

Documento conclusivo della prima fase di lavoro del “Gruppo di Lavoro della Casa della Salute del Navile”

Sommario

1. La strada percorsa.....	3
2. Le radici.....	6
2.1. Il Board delle Case della Salute: la comunità come soggetto attivo.....	6
2.2. L'integrazione socio-sanitaria, asse portante della promozione della salute.....	9
3. I rami imprescindibili: focus tematici.....	12
3.1. Verso una nuova consultorialità alla Casa della Salute.....	12
3.2. L'accoglienza che vorremmo alla Casa della Salute Navile.....	13
3.3. Il nodo della relazione dei MMG e PLS con la Casa della Salute.....	19
4. Conclusione.....	22

1. La strada percorsa

Il “Gruppo di Lavoro della Casa della Salute del Navile” (d’ora in poi chiamato “Gruppo di Lavoro”) ha iniziato i suoi lavori a **gennaio 2019**, sulla base della Delibera di Consiglio O.D.G. n. 14 del 12 aprile 2018 che l’ha formalmente costituito, con i seguenti obiettivi:

- censire ed offrire opportunità di **partecipazione** a tutte le realtà del territorio potenzialmente interessate a collaborare alla vita della Casa della Salute;
- predisporre e aggiornare periodicamente un programma di **attività** da realizzare all’interno della Casa della Salute o in collaborazione con questa e con i suoi operatori;
- promuovere la **conoscenza** della Casa della Salute nella comunità e la partecipazione dei cittadini al suo miglioramento;
- sensibilizzare e promuovere un corretto approccio alla sanità in termini di **prevenzione e promozione** della salute;
- raccogliere suggerimenti circa l’individuazione di specifici **indicatori** di rispondenza dei servizi/attività della Casa della salute ai propri obiettivi di salute.

La Delibera di Consiglio O.D.G. n. 14 del 12 aprile 2018 prevedeva per il Gruppo di Lavoro una partecipazione di max. 15 membri tra cui:

- 1 (un) Consigliere di Quartiere in rappresentanza di ciascun gruppo Consigliare;
- il Presidente della Commissione Sport e Welfare di Comunità del Quartiere;
- 1 (un) rappresentante dell’Azienda USL;
- altri componenti in rappresentanza di Associazioni/OOSS/LFA, cittadini singoli e comitati informali.

Dalla sua creazione, il gruppo si è incontrato **11 volte**, con cadenza pressoché mensile. Dopo una prima fase di condivisione degli obiettivi e decisione delle priorità, sono stati organizzati e realizzati tre **incontri di autoformazione**, che hanno trattato rispettivamente le tematiche dell’integrazione socio-sanitaria, della relazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), e della funzione di accoglienza della/nella Casa della Salute. Di tutti gli incontri è stato redatto e condiviso un verbale. La fase attuale vede da un lato la stesura di questo documento, che riassume gli **elementi principali emersi e condivisi dal gruppo che si vogliono portare all’attenzione istituzionale**, dall’altro la prosecuzione delle attività già deliberate compresa la

realizzazione di **incontri pubblici sul territorio del quartiere**. Nella tabella che segue sono riportati gli incontri svolti e le relative tematiche affrontate.

N.	Data	Tematiche affrontate
1	31.01.2019	Primo incontro, costituzione del gruppo, presentazione delle persone partecipanti, apertura a nuove realtà al di là della costituzione formale del tavolo, nello spirito della partecipazione.
2	27.02.2019	Raccolta di contributi su obiettivi e azioni; lavoro a gruppi per obiettivi con condivisione di possibili piste di lavoro.
3	27.03.2019	Restituzione sintesi dei punti trasversali; discussione a gruppi e sviluppo del piano di lavoro su tre assi: A) Incontri di autoformazione; B) Incontri pubblici per promuovere conoscenza della Casa della Salute e partecipazione; C) Incontro tematico su salute e genere (proposta del Collettivo Amalia). Mandato a sottogruppi di lavoro di sviluppare i piani.
4	17.04.2019	Condivisione del lavoro dei sottogruppi. Definizione dei tre incontri di autoformazione. Decisione di partire dopo l'estate con gli incontri sul territorio.
5	22.05.2019	Prima autoformazione: rapporti tra il Servizio Sociale Territoriale (SST) e la Casa della Salute. Partecipano: Milena Braca - Responsabile del Servizio Sociale di Comunità Navile, Stefania Ferro - Responsabile Ufficio Reti e Lavoro di Comunità Navile, Monica Minelli - Direttore attività socio-sanitarie dell'AUSL di Bologna, Fausto Trevisani - Direttore Distretto Città di Bologna, AUSL di Bologna.
6	1.07.2019	Seconda autoformazione: rapporti tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e la Casa della Salute. Partecipano: Maria Luisa De Luca (Direttrice Dipartimento Cure Primarie AUSL Bologna), Concetta Randazzo (Responsabile Casa della Salute Navile), Antonio Luigi Lalli (MMG, medicina di gruppo a Corticella), Francesca Farioli (MMG, medicina di gruppo nella Casa della Salute).
7	18.09.2019	Punto della situazione e organizzazione del terzo incontro di autoformazione (tema: accoglienza), a partire dalle proprie esperienze.
8	16.10.2019	Organizzazione del terzo incontro di autoformazione a tema accoglienza.
9	27.11.2019	Terza autoformazione: la funzione di 'accoglienza' della/nella Casa della Salute. Partecipano: Laura Biagetti (Responsabile Area Servizio Qualità, Accreditamento e Relazione con il Pubblico dell'AUSL di

