

La Salute a Bologna e le Case di Comunità

Prima lezione della Scuola di Città - Corso Magistrale della Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna - 12 aprile 2022.

Intervento di Mauro Moruzzi
Presidente del CTS della Scuola Achille Ardigò

Benvenuti al Corso Magistrale 'di Città' della Scuola Achille Ardigò che, per l'anno 2022, conta già ben 290 iscritti.

Dopo questa mia introduzione ai lavori intervengono il professor Filippo Andreatta e il professor Ivo Quaranta.

Questo ciclo della Scuola, e in particolare questa lezione, è dedicato ai temi della salute nella Città Metropolitana in una prospettiva di *Welfare di Comunità*, nello scenario tracciato dal grande investimento PNRR per il superamento dell'emergenza COVID19 e per una nuova sanità e un nuovo welfare nell'era post-Covid.

Uno scenario reso più complesso e difficile dalla guerra, dalla spietata aggressione russa all'Ucraina, dalla necessità di portare solidarietà in tutte le forme necessarie al popolo ucraino che sta difendendo, con un costo umano altissimo, la nostra democrazia e la nostra libertà.

Durante il periodo Covid l'Europa ha cercato di costruire, non senza difficoltà, una risposta comune all'emergenza, e per la prima volta anche un welfare europeo, con un vasto piano economico e di riforme.

Nel 1942 l'Inghilterra, con il rapporto Beveridge, seppe varare, in piena Seconda Guerra Mondiale, le fondamenta del *welfare state* dell'era moderna; così oggi, anche di fronte ai nuovi scenari di guerra, lo sforzo per creare un nuovo welfare europeo deve proseguire in termini di impegno politico, di progettualità, di investimenti.

Ma oggi, a differenza di allora, questa progettualità sociale - e in particolare quella riferita a un rinnovato servizio sanitario - deve nascere con un vero coinvolgimento degli utenti dei servizi, dei cittadini, con una partecipazione diretta delle comunità locali presenti nel territorio ma anche nel mondo virtuale della Rete.

Durante questi due anni di COVID19 abbiamo toccato con mano la fragilità di un sistema sanitario in cui i canali della partecipazione si sono diradati.

Non di rado il servizio è stato una sommatoria di prestazioni occasionali e non un programma di prevenzione, cura e continuità assistenziale.

Certo, si è fatto tanto in questi due anni e lo sforzo di molti medici, operatori e amministratori è stato intenso e spesso generoso. Ma occorre riconquistare la piena fiducia e partecipazione dei cittadini. È di questo che vogliamo parlare.

Inoltre, come ricordava il professor Filippo Andreatta nell'appuntamento della Scuola del settembre scorso, la nuova sanità e il nuovo welfare dovranno essere progettati e co-progettati in una dimensione *olistica*.

Cioè guardando il ciclo ecologico della vita umana, mobilitando un arco vasto di competenze e di scienze umane, dalla scienza medica a quella economica, sociologica, alle scienze ecologiche e alla *data science*.

Siamo quindi contenti che il professor Andreatta, direttore del dipartimento di SPS, sia anche oggi nostro relatore assieme al professor Ivo Quaranta, direttore del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale.

Pertanto, il Programma di Mandato 2021-2026 dell'amministrazione comunale recepisce ampiamente questo approccio culturale ricordandoci che un *welfare di prossimità* per la salute nella Città Metropolitana richiede un coordinamento tra le politiche sanitarie e sociali e quelle abitative, dell'istruzione, della mobilità e dell'urbanistica.

Anche il PNRR parla, usando una diversa espressione, di *Sanità One-Health*, intesa come nuova cultura ecologica del genere umano rispettosa degli animali e dell'ambiente in cui viviamo.

Un approccio culturale condiviso dalla Scuola che porta il nome di Achille Ardigò.

Dal 2017, in cinque anni di ricerche e programmi formativi, la Scuola ha intensamente lavorato sui temi di una riforma del welfare in senso 'olistico' e 'One-Health', cimentandosi in quella che il programma di mandato dell'Amministrazione Comunale chiama "costruzione di modelli innovativi in tema di sanità territoriale e welfare".

