

Assemblea “La città si-cura”

Sala Blu del Centro civico Lame
ore 20.00 del 13 dicembre 2017

Premessa

Il seguente verbale non riporta le singole voci, ma costituisce una sintesi delle posizioni emerse, con qualche integrazione di fatti, separandosi in due parti: il dovere essere di una Casa della salute; le criticità emerse nel caso specifico della Casa della salute del Navile. Si chiude con una proposta temporanea di azioni operative.

Ci si scusa preventivamente se dovessero esservi imprecisioni, fraintendimenti, errori: disponibili a qualsiasi correzione, di forma e di merito.

DOVER ESSERE

Il nostro sistema sanitario sta andando o è già andato in crisi. Nato per una popolazione con pochi anziani, dentro un quadro di solida, italiana solidarietà familiare, e poi di welfare italico, ha visto emergere negli scorsi decenni due problemi grossi, già ampiamente diagnosticati in sede internazionale e poi Turco 2004 (ma allora la cosa era politicamente poco interessante, per cui traslazione ad amiche Toscana, Liguria ed Emilia Romagna, mentre altre regioni han preso altre strade ed altre ancora hanno imboccato precipizi da tempo):

1. **problema economico:** la popolazione anziana è aumentata, ogni nipote ha 4 nonni e così la popolazione adulta e giovane è in difficoltà a pagare uno stato sociale dove le spese sanitarie, scese da 6.7% pil a 6.3%, sono pericolosamente vicine alla soglia di sostenibilità. E il baratro si avvicina proprio quando i bisogni sanitari si sono trasformati nella specie e nei loro costi di risposta;
2. **transizione epidemiologica e sociale:** il nostro sistema è stato pensato soprattutto per i casi acuti o traumatici (es. un giovane, malattia tipo polmonite, esami specialistici, diagnosi e cura, tornare a casa sano), meno per le cronicità, pochissimo per la prevenzione. Il quadro sociale invece ci dice che le cronicità sono del 25/30% della popolazione (non si possono curare: bisogna gestirle per avere una “qualità di vita”: tendono ad assorbire molte risorse); ci dice altresì che la “qualità di vita” non ha più, o ha sempre meno, quel contesto di “welfare familiare” o rete familiare che poteva garantirla con, e qualche volta persino senza - dati i tagli, il contributo diretto o indiretto del welfare (aumento famiglie mononucleari; anziani soli, cronici, disabili e non in grado di seguire una terapia; migranti con poca o nessuna rete); ci dice quindi che la prevenzione diventa assolutamente essenziale per mantenere sostenibili i costi del sistema (es. cattivo stile di vita, ipertensione cronica trascurata, ictus: quando sono arrivato alla fase acuta dell'ictus i costi si sono già innalzati in maniera esponenziale; al tempo stesso non posso spostare tutte le risorse sulle cronicità, che sono da prevenire ed insomma c'è da pensare decenni prima ad una vecchia in buona salute); ci dice infine che è diventato non solo necessario ma urgente affrontare la transizione con un cambio di paradigma del sistema sanitario. Urgente: se io sono un cronico, e ho una crisi alle 8 di sera, possono farmi tutti gli spot che vogliono sull'uso adeguato del Pronto soccorso (vero che bianco e verde sono l'80% degli accessi!), ma ci vado lo stesso intasando il servizio (che mi manda in reparto se è necessario e se è possibile, se c'è posto, oppure mi fa una flebo e mi rimanda a casa con la mia bella cronicità trascurata), perché è un servizio

pensato per gli acuti, vero. Ma io cronico non ho alternative. E anche un medico di famiglia, se gli arrivo con la crisi, mi manda al Pronto Soccorso.

CAMBIO DI PARADIGMA

La “casa della salute” è il luogo del cambio di paradigma: il luogo della prevenzione per evitare le cronicità e il luogo di risposta per una buona qualità di vita.

Per poterlo essere, deve avere le seguenti caratteristiche:

1. una casa della salute deve essere territoriale in modo nuovo: non è un poliambulatorio a cui accedo per diagnosi e cure da tutta la città, non sono i servizi del poliambulatorio con una nuova targa alla porta: la casa della salute deve saper rispondere ai bisogni sanitari e sociali del suo territorio. **Territorio che deve conoscere. Territorio che deve conoscerla;**
2. una casa della salute deve coordinare i servizi in modo nuovo: non è un poliambulatorio: medici, infermieri, assistenti sociali, segretario clinico lavorano in équipe per una “diagnosi” a 360% con valutazione sanitaria e valutazione dei bisogni economici e sociali (es. inutile dare una terapia a chi non è in grado di seguirla a casa: diabetici anziani). Dietro, cioè insieme alla casa della salute, ci deve essere una rete che si attiva;
3. una casa della salute deve avere una accoglienza di tipo nuovo: rendere operativi (reali) la territorialità e i servizi intorno alla persona che entra nella “casa della salute” (magari pensandola lui per primo come un poliambulatorio), ma anche capace di andare a “prendere” chi è nel territorio perché i cronici non arrivano da soli, né la Tbc, che in Bolognina è un tema di preoccupazione, tenderà di sua iniziativa a chiedere un PAI (Progetto assistenziale individuale).