		Bologna), Bruna Zani (Presidente Istituzione Gian Franco Minguzzi), Ilaria Camplone (Microarea Piazza dei Colori, AUSL Bologna), Sara Branchini (Centro Antartide), Fausto Trevisani (Direttore Distretto di Bologna, AUSL), Marcella Falcieri (responsabile consultori, AUSL Bologna), Milena Braca (Responsabile SST quartiere Navile), Irene Pancaldi (CIDAS), Ilaria Ricciardi (Laboratorio Salute Popolare/Labàs), rappresentante del Cassero (psicologo e psicoterapeuta).
10	18.12.2019	Valutazione del percorso di autoformazione e discussione sui prossimi passi (documento pubblico, incontri nei territori).
11	22.01.2020	Costruzione indice e ipotesi contenuti per il documento pubblico, avvio del processo di scrittura collettiva.

In aggiunta alle convocazioni ufficiali del tavolo, si sono svolti anche i seguenti incontri:

N.	Data	Tematiche affrontate
1	27.05.2019	Presentazione libro "Cure primarie e servizi territoriali", a cura del CSI.
2	19.06.2019	Aggiornamenti su servizi della Casa della Salute, a cura del Direttore del Distretto AUSL Bologna (Fausto Trevisani).
3	10.07.2019	Presentazione mappe di fragilità, a cura del di Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Bologna (Enza Perlangeli).

La partecipazione al Gruppo di Lavoro è stata maggiore all'inizio del percorso, per stabilizzarsi in seguito su una componente significativa ma non completa dei rappresentanti. La natura aperta degli incontri ha condizionato anche una partecipazione per lo più sporadica di persone non formalmente iscritte al Gruppo di Lavoro.

2. Le radici

2.1. Il Board delle Case della Salute: la comunità come soggetto attivo

Sin dal primo atto politico con cui è stato costituito il Gruppo di Lavoro si è individuata la necessità della costituzione di un **Board come strumento necessario per la pianificazione e l'organizzazione** gestionale della Casa della Salute del Navile.

Di fatto, la costituzione del Board non è stato argomento di approccio diretto da parte del Gruppo di Lavoro stesso, che ha piuttosto ritenuto di doversi concentrare (sia nelle sedi di autoformazione che in quelle di verifica dello stato dell'arte del modello organizzativo ad oggi) sui quei nodi focali (accoglienza, connessione con i servizi sociali territoriali e rapporto con i professionisti a partire dai MMG, territorialità e prossimità) che rappresentano il cambiamento radicale all'approccio ai bisogni di salute che dovrebbe essere portato avanti dal modello delle Case della Salute. Un **cambiamento che investe il sistema dei servizi sociali e sanitari ed è al contempo organizzativo, normativo e culturale**; prevedendo che l'insieme della comunità – cittadini, operatori, gestori della sanità, attori politici – sia chiamata a cambiare il proprio approccio alla salute, alle cure ed alla relazione tra cittadini e servizi.