La definizione di un'idea di Welfare di Comunità, prima ancora del modello, nasce da questo impegno.

Con l'espressione 'Welfare di Comunità' intendiamo - come è scritto nel 'quaderno giallo' della Scuola - "l'insieme delle azioni, interventi progetti, norme e policy che istituzioni, imprese, società civile organizzata e famiglie realizzano per creare un senso condiviso di benessere e una *Vita Buona*".

La salute riempie in maniera olistica questa *Vita Buona* ma nello stesso tempo richiede altre cose che sono gli ingredienti del *vivere bene*, soprattutto un ambiente sano e culturalmente stimolante.

Sanità ONE-Health e *Welfare di Comunità* sono progetti culturali convergenti di *salute olistica*, ma - attenzione! - possono avere un approccio diverso con la realtà sociale e con la gente.

Il G20 Health Working Group, il Global Health Summit 2021, la Dichiarazione di Roma del G20 e infine il Vertice G7 di Carbis Bay, sempre del 2021, hanno proposto un approccio culturale One Health come risposta alle minacce pandemiche alla salute causate da uno squilibrio nel rapporto uomo-animale-ambiente.

La comunità internazionale si propone così di affrontare tempestivamente quegli aspetti organizzativi, etici, educativi ed epistemici che **riducono l'operatività One Health** a livello nazionale e internazionale

La cultura One Health proposta dal G20 - e richiamata dal PNRR - ricalca quindi, con uno sforzo culturale certo interessantissimo, principalmente i temi di una governance globale.

Ma noi sappiamo quanto sia complesso e difficile trasformare questi indicatori globali in policy nazionali e poi in programmi di salute e sanità coerenti nella dimensione effettuale, regionale e locale della comunità.

Il *Welfare di Comunità* cerca, nel medesimo intento culturale, di compiere un cammino a ritroso: la Scuola vede innanzitutto la **persona, la famiglia, i piccoli gruppi** - di cui tanto ci parlava Achille Ardigò - e la **comunità locale** come irrinunciabili protagonisti di un **cambio di paradigma**. È quel nuovo rapporto tra la 'Torre' - il potere, la governance centrale - e la 'Piazza', la gente, di cui ancora ci parlava Filippo Andreatta nell'appuntamento del settembre scorso.

Approccio One Health

La pandemia Covid ci ha insegnato che i problemi sanitari sono complessi. Per affrontarli correttamente occorre conoscere e analizzare l'insieme dei fattori di rischio e le minacce che incombono nel rapporto uomo-animale-ambiente.

Pertanto le strategie di prevenzione basate sui principi One Health accrescono la consapevolezza che la tutela dell'equilibrio degli ecosistemi e la biodiversità sono azioni prioritarie per ridurre il rischio per la salute.

One Health incoraggia quindi il coordinamento, la collaborazione e la comunicazione tra le scienze sociali e le scienze biomediche, promuovendo al contempo politiche di salute pubblica integrate.

Si tratta di un **cambio di paradigma globale** che deve innanzitutto contrastare il riemergere di minacce globali e pandemiche alla salute umana.