Ne seguono due elementi:

1. **il processo partecipativo da parte degli operatori è essenziale:** per lavorare in modo così nuovo non basta una pur necessaria formazione, ma diventa necessario e imprescindibile una copartecipazione nelle scelte operative, sia a livello progettuale sia negli aggiustamenti successivi: il carattere sperimentale deve essere supportato realmente dalla rete degli operatori. Si tratta di quell'obiettivo del “lavorare bene” (sia nel senso di farlo bene, sia nel senso di stare bene lavorando) che non può passare da scelte di comando verticistiche, e ciò anche al netto di ogni resistenza ai cambiamenti che è insita nell'animo umano o in eventuali interessi corporativi;
2. **il processo partecipativo delle persone del territorio è essenziale.** Anche qui non si tratta solo di informare (educare all'uso idoneo della Casa della salute), perché sia in sede di progettazione sia in sede di una gestione che, in una fase sperimentale che si prevede medio-lunga, sarà soggetta a molteplici adattamenti alla concreta e complessa realtà territoriale, o si è capaci di avviare un reale processo di ascolto e di risposta (indagine dei bisogni) o ci sarà l'effetto di una casa della salute che è un poliambulatorio camuffato e che, al contempo, non può funzionare più a sufficienza come poliambulatorio (ha meno servizi, ma non ha una rete di operatori e una rete sociale di associazioni e cittadini che possano supportarla come Casa della salute). Insomma: non si tratta solo di una raccolta di bisogni (da parte dell'amministrazione) e di una conoscenza dei bisogni che la Casa può soddisfare (da parte degli utenti), **ma anche di una presenza attiva, sussidiaria e progettuale e gestionale (dei cittadini, delle associazioni, del volontariato).**

Senza questi tre caratteristiche e senza questa duplice partecipazione NON SIAMO di fronte a una Casa della salute1.

CRITICITÀ

Nel corso della assemblea sono emerse le seguenti criticità, tutte gravissime:

1. *Bello il mondo dei sogni, ma non è la realtà.* Le Case della salute nel loro dover-essere sono allo stato attuale - a fronte dei tagli conclamanti alla sanità pubblica e al malgoverno delle amministrazioni locali, e alla scelta di politiche neoliberiste - rischiano di essere pura utopia. Nella nostra realtà territoriale rischiano inevitabilmente di essere solo contenitori di ambulatori, per giunta privati e di servizi essenziali per il nostro specifico territorio. Ci si mette pediatra e medico di base ma manca la continuità socio-economico-assistenziale. Gli infermieri, che ora dovrebbero pure ripensare – e ripensare profondamente – la loro vocazione professionale alla assistenza integrata del malato ampliandola ad esempio alla condizione cronica nelle sue premure socioeconomiche (che non è malattia), non sono valorizzati. Chi ha occasione di parlare con operatori e persino con dirigenti si trova di fronte alla più completa confusione. La stessa rete dei medici di base può essere dentro o può essere fuori la Casa. Non si sa neppure quali e dove vanno gli attuali servizi, e in che forma: se in diverse sedi (parti dei vecchi poliambulatori, nuova Casa, altro), come verranno collegati? Il rischio di case come poliambulatori meno efficienti, intasate, con tanta dispersione e spezzettamenti irrazionali, è altissimo. L'impressione generale non può essere altro di una totale deresponsabilizzazione, una vera e propria crisi di ruolo, delle istituzioni che dichiarano, poi fanno $\frac{1}{4}$ del dichiarato se non addirittura il suo contrario.
2. *Nulla di nulla.* In Bolognina nessun cittadino sa nulla di nulla. I più attenti sanno che il Tiarini chiude (anche perché gli edifici sia del Montebello che del Tiarini non sono in ottime condizioni; il secondo è proprio fuori norma). L'informazione ai cittadini dovrebbe partire nel 2018 dopo l'inaugurazione (che a questo punto sarà taglio di nastro un po' fittizio), forse. Il Montebello dovrebbe rimanere in parte, con cosa dentro non si sa. L'edificio della Casa della salute avrebbe dovuto essere più grande. Il rischio di mettere anziani e persone in enormi, insuperabili difficoltà, privandoli dei loro punti di servizio di riferimento, pretendendo che si spostino di chilometri, è altissimo. Difficile peraltro dare informazioni attendibili, quando nessuno sembra averle.
3. *Nascita sotto una cattiva stella speculativa.* La Casa della salute del Navile non è nata bene. A parte il servizio di *Report*, il *project financing* di cui i nostri amministratori vanno troppo spesso fieri, ha visto la Casa della salute ridursi di dimensioni, inserire anni di manutenzione, ha preso insomma le caratteristiche di una speculazione edilizia che, dalle sue finestre, vede quel contesto dell' Ex Mercato Navile che è disastroso. Non c'è da aspettarsi insomma quel surplus di risorse pubbliche che dovrebbero sostenere la sperimentazione (quando si avvia qualcosa di nuovo è ovvio che ci debba essere un rodaggio e che il rodaggio debba avere ad esempio personale in più che poi verrà tarato in seguito).