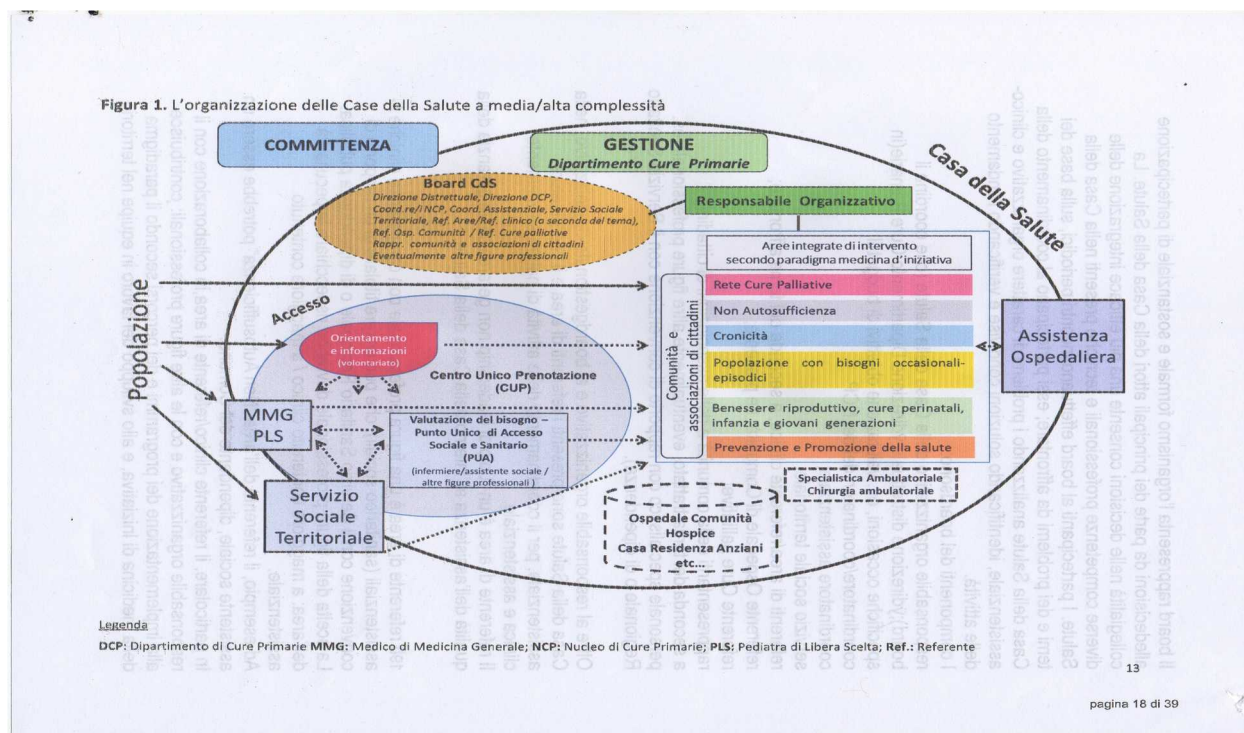


Figura 1- L'organizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità. Fonte: Le Case della Salute in Emilia Romagna, 2018, Regione Emilia-Romagna Servizio Assistenza Territoriale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Assessorato Politiche per la Salute

È in questo senso, cioè nella necessità dell'**attivazione delle risorse di un'intera comunità**, che il tema di una gestione "orizzontale" della Casa della Salute Navile ha affiancato e attraversato tutto il nostro lavoro di questi mesi. Ne consegue direttamente che la Casa della Salute Navile non possa essere governata da un semplice responsabile organizzativo (come oggi avviene nelle 3 case della salute presenti in città ma anche nella maggior parte delle Case della Salute a livello regionale)¹ ma, all'opposto, da un **Board fortemente caratterizzato dalla propensione al lavoro di equipe tra diversi professionisti, così come alla relazione costante con la comunità di riferimento**, e che preveda pertanto una consistente presenza dei cittadini, delle associazioni di cittadini e del terzo settore. Se si vuole parlare di pro-attività della medicina di comunità, di integrazione socio-sanitaria, la vera innovazione sta sicuramente nell'intercettare i bisogni delle persone, ma anche nell'interpretare e saper cogliere la creatività espressa dalle comunità. Far "parlare il territorio" non può limitarsi al monitoraggio sociale né alla generica consultazione; vuol dire investirlo nella co-progettazione.

Riteniamo che, in generale, sia particolarmente urgente la costituzione di un Board per ogni Casa della Salute e in particolare per la Casa della Salute del Navile, se si vuole davvero cominciare a governarle partendo delle specificità e dal coinvolgimento dei territori, così come auspica la normativa regionale. Inoltre, la costituzione di un Board potrebbe probabilmente offrire un piccolo contributo a risolvere l'impasse di un **coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale** – identificato dal Gruppo di Lavoro come uno dei nodi fondamentali su cui lavorare – attraverso la presenza di uno o più coordinatori dei Nuclei Cure Primarie.

Di seguito forniamo qualche esempio di possibile implementazione del Board, tenendo anche conto di alcune indicazioni contenute nella normativa regionale, comprese alcune non

¹ "La DGR 2128/2016 prevede che nella Casa della Salute sia presente un responsabile organizzativo, preferibilmente un coordinatore infermieristico e tecnico con competenze gestionali-organizzative, al quale è affidata anche la responsabilità di coordinare il board gestionale organizzativo. Nella quasi totalità delle Case della Salute, indipendentemente dalla dimensione, è presente un referente organizzativo: nel 59% dei casi è un infermiere, mentre nelle restanti situazioni si tratta prevalentemente di un medico di organizzazione (34%). Meno frequente l'attivazione del board organizzativo: nel 53% delle Case della Salute di complessità medio/alta e nel 40% di quelle a bassa complessità. La composizione del board, nelle realtà nelle quali è presente, è abbastanza simile: il responsabile organizzativo della Casa della Salute è presente nel 100% dei casi, mentre coordinatore di NCP e coordinatore assistenziale sono presenti, rispettivamente, nel 90% e 80% delle strutture. Più limitata la presenza della Direzione di Distretto e del Servizio sociale" ([Le Case della Salute in Emilia Romagna, 2018, Regione Emilia-Romagna Servizio Assistenza Territoriale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Assessorato Politiche per la Salute](#), pag.17)

espressamente riferite alla composizione del Board, e tralasciandone altre sulle quali non si ritiene di avere sufficiente cognizione per valutarne l'efficacia.