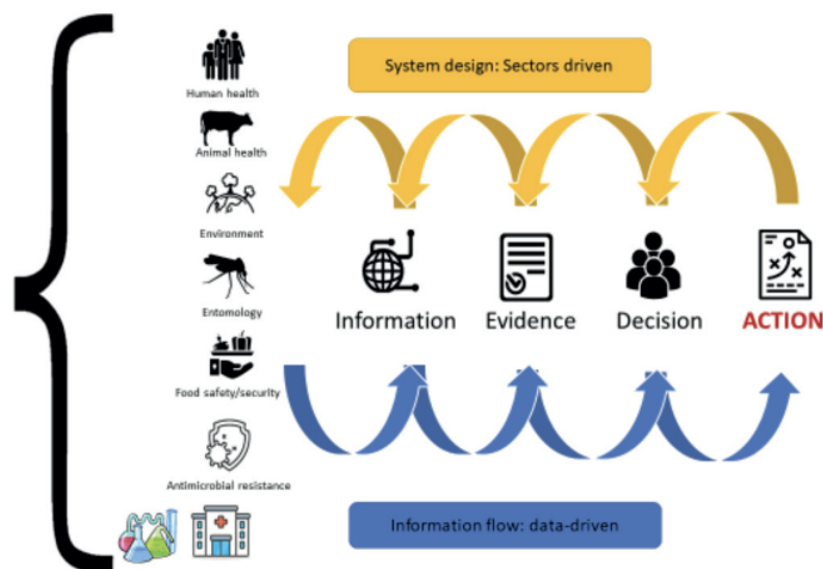
Le informazioni e i dati raccolti, analizzati con un *approccio One Health*, supportano l'elaborazione e l'aggiornamento dei piani di prevenzione e muovono le azioni correlate.

Gli indicatori di rischio includono aspetti relativi a potenziali minacce per la salute ma anche le principali fragilità dei sistemi nazionali.

Ma il **punto di criticità** di questo approccio è la fattibilità di **un'azione top down** che cerca di uniformare la cultura dei sistemi di welfare e di salute partendo da indirizzi, linee guida e indicatori globali, costruiti nelle sedi istituzionali internazionali, per garantire di armonizzare le strategie nazionali.

L'approccio top down affida agli organismi internazionali competenti la formulazione di linee guida e relativi meccanismi di applicazione per una specifica struttura di governance tra i settori e discipline a livello nazionale.

Nella strategia One Health il coinvolgimento della comunità locale e della società civile è in grande parte lasciato ai media, che devono comunicare efficientemente i rischi.



Approccio Welfare di Comunità

L'approccio 'Welfare di Comunità' è invece quello proposto dalla scuola sociologica bolognese che è stata anche importante scuola di sociologia sanitaria. È l'approccio che ancora Ardigò richiama nel 2006, due anni prima di lasciarci, in 'Famiglia, Solidarietà e Nuovo Welfare', da cui proviene un insegnamento che anticipa, integra e completa questa visione olistica della sanità e della salute come espressione di un prodotto sociale e comunitario.

Il *welfare di comunità* è in funzione della *Vita Buona*. È esso stesso *Vita Buona*.

Sono linee teoriche di un lavoro che abbiamo costruito assieme, tra discenti e docenti, in cinque anni di corsi magistrali, di seminari, di laboratori.

Un lavoro fatto dalla Scuola aperto a tante collaborazioni. Quella tra il Comune di Bologna e l'Associazione Achille Ardigò che diede vita al progetto di una Scuola comunale di welfare. Quella tra la stessa Scuola e l'Università di Bologna, innanzitutto con i Dipartimenti SPS, DAR, SG, CRIFSP.

Una collaborazione aperta a cui hanno partecipato ben 191 docenti provenienti dall'Università di Bologna, da altre università italiane e da importanti centri scientifici

L'accordo tra il Comune di Bologna e l'Associazione Achille Ardigò ha permesso alla Scuola di operare per quattro anni rispettando due condizioni irrinunciabili per l'oggettività dello sforzo di ricerca e formazione:

- l'autonomia scientifica della Scuola non piegata a nessuna contingenza;
- l'apertura degli apporti al mondo al vasto della cultura che non deve conoscere alcuna recinzione.

Di questo voglio sinceramente ringraziare i Sindaci Virginio Merola e Matteo Lepore. Ma anche gli Assessori competenti, la direzione generale del Comune e dirigenti comunali.

