadini, e altro)"*.
- Infine, nell'ambito dell'attuazione del PNRR, è arrivato il **DM 77/2022** che ha segnato il passaggio da Case della Salute a **Casa della Comunità**, definendo queste come il nuovo punto di riferimento per l'assistenza sanitaria e sociale di prossimità. Il decreto promuove esplicitamente la **partecipazione della comunità locale** alla programmazione e valutazione dei servizi. In Emilia-Romagna è la delibera 2221/2022 che attua il DM 77/2022 a livello regionale, definendo gli

Work in progress

Abbiamo un Cantiere aperto, l'asimmetria dei due processi quello che porta al Board e quello che porta al consiglio della salute va affrontato .

Occorre che il percorso rimanga aperto e si vada alla ricerca di soluzioni anche innovative

La questione della partecipazione «in salute» resta il terreno da esplorare: facciamo un passo avanti!