Ipotesi di composizione del Board della Casa della Salute Navile

- In rosso i nostri "esempi" rispetto alla tabella esemplificativa della normativa regionale.
1. Responsabile organizzativo della Casa della Salute (che coordina il Board)
 2. Direzione distrettuale
 3. Direzione Dipartimento Cure Primarie (in specifiche occasioni, es. valutazione obiettivi di budget)
 4. Coordinatore/coordinatori del/dei Nuclei Cure Primarie
 5. Coordinatore assistenziale
 6. Servizio sociale territoriale (da implementare con più figure riferite alle competenze territoriali su caregiver, adolescenti, anziani soli)
 7. Un professionista di riferimento del servizio consultoriale
 8. Uno o più mediatori culturali²
 9. Un professionista della Casa della Salute del servizio Igiene mentale
 10. Referenti di area/referente clinico, a seconda del tema affrontato
 11. Referente Ospedale di Comunità, se presente; referente Cure Palliative
 12. Rappresentanti della comunità e delle associazioni di cittadini (crediamo che vadano individuate – con criteri da discutere – anche uno o più elementi del Gruppo di Lavoro costituito in seno alla Commissione di Quartiere)
 13. Uno o più rappresentanti delle istituzioni scolastiche del territorio (Dirigente Scolastico, Presidente del Consiglio di Istituto o loro delegati)
 14. A seconda del tema trattato, eventualmente altre figure professionali (es. personale specialistico con rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza)

² Va sottolineato che si continua a ritenere del tutto insufficiente la presenza attuale di mediatori culturali e del loro impiego orario nella Casa della salute Navile, nonostante questa sia considerata centrale dalla parte relativa alla "Funzione accoglienza e orientamento" della LR 2128/20016: "La programmazione regionale prevede che all'interno delle Case della Salute sia attiva una funzione di accoglienza e orientamento, rispetto alle attività e alle loro modalità di funzionamento, rivolta ai cittadini, ai pazienti e ai caregiver. Si tratta di una funzione in cui gli aspetti relazionali e comunicativi sono determinanti, e in cui le organizzazioni di volontariato possono avere un ruolo di rilievo. Inoltre, in considerazione delle caratteristiche demografiche della popolazione locale può essere opportuno avvalersi della collaborazione di mediatori culturali di varie lingue" (p.18).

2.2. L'integrazione socio-sanitaria, asse portante della promozione della salute

L'integrazione socio-sanitaria è uno degli "assi portanti" della programmazione regionale a partire dalla Legge 328/2000, e ha assunto sempre maggiore importanza negli anni nell'ambito delle programmazioni locali dei **Piani di Zona** (PDZ). Nel corso dell'emergenza causata dal COVID 19 l'utilità delle reti sociosanitarie territoriali si è manifestata con grande evidenza: emerge la necessità di rafforzarle e di innovarle in modo significativo.

Durante gli incontri di autoformazione abbiamo fotografato una situazione di forte **evoluzione normativa** e negli assetti organizzativi dell'integrazione sociosanitaria che si può riassumere in alcuni elementi:

1. Il progressivo "ritiro delle deleghe" delle funzioni sociali affidate alle aziende sanitarie in area minori e handicap da parte dei Comuni (Bologna ha completato il percorso).
2. La riorganizzazione del servizio sociale a Bologna che si articola in un'area centrale e 6 servizi territoriali nei Quartieri, ciascuno dei quali prevede un 'area "di comunità", con anche la funzione sportello, e un'area non autosufficienza.
3. L'istituzione dell'Ufficio Reti con l'obiettivo di favorire la presa in carico comunitaria dei bisogni, il rafforzamento delle reti sociali, la cura della fragilità e il contrasto all'isolamento.
4. È stata inaugurata la Casa della Salute del Navile: uno dei principali elementi di investimento introdotti nella sanità regionale. Le Case della Salute sono delineate come strutture di prossimità orientate alla promozione del benessere e situate tra cura e prevenzione.
5. Si è consolidata la Direzione attività sociosanitarie in ambito aziendale: istituita dal 2004, ha un ruolo di promozione di dispositivi organizzativi socio sanitari e di connessione tra i professionisti delle due aree.

Negli ultimi anni i Piani di Zona sono stati sempre di più occasioni di ascolto e di lettura condivisa dei bisogni della popolazione non solo tra i professionisti dei servizi sociali e sanitari, ma con il terzo settore e la comunità.