La Scuola è così diventata un luogo partecipato da cittadini, operatori sociali e studiosi. Nel contempo la Scuola si trasforma:

1. Traendo spunto dall'insegnamento di Achille Ardigò, la Scuola di Welfare di Comunità cessa di essere una 'scuola palatina' e diventa **Scuola Popolare, va nei quartieri**. E il termine 'popolare', come voleva il Maestro, assume nuovo significato nel terzo millennio.
2. Anche **la sociologia diventa 'popolare'** e mezzo di studio dei rapporti sociali e di comunità. C'è stata in Italia una crisi degli studi sociologici che in parte ha origine in questa insufficiente attenzione alle trasformazioni in atto. Un fenomeno già osservato dallo stesso Ardigò negli anni di inizio del nuovo millennio, ma di questo parleremo nella ormai prossima ricorrenza dei 10 anni dell'Associazione Achille Ardigò.
3. **Il digitale deve poter diventare popolare** e non fonte di esclusione sociale. Con i social si fa e si può fare comunità. Con il **FSE, la Telemedicina e nuove competenze digitali** - i grandi investimenti del PNRR - si possono aprire nuove porte di accesso al welfare. Con i Big Data si può dare un'arma formidabile di conoscenza nelle mani delle comunità locali. Perfino il Digital Twin - il gemello digitale - un obiettivo del programma dell'Amministrazione Comunale - diventa prezioso strumento tecnologico per la persona e la comunità.
4. L'attenzione della Scuola è rivolta poi alla **Famiglia e ai Piccoli Gruppi** come cellule di una vita reale delle comunità locali. Il comportamento di queste cellule sociali ci offre una conoscenza vera della vita e dei problemi della comunità e della città. La loro capacità di sopravvivere alla crisi economica e al Covid sono una lezione per chi vuole studiare e amministrare il bene pubblico.
5. L'obiettivo è infine quello di dare sostanza al Welfare di Comunità - e quindi anche all'attuazione del PNRR - seguendo con lo studio, la ricerca, la coprogettazione didattica sperimentale e la formazione nel territorio le azioni importanti dell'Amministrazione e tra queste - come recita il titolo di questa lezione - la **sanità di comunità** e soprattutto la realizzazione delle **Case di Comunità**.

Abbiamo scritto che il Welfare di Comunità deve essere :

1. plurale;
2. co-progettato con i cittadini e co-valutato con indicatori d'impatto condivisi;
3. strumento che valorizza le relazioni tra le persone e le famiglie;
4. mezzo di aiuto ma anche di reciprocità;
5. un modo per costruire assieme servizi personalizzati, 'sartoriali';
6. per far nascere una conoscenza non frammentata con nuove forme di accesso alle informazioni per i cittadini, le famiglie e le comunità. Dove le generazioni si incontrano e non si allontanano nell'approdo al nuovo Medium digitale;

Il progetto culturale del welfare di comunità - che approfondiremo a livello 'micro' in questo anno di attività - e poi anche nel 2023 in una prospettiva metropolitana nei comuni - ci porta alla costituzione di **tavoli-laboratori in tutti i quartieri della città** portando, assieme all'Università e alla **Fondazione Innovazione Urbana**, al **Dipartimento Welfare del Comune**, la ricerca e la formazione nel territorio, a diretto contatto con cittadini, con i ragazzi delle scuole, con gli operatori sociali, con i volontari.

Abbiamo scelto tutti assieme sei temi di lavoro condivisi con i Presidenti dei Quartieri di Bologna:

1. la solitudine degli anziani nel vivere vent'anni di più;
2. il rischio dell'isolamento sociale delle famiglie a basso reddito con figli;
3. la sicurezza percepita nel territorio;
4. il rapporto con le nuove tecnologie digitali e l'utilizzo del FSE;

5. la costruzione delle Case di Comunità;
6. l'accesso e alle pratiche culturali nel territorio.

