

## **Infrastrutture della cura: saperi, processi istituzionali e partecipazione nella transizione da Casa della salute a Casa della Comunità**

*Barbara Giullari (Università di Bologna), Vando Borghi (Università di Bologna)*

Il paper proposto ha per oggetto il processo di (ri)definizione delle infrastrutture della salute territoriale, in relazione alla complessità del rapporto tra processi organizzativi e istituzionali, forme diverse di conoscenza (tecnica, disciplinare, basate sull'esperienza) e partecipazione dei cittadini. Più nello specifico, il terreno empirico in cui viene condotta l'indagine riguarda la transizione da 'Casa della Salute' a 'Casa della Comunità' di un quartiere bolognese. L'illustrazione degli elementi più rilevanti di un'indagine, tuttora in corso, condotta congiuntamente da ricercatori dell'Università di Bologna e dagli attori locali (operatori, amministratori, cittadini, associazioni, etc.) rappresenta il terreno di esplorazione di potenzialità e problematicità emergenti nella costruzione sociale della 'Casa della Comunità', chiave per la governance della salute (ri)definita come obiettivo complesso, che richiama la necessità di implementazione di logiche di cura in ambito sociale, ma più in generale nella relazione con l'ambiente e con il territorio.

### 1 La cornice tematica.

Nell'ambito della riorganizzazione delle cure primarie (Primary Health Care), le Case della Salute (CdS), introdotte nella prima decade degli anni duemila, rappresentano una nuova modalità organizzativa dei servizi territoriali per rispondere ai bisogni di salute delle persone e delle comunità attraverso la collaborazione e l'integrazione multidisciplinare, con specifico riferimento all'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali (Brambilla, Maciocco 2016). Fin dalla loro ideazione si tratta di creare non esclusivamente luoghi fisici in cui erogare prestazioni specializzate, ma contesti in grado di promuovere la partecipazione della cittadinanza e della società civile organizzata nella progettazione dei servizi stessi e delle priorità (Turco 2007).

La recente emergenza pandemica ha evidenziato l'importanza delle cure primarie e del radicamento territoriale per fare fronte alle situazioni di crisi e l'esigenza di riorganizzare i servizi sociosanitari, a fronte di una diseguale offerta sul territorio nazionale. In questa cornice il PNRR (Piano nazionale per la ripresa e la resilienza) ha indicato nelle 'Case della Comunità' (CdC) (Missione 6) uno snodo cruciale,

finalizzato all'integrazione tra Servizio Sanitario nazionale e welfare comunitario, a sostegno di un assetto istituzionale in linea con un approccio 'One Health' (PNRR 2021). Il successivo DM.77/22 ha posto le basi per la realizzazione operativa delle finalità del piano nazionale in tema di cure primarie, specificando la necessità di valorizzare le strutture preesistenti sui territori, a partire dalle Case della Salute. L'Emilia-Romagna è tra le Regioni che più di altre ha dedicato risorse finanziarie e professionali all'istituzione di questi presidi che a partire dal 2010 (DRG. 291/2010 e successivo DRG 2128/2016) sono diventate realtà in una molteplicità di contesti, in una cornice istituzionale caratterizzata da un significativo orientamento all'integrazione sociosanitaria, a partire dalla pianificazione regionale unitaria (PSSR) e relativi strumenti di governance. Sulla scorta di questa esperienza, nella fase attuale sono molteplici i territori impegnati nel processo di transizione da CdS a CdC., passaggio non privo di tensioni e incognite, in specifico rispetto ad alcune questioni chiave, strettamente intrecciate le une con le altre: l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali; il rapporto con il territorio (nelle sue molteplici espressioni) e la partecipazione degli attori ai processi decisionali e alla progettazione; la capacità di stabilire interconnessioni e interdipendenze, rafforzando le infrastrutture sociali e materiali in ambito sociosanitario; quali i soggetti, le forme e le fonti di conoscenza incorporati nei processi in atto; la relazione tra condizioni di lavoro degli operatori coinvolti e la qualità dei percorsi di cura, alla luce del sottofinanziamento strutturale della spesa sociale e sanitaria a livello macro e relative criticità, non ultimo il rapporto tra attori pubblici e privati.

Alla luce di questa cornice, il contributo proposto ripercorre le fasi salienti del percorso di indagine intrapreso congiuntamente da ricercatori universitari e attori locali a sostegno della promozione della partecipazione della cittadinanza negli spazi pubblici e la costruzione di culture della salute nel Quartiere Navile di Bologna.

## 2. La ricerca sul campo

L'indagine (in corso) ha per oggetto il processo di transizione da 'Casa della Salute' a 'Casa della Comunità' del Quartiere Navile di Bologna, nel contesto del quale sembra configurarsi una ridefinizione delle infrastrutture della cura (Alam, Houston, 2020), alimentata in parte dall'evoluzione istituzionale sopra richiamata, in parte dalle pratiche e dalle categorie interpretative con cui diversi soggetti all'opera in quel territorio contribuiscono a riconfigurare la salute come obiettivo socio-istituzionale. Si tratta di una indagine condotta secondo un "approccio pragmatista" (Hennion, Monnin, 2020), nel corso della quale i ricercatori si inseriscono in un contesto connotato da una significativa complessità sociale e di dotazione di servizi e nel quale dal 2019 è attivo il "Gruppo di Lavoro della Casa della Salute del Navile", nato su

impulso del Consiglio di quartiere (composto da rappresentanti dell'amministrazione, dell'Asl, di cittadini singoli o associati, in modo formale e informale, delle organizzazioni sindacali) con lo scopo di promuovere processi partecipativi a sostegno dello sviluppo della locale Cds. In specifico le attività di indagine si sono focalizzate da un lato sulla ricostruzione del campo della salute (attori e processi) del territorio, in una prospettiva di ricostruzione cronologica delle dinamiche osservate, al fine di coglierne gli elementi distintivi ed esplorare 'da vicino' il processo di implementazione di un dispositivo di policy complesso come la CdS, tra dimensione situata e spinte provenienti dal livello meso e macro di azione e relativi attori; dall'altro, assumendo uno sguardo di prospettiva, l'indagine ha assunto una dimensione progettuale (Lanzara 2005) e, come detto, pragmatista (Hennion, Monnin, 2020), nel tentativo di fare emergere e costruire conoscenze e opportunità d'azione (radicate nelle modalità attraverso cui i cittadini fanno esperienza, su scala quotidiana, delle problematiche della salute) con un valore cognitivo aggiunto per la comunità (e per il suo stesso costituirsi), in una logica di trasformazione dell'esistente, a sostegno dell'azione pubblica, dell'apprendimento e del cambiamento istituzionale per promuovere i diritti sociali e contrastare le diseguaglianze di salute in un'ottica di cura socioecologica.