“Abbiamo imparato molte cose: che la lettura dei dati del contesto in cui operiamo è molto importante, che dobbiamo acquisire nuove conoscenze direttamente dalle persone, con incontri, questionari... o attraverso rapporti strutturati con le scuole, gli insegnanti e i professionisti sanitari... e che ci dobbiamo preoccupare soprattutto di tutti quanti non si presentano ai nostri servizi: fragili, esclusi, reclusi presso le proprie abitazioni...”

La necessità di un **approccio integrato soprattutto alle nuove tipologie del bisogno è sottolineata in modo unanime**, sia dalla normativa sia nel vissuto e nelle parole dei protagonisti del sistema sociale e sanitario, istituzionale e informale.

Le parole chiave per innovare e promuovere di più l'integrazione che emergono dal nostro percorso sono:

- **leggere “fin dall’inizio” in modo integrato i bisogni sociali e sociosanitari**, per esempio nell’area del disagio psichico o della povertà, materiale o educativa;
- **proattività**: tutto il sistema deve praticare la prossimità e agire in un’ottica di prevenzione e di promozione del benessere complessivo (gli assistenti sociali, i MMG, gli educatori e gli specialisti);
- favorire la **presa in carico condivisa del bisogno** e la corresponsabilità della famiglia e delle reti comunitarie. La presa in carico “specialistica” è molto spesso solo una parte di quello che è necessario per “curare”.

Dove si è riusciti a sperimentare e poi consolidare dispositivi per l’integrazione socio sanitaria i risultati sono significativi. Questo è avvenuto soprattutto in quelle aree molto strutturate e ad alta complessità della non autosufficienza e della tutela minori, dove si sono mobilitate e integrate risorse finanziarie importanti: il fondo regionale della non autosufficienza e l’integrazione socio sanitaria minori, in particolare. In questi contesti si è consolidato il lavoro delle Equipe multi professionali e le Unità di valutazione multidimensionali. Altre esperienze/dispositivi di successo sono il Pronto intervento sociale (PRIS) che connette nell’emergenza diversi punti del sistema, i percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e servizi sociali del territorio, le dimissioni protette degli anziani dall’ospedale verso il domicilio, eccetera.

Sono emersi, dunque, alcuni obiettivi da perseguire:

- **ampliare questi dispositivi organizzativi e di integrazione** e estenderli ad altre “categorie” di bisogni: la povertà, il disagio psichico, l'esclusione sociale, la fragilità;
- rendere “pervasivo” l'approccio e la risposta integrata ai bisogni **andando oltre i dispositivi formali e organizzativi ed agendo sulla condivisione di linguaggi e delle conoscenze** tra gli operatori del sociale e della sanità;
- avviare **sperimentazioni anche locali di miglioramento dei percorsi di ascolto e di accoglienza** (vedi presenza di operatori di orientamento nelle sale d'attesa) e promuovere **esperienze di prossimità** (servizi che si dislocano in luoghi informali, per esempio nelle Case di quartiere o in sedi di associazioni e viceversa soggetti del terzo settore che si integrano e operano dentro ai servizi formali, per esempio proprio nelle Case della Salute).

Esistono alcuni spunti per l'innovazione che possono impattare positivamente sull'integrazione tra sociale e sanitario, nel nostro percorso in particolare si è parlato di:

- **budget di salute**: metodologia di “investimento” sulla persona, che si sta sperimentando nell'area della salute mentale attraverso la costruzione di progetti individuali che integrano risorse economiche e prevedono una forte alleanza tra servizi, famiglie, reti comunitarie;
- **RiskER**: programmare i servizi di cura attraverso la valutazione di diversi fattori epidemiologici, sociali demografici; essenziale per la promozione della **medicina d'iniziativa**.
- **rapporto diretto tra MMG e SST** (i medici che “prescrivono” attività di socializzazione);
- le esperienze delle “**Microaree**” (come quella in sperimentazione a P.za dei Colori);
- la formazione e l'integrazione nei servizi di **cittadini competenti, network manager, antenne**, eccetera.

Candidiamo la nostra Casa della Salute a essere sede di sperimentazione di alcune di queste innovazioni, ripartendo dalla metodologia del progetto CASALAB che è stato realizzato e ha dato il via a numerose attività innovative già nel corso del 2019.

3. I rami imprescindibili: focus tematici

3.1. Verso una nuova consultorialità alla Casa della Salute

Il Gruppo di Lavoro ha per molti mesi affrontato i temi legati alla Casa della Salute al fine di realizzare gli obiettivi su cui si legittima, ma in principal modo si è riflettuto sull'**adeguamento culturale per corrispondere ai nuovi bisogni** di prevenzione e di cura della comunità. In questo percorso si sono evidenziate le **carenze dei servizi di consultorio e dell'area dedicata ai giovani, alle nuove famiglie, al benessere sessuale e al disagio della diversità**.

In particolare l'associazione Amalia, che ha partecipato ai lavori costantemente, ha sempre cercato di aggredire le criticità in questione tramite **laboratori e creazione di hotspot di incontro tra operatori e cittadini**, pratica questa che si ispira alla medicina di genere e alla medicina narrativa. Questa pratica ha marcato, in realtà, la distanza tra bisogni individuali e struttura universalistica della sanità, al momento caratterizzata più dalla standardizzazione della prestazione offerte che dalla individualizzazione delle risposte.

Proprio in questa fase ci ha colto la pandemia, che ha esteso il concetto di fragilità, ha illuminato quello di disuguaglianza e, infine, di inadeguatezza della medicina territoriale. Ne è un esempio evidente la discussione capziosa sulla definizione di congiunti nel periodo di post lock down, in cui si consentiva solo a chi aveva relazioni "parentali" di incontrarsi. Come si vede, i temi cardine dei consultori (donne, famiglie, giovani e sessualità) incidono nella quotidianità sanitaria più di quanto pensato nel territorio, perché il compito della cura ha a che fare con la vita e la morte, insomma con le relazioni che queste comportano di cui le donne sono esperte.

Il metodo dell'incontro fra cittadini ed operatori sui temi della medicina di genere, sul genere, sui giovani e sulle famiglie resta un dono offerto alla sperimentazione di notevole valenza. Questo metodo può essere usato anche per l'aggiornamento delle comunità di professionisti e di cittadini in merito alla medicina di genere e della medicina narrativa. Abbiamo ritenuto che si potesse agire per fare della Casa della Salute del Navile un luogo di **esperienze pilota**, che potessero mettere al centro il benessere della comunità. Insomma una Casa della Salute capace di essere essa stessa **ascolto, accoglienza, sperimentazione e luogo dell'uguaglianza**.

Per ottenere questo non si può prescindere da un **approccio di genere alla salute**, così come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che promuove la medicina di genere

come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socioeconomiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona **Abbiamo pensato ad un luogo dell'uguaglianza, che tenga conto delle differenze.** Infatti, il rapporto tra uguaglianza e differenza non è di opposizione, poiché l'eguaglianza si oppone alle diseguaglianze e non alle differenze. Abbiamo preso in considerazione le tante differenze pensando alle persone che vivono in contesti reali, immerse in una rete di relazioni nella consapevolezza delle differenze di genere, di cultura, di nazionalità che caratterizzano il territorio in cui viviamo, e quindi la funzione consultoriale in sanità. Ovviamente, così come suggerito dalla medicina di genere, non si intende che essa sia la medicina delle donne, ma significa **contestualizzare la cura prendendo in considerazione le diseguaglianze strutturali che hanno un impatto sulla salute** come, appunto, il genere, i generi, le generazioni.

La cultura delle donne, le prime a giungere alla constatazione che nell'ambito sanitario non si riconoscessero le peculiarità del corpo e della vita delle donne, ha portato a spostare l'ottica dalla presa in carico emergenziale in favore di quella di una cittadinanza che si prende in carico se stessa, compreso i desideri e i sogni, senza immaginare i quali appare persino difficoltosa, nonostante la mole dei dati raccolti giudiziosamente in quartiere, la famosa mappatura dei bisogni di comunità.

3.2. L'accoglienza che vorremmo alla Casa della Salute Navile

Le Case della Salute nascono come terreno di sperimentazione di un modello diverso di cura, una cura che sia in primo luogo accogliente. Per questo, come Gruppo di Lavoro abbiamo condotto un'importante **riflessione collettiva sul tema dell'accoglienza: fondamentale indicatore di qualità dei servizi, ma anche concetto portatore di vari e vasti significati,** nonché di notevoli sfide quando tradotto in pratica. Consapevoli di questo, nel corso di diversi momenti di confronto che hanno spaziato da esercizi di autoriflessività su cosa costituissero per noi accoglienza (vedi tabella sotto), a un'auto-formazione sulle teorie e pratiche dell'accoglienza³, a incontri di approfondimento e sintesi, abbiamo mappato le possibili

³ L'incontro ha previsto le presentazioni introduttive di Laura Biagetti (responsabile servizio qualità e accreditamento AUSL Bologna) sull'accoglienza nel quadro delle procedure di promozione della qualità dei servizi e di Bruna Zani (presidente Istituzione Gian Franco Minguzzi) sulle teorie della psicologia di comunità con riferimento al concetto dell'accoglienza, e il confronto con alcune innovazioni pratiche nel campo dell'accoglienza fra cui la sperimentazione di un servizio socio-sanitario di prossimità a Piazza dei

connotazioni della parola e identificato i principi generali dell'accoglienza che vorremmo nella Casa della Salute Navile:

1. L'accoglienza richiama l'**equità**, il dare ciò che è giusto che ognuno abbia in base al bisogno. Per questo, l'accoglienza della Casa della Salute deve essere pensata e costruita a partire dai bisogni delle diverse fasce di popolazione, e in modo particolare da quelli delle popolazioni più vulnerabili.
2. L'accoglienza comprende il "**dare accesso**": ai servizi di prevenzione, promozione della salute e cura, così come alla stessa struttura per chi ha disabilità fisiche, linguistiche, sensoriali.
3. L'accoglienza deve essere pensata come **elemento integrante di tutto il percorso di cura**, dal momento del primo incontro e per l'intera durata della presa in carico della persona.
4. Una buona accoglienza è centrale per espletare le funzioni dell'**orientamento** (nello spazio fisico della Casa della Salute così come tra i diversi servizi coinvolti nel percorso di cura); della **lettura del bisogno**; della **capacitazione** della persona (così che possa scegliere consapevolmente il proprio percorso e contemporaneamente sentirsi accompagnata nel farlo).
5. Elementi fondamentali per permettere queste funzioni dell'accoglienza sono:
 - la presenza di **personale dedicato**, che eviti la sensazione di spaesamento nello spazio della Casa della Salute;
 - l'**accessibilità linguistica**, per persone per le quali l'italiano non è lingua madre;
 - il **linguaggio** usato dai/le professionisti/e della cura, che deve essere accessibile e non tecnico;
 - la **capacità di ascolto, empatia e rispetto** per la prospettiva portata dalla persona, compreso per elementi culturali lontani da quelli dell'operatrice/operatore;
 - il **tempo**, sia in termini quantitativi che qualitativi (la presenza relazionale, il non parlare d'altro durante le interazioni con l'utenza, la comunicazione dei motivi dei ritardi...);
 - lo **spazio**, che deve essere accogliente sia in termini fisici (arredi caldi, puliti, chiaramente organizzati e non chiusi/percepiti come inaccessibili etc.), che psichici e

Colori (Dott.ssa Ilaria Camplone), i percorsi partecipativi attivati in altre Case della Salute e consultori familiari di Bologna (Dott. Fausto Trevisani, Dott.ssa Sara Branchini e Dott.ssa Marcella Falcieri), l'esperienza degli operatori di Sala SST Bologna gestito da CIDAS (Ilaria Pancaldi), del Laboratorio di Salute Popolare (Ilaria Riccardi) e dello sportello psicologico del Cassero (Alessandro Loforte).

sociali (in quanto facilita la prossimità con operatori/rici e con le altre persone, al tempo stesso in cui garantisce la privacy).

Sulla base di questi principi generali e delle valutazioni condivise dal gruppo di lavoro rispetto alle aree di possibile miglioramento dell'accoglienza nella Casa della Salute Navile, consideriamo prioritari i seguenti assi d'azione:

1. **Emergenza dei bisogni e delle percezioni dell'utenza.** Si riscontra la necessità di approfondire la comprensione della percezione della popolazione, e soprattutto di fasce di popolazione più vulnerabili, relativamente ai servizi e a cosa li rende più o meno accoglienti. È particolarmente necessaria e urgente una riflessione sull'accoglienza delle persone migranti, per le quali sono emerse varie criticità trasversali a diversi servizi (per esempio, le barriere di accesso per migranti con difficoltà economiche o per donne migranti che hanno la necessità di essere accompagnate da un familiare uomo), così come alcune criticità specifiche per la Casa della Salute Navile (per esempio, l'assenza o inadeguatezza di una segnaletica e di materiale informativo in lingue che non siano l'italiano). Questa riflessione dovrebbe anche vertere a valutare ed eventualmente incrementare la fruibilità di alcune iniziative della Casa della Salute Navile, come il servizio di informazioni su servizi sanitari per migranti attualmente svolto da operatori/rici presenti all'ingresso.
2. **Organizzazione e formazione adeguate all'accoglienza.** È stato rilevato come, al momento, non esista nella Casa della Salute Navile una "centralizzazione" della funzione di accoglienza, ma piuttosto una molteplicità di approcci dato che "ognuno la organizza da sé all'interno del suo percorso". Un ragionamento di sistema sull'accoglienza nella Casa della Salute Navile nella sua interezza è particolarmente urgente. È stata inoltre sottolineata l'importanza di una formazione adeguata del personale socio-sanitario con riferimento all'accoglienza, e in particolare di una formazione che induca all'autoriflessività (riconoscimento dei propri pregiudizi, relativizzazione dei propri assunti etc.) e che promuova la capacità di ascolto di e relazione con l'utenza (ascolto attivo, autoconsapevolezza emotiva, risoluzione creativa dei conflitti). Se la formazione deve riguardare diffusamente il personale, è altresì necessaria una scelta ragionata sul ruolo, il profilo e la formazione specifica del personale dedicato a questa funzione, nella consapevolezza che "la formazione è essenziale ma non basta, non tutti sono capaci di essere accoglienti, quindi la scelta di chi fa accoglienza non è scontata".