La Casa di Comunità è al centro della nostra riflessione, per diverse ragioni:

1. Possono diventare - come vorrebbe il PNRR - una **nuova porta di accesso al SSN**. Oggi l'unica vera porta di accesso ai servizi sanitari è rappresentata dal Pronto Soccorso e sempre meno dai Medici di Famiglia. Sono gli stessi MMG che in più occasioni ci hanno allarmato per questa situazione raccontandoci le difficoltà del loro lavoro. Questa nuova *porta* va costruita assieme a loro e agli operatori sanitari.
2. La sanità e la salute dipendono sempre più dalla nostra capacità di **accedere al medium digitale**. Le Case di Comunità dovranno essere anche una porta di accesso a questo mondo. Un punto di incontro tra competenze di generazioni diverse. Come già si sta facendo con le Scuole dove i ragazzi imparano a usare il digitale per i nonni. In particolare per utilizzare tutte le **potenzialità del FSE e della Telemedicina e gestire la propria identità digitale**
3. Le CDC possono essere un punto vero di **presa in carico dell'assistito** dove si 'decodifica' il bisogno di assistenza sanitaria e sociale assieme, dove il medico e l'infermiere di comunità lavorano con l'assistente sociale. Dove il medico non si ritrova solo con il paziente e il paziente solo con il medico. Dove trovi un professionista che ti disegna il percorso di salute o ti prende gli appuntamenti necessari
4. Un punto di incontro della comunità (e di 'de-sanitarizzazione della sanità'). Un punto di incontro per famiglie, piccoli gruppi, gruppi di auto aiuto, associazioni. Dove trovi la biblioteca assieme alla sanità specialistica e a tante iniziative di prevenzione e vita sana.
5. Un luogo di cultura e di informazione sulla salute e la Vita Buona. Dove puoi conoscere i dati di salute. I tuoi dati e quelli della comunità che ti circonda, non come oroscopo per il tuo futuro ma un'informazione per riflettere.

CONCLUSIONI

Permettetemi di chiudere questa mia introduzione con due significative testimonianze sul rapporto tra la salute e il nostro futuro. Una è del sociologo Nicholas Luhmann e l'altra è del cardinale Matteo Zuppi, che già diverse volte è stato testimone alla nostra Scuola.

Riflettendo sul futuro, sullo straordinario utilizzo di dati e tecnologie per predire il *tempo che verrà*, e quindi anche il futuro del nostro corpo e della nostra salute, Nicholas Luhmann notava che il rapporto con il tempo stabilitosi nella modernità è peculiare.

Noi stiamo cercando tecnologie capaci di rendere il futuro agibile nel presente. Il futuro viene così "defuturizzato" diventando l'orizzonte dell'odierno e facendo questo lo rendiamo per definizione irraggiungibile.

Appaiono forme di anticipazione destinate a rendere il futuro sempre più attuale e al tempo stesso inafferrabile, a volte anche nelle politiche pubbliche. Così il riferimento sempre più insistito al futuro va di pari passo con la percezione, largamente avvertita, di un senso di impotenza.

Conclude Luhmann che dobbiamo far uscire la società da questo incantesimo la cui pericolosità si sta palesando di giorno in giorno. E questo può avvenire riappropriandosi veramente dei nostri corpi e delle nostre relazioni.

In una recentissima riflessione, il Cardinale di Bologna Matteo Zuppi cita i fenomeni di isolamento, solitudine, denatalità rimarcando che tutto questo porta a "città sempre più piccole e di vecchi".

"Credo che sia sempre utile il confronto con le statistiche - afferma Zuppi - ma la statistica non è l'oroscopo e questi sono i nostri dati reali, quelli su cui ci confrontiamo; ma per poco perché poi pensiamo *va be', intanto andiamo avanti*".

I dati, invece, avvertono che siamo e saremo sempre di più un'Europa, una regione e quindi delle città di vecchi.

“Forse conviene - dice il Cardinale - capire cosa significano i servizi per i vecchi in una regione dove una famiglia su tre ha ormai un solo componente”.

Zuppi ci ricorda, pensando alla pandemia, che dobbiamo fare tesoro di quello che è successo. Occorre “garantire il più possibile che si possa restare a casa”.

“Poi, a vedere i costi - afferma ancora il Cardinale - è molto meglio l'assistenza domiciliare, basta che sia ben organizzata, perché si risparmia molto di più rispetto alle strutture residenziali che costano un occhio della testa”.

Grazie.