per il progetto casa salute, insomma, non si è partiti dai bisogni del territorio e dei cittadini, ma tutto è stato oggetto di bando dal progetto alla costruzione alla successiva manutenzione di durata decennale, parte finanziato con risorse ex legge 67/88 parte con capitali privati (specifiche tutte da approfondire) , in modo da sfuggire in tutto o in parte al patto di stabilità.

<https://www.ausl.bologna.it/per-le-imprese/bandi-e-procedure-in-corso/auslbandogara.2014-10-20.9959845567>

<http://comune.bologna.it/quartierenavile/notizie/148:35503/>

gli spazi della nuova casa della salute sono con ogni probabilità comunque inferiori a alle necessità del territorio e dallo stesso progetto definitivo del 2014. Di seguito il link relativo dal quale si possono già evidenziare alcuni già alcuni elementi di criticità

<file:///C:/Users/concetta/Downloads/AR807%20completo%20delle%20pagine%20pari.pdf>

(se non si riesce ad aprirlo si specifica che si tratta dell'allegato del bando denominato progetto vvf ar807 completo);

In ogni caso è evidente che saranno tagliati servizi sotto il solito nome di "efficientamento delle risorse", e che ad oggi, a pochi mesi dall'inaugurazione, per svariati motivi, non c'è di fatto un piano strategico legato agli effettivi bisogni del territorio;

Sarà stato previsto nell'appalto il costo del cambiamento della targa da “poliambulatorio” a “Casa della salute”?

4. *Top-down (non stupefacente)*. Al di là della esperienza partecipativa alla Pescarola (anch'essa tutta sperimentale, bella ma da valutare), pare sia stata effettuata una analisi dei bisogni da parte della amministrazione per Bologna. L'analisi insomma c'è. Ad esempio, si è usato un criterio operativo che sembrerebbe ben costruito: le Case della salute sono tarate per 60.000 abitanti e quindi a Bologna si andranno a sovrapporre ai quartieri e quindi a una struttura dei servizi già territorialmente operativa (forse). E tuttavia: questo modo di procedere, e questa analisi sono top-down: rischiano perciò di calarsi dall'alto, solo *presupponendo* una analisi dei bisogni (reale) e ponendosi come operazione più amministrativo-contabile che progettuale, o peggio come redistribuzione degli stessi servizi con ghigliottina costi, o peggio come redistribuzione di incarichi e magari pure di prebende.
5. *Esiste una cittadinanza attiva?* Se la partecipazione attiva degli operatori è già problematica poiché la nascita delle Case della salute proprio non sembrerebbe esimersi da una imposizione dall'alto che, al più, elargisce una “formazione specifica” (son passati i tempi in cui certe operazioni progettuali venivano concordate, partendo da una coprogettazione con le rappresentanze sindacali e i lavoratori?), la partecipazione attiva della cittadinanza (pur prevista in forma di *Board* proprio nella legislazione regionale) è un terreno assolutamente sconosciuto in cui si avanza – di solito si arranca – al buio e a tentoni, e questo anche quando ci fosse una generosa volontà politica di praticarla davvero e non rettoricamente, propagandisticamente, apparentemente, facendo figurare scelte fatte partecipativamente ma in realtà già prefigurate, vantando “partecipazioni” di grande successo, di grandi numeri, di grandi soddisfazioni. È davvero un peccato esser giunti a un momento storico dove la domanda ormai è: “Ma esiste questa cittadinanza, questa comunità che deve esser coinvolta? Esiste ancora una società? O è da ricostruire? Si può?”. Se sì, è davvero un mondo nuovo (il “welfare di comunità”, tra l'altro). E ogni successo vantato dopo processi partecipativi è, allo stato attuale, o frutto di ingenuità o frutto di ipocrisia. E ogni tendenza a “selezionare” gli interlocutori-cittadini da parte delle istituzioni non è un buon segno: la partecipazione che porti il prevalere sulla equità dei più forti portatori di interesse specifico rischia di essere, al più, politicamente, una forma occulta di “controllo sociale”.