3. **Promozione dell'integrazione dei servizi e della creazione di reti.** La grande innovazione della Casa della Salute è quella di fornire un luogo dove si concentrano servizi e al tempo stesso un servizio che promuova l'integrazione con ciò che sta fuori da sé. Far sentire accolta la popolazione significa anche non dovere mai dire "non è di mia competenza". In questo senso, l'accoglienza dovrebbe riflettere (oltre che contribuire a costruire) la messa in rete e l'integrazione tra i diversi servizi coinvolti nel percorso di cura della persona, nonché l'esistenza di reti con le altre risorse presenti sul territorio (per esempio corsi o iniziative di realtà del terzo settore) - un aspetto riportato come centrale da diverse esperienze virtuose con cui ci siamo confrontati, come ad esempio la sperimentazione di un servizio socio-sanitario di prossimità a Piazza dei Colori.
4. **L'accoglienza fuori dalla Casa della Salute: diffusione dell'accoglienza e ricettività.** Il gruppo di lavoro considera fondamentale l'aspetto di servizio diffuso previsto dalla delibera regionale, un aspetto che considera ancora troppo poco sviluppato: la Casa della Salute deve uscire dai suoi muri e raggiungere la popolazione sul territorio, nei suoi spazi di vita, con un'azione di proattività. Questo principio generale è centrale anche per quanto riguarda l'accoglienza, che deve fuoriuscire dalla Casa della Salute, sia in riferimento alla sua funzione di lettura/intercettazione di bisogni non ancora rilevati dai servizi, sia in funzione di promozione della partecipazione attiva della popolazione ai percorsi di promozione della salute e strutturazione di servizi appropriati. Questo è particolarmente rilevante per quanto riguarda persone in condizioni di vulnerabilità/marginalizzazione, per le quali la funzione di accoglienza è centrale anche in ottica di riduzione delle disuguaglianze di accesso ed esito. A questo scopo è fondamentale fortificare la rete con l'associazionismo, che spesso intercetta tali bisogni prima o meglio del servizio pubblico, frequentemente identificato con barriere legali, burocratiche o con una realtà istituzionale della quale diffidare. È pertanto necessario creare spazi di confronto con le realtà del terzo settore attive sul territorio, in merito ai bisogni delle popolazioni più vulnerabili/marginalizzate e alle modalità più appropriate di accoglienza di queste fasce di popolazione, nonché stimolare proattivamente e mostrarsi ricettivi rispetto alle proposte delle associazioni e della popolazione generale.
5. **Sperimentazione e diffusione di una cultura dell'accoglienza.** La nostra visione è che la Casa della Salute Navile possa costituire uno spazio di sperimentazione di "linee guida dell'accoglienza" e di promozione di un'accoglienza di qualità tra i servizi e le realtà con le quali è o sarà in rete, per poi "contaminare" con queste buone pratiche l'intero sistema dei servizi. A questo scopo, riteniamo fondamentale che la Casa della

Salute continui a stimolare confronti con altre esperienze e pratiche di accoglienza nei servizi e sul territorio sulla scorta dell'auto-formazione organizzata dal gruppo di lavoro, coinvolgendo realtà istituzionali e non istituzionali e aprendosi a un pubblico più ampio (operatori socio-sanitari, popolazione...) per una diffusione di una cultura dell'accoglienza. Al tempo stesso, riteniamo che tale lavoro di sperimentazione debba poggiare in primis su una pratica di autoriflessività pertanto riconosciamo l'importanza di lavorare per rendere anche il gruppo di lavoro - in sé una sperimentazione resa possibile dalla spinta dei cittadini per l'apertura di spazi partecipati all'interno di un'istituzione - uno spazio maggiormente accogliente e partecipati.

A partire da sé: “Quando ti senti accolta/o nella Casa della Salute, o in un posto di salute?”

Relazione

- quando mi sento capita perché c'è qualcuno che parla la mia lingua o una lingua che conosco
- quando ho tempo di spiegare perché sono lì
- quando mi sento ascoltata (rapporto di empatia)
- quando trovo una figura di riferimento che sa e chiede di me e di come sto, anche al di là della mia malattia
- quando mi sento riconosciuta, inquadrata in una conoscenza che il medico ha di me

Presa in carico

- quando ho la percezione che chi incontro non faccia da filtro per evitare seccature ad altri
- quando non devo rispiegare ogni volta i miei problemi (cosa che causa frustrazione e grande fatica emotiva, soprattutto in caso di patologie gravi)
- quando ho un rapporto con il MMG in cui ci può essere uno scambio di idee e che favorisce e facilita percorsi unificati
- quando non mi sento un numero e l'incontro con chi cura è un dialogo tra persone con competenze diverse
- quando mi fanno sentire consapevole di quello che farò o non farò (io decido)
- quando mi danno un feedback subito dopo l'esame
- quando chi risponde al telefono si fa carico del problema (es. si prende il numero per richiamarti); non mi sento accolta quando chiami un ambulatorio e ti dicono “qui non lo facciamo più” (anche se ti rimandano a un altro servizio, la sensazione è quella di un respingimento, particolarmente difficile da accettare in caso di situazioni di vulnerabilità)

Luoghi

- quando il luogo favorisce gli scambi tra pazienti