6. *La storia non è magistra vitae*. Bello il *dover essere* delle Case della salute. Si studiava alla facoltà di Medicina negli anni '70. Attualmente, in medicina e non solo, è stata messa ampiamente in discussione ogni “comunità professionale di riferimento”. E i dati quantitativi di prestazione, anche nei loro esiti più assurdi e paradossali, la fanno da padroni (anche in termini “caporaleschi”).
7. *Mille di meno, ma non è questione di m²*. [Mille metri quadri di meno tra Tiarini e Casa Navile]. Ci si prepara a un periodo di transizione, che rischia di essere traumatico. Come primo effetto ci sarà forse una meccanica ridislocazione dei servizi: non è quindi questione di metri quadri ma di quali servizi e di quale rete ci si mette dietro: e sarà una qualche forma ibrida, forse. Come secondo effetto avremo o il bloccarsi di questa forma ibrida di fronte alla incapacità di progettazione o un fallimento epocale o una riuscita. Potrebbe essere sufficiente, in un'ottica politica in senso lato, poter avere un bell'edificio nuovo per tagli nastro e *selfie*, che non scontenti troppo e che non imbocchi più di tanto il cambio del paradigma, percepito come “rischio”. In collegamento, non è da scordare come l'interlocutore privato non si sia ancora troppo comodamente seduto al tavolo, laddove rischia di essere il vero protagonista (la partecipazione, eccola!!!) per tamponare le falle di mancata progettazione e quindi di diventare una *exit-strategy* politica per mantenere servizi, evitare “rivolte”, contare sul fatto che un pagamento parziale non è problema reale per le categorie elettorali di riferimento quanto piuttosto un problema grave per le categorie deboli e un problema morale notevolissimo di equità su cui non c'è però troppo da angustiarsi poiché l'aria tira così e si fa quel che si può. Il perseguimento di un cambio di paradigma presuppone una volontà politica forte, con un forte senso dello stato, e una visione per il futuro dei figli e dei nipoti, tutte cose che latitano.
8. *I tempi e l'occasione*. Il 3 febbraio, giorno di inaugurazione della Casa della salute del Navile, non succede nulla di nulla. Forse – forse – esistono ancora margini di manovra. Tra i possibili, pur fragilmente: a. chiamare i dirigenti e chieder loro lo stato dell'arte (tutti insieme per non aver pletora di risposte contraddittorie); non puntare su “Ridateci il Tiarini! Il Tiarini fuori norma!”, o sulla questione degli spazi ridotti per cui i due poliambulatori si sono ristretti alla piccola Casa: vero ma a contare sono i servizi e l'accoglienza e la rete, mentre gli spazi possono essere polifunzionali, specie se apertura è quella ampia che dovrebbe essere, di 12 ore: e poi Tiarini è, appunto, inabitabile. Ma reclamare il “Board” con il quale poi agire e monitorare e protestare; reclamare il rispetto della legislazione regionale, che molto dice sul dover essere di una Casa della salute (obbligo formazione degli operatori, che non si fa in due giorni; obbligo (?) del Board; eccetera. E su questo occorre una rigorosa preparazione poiché “per avere risposte concrete (a dirigenti e politici), bisogna porre le domande giuste”. Studiare, e tanti punti interrogativi da strutturare bene, insomma.

PROPOSTE OPERATIVE IMMEDIATE

Costituzione di un gruppo di lavoro (Assemblea Casa della Salute) congiunto tra operatori sanitari, associazioni e cittadini che sulla base di un documento condiviso, incontri i diversi livelli istituzionali (dal direttore di distretto al Presidente di quartiere sino all'amministrazione regionale) in tempi brevi e prima della inaugurazione.

Bisognerà nell'immediato fissare un incontro appena successivo alle feste natalizie con una data da concordare via mail (vedi doodle).

Il gruppo di lavoro (Assemblea) nel primo incontro farà inoltre proposte operative per coinvolgere e informare i cittadini (banchetti, volantini, conferenze stampa, ecc ecc)

Da qui all'incontro è necessario che tutti partecipino (a partire anche da emendamenti/aggiunte o osservazioni sul presente resoconto):

1. alla redazione di proposte operative sia preliminari che successive all'incontro.
2. A condividere documenti utili che saranno successivamente messi a disposizione su cartella condivisa.
3. Coinvolgere altri eventuali soggetti e cittadini che siano interessati.

Gruppo Territoriale Coalizione Civica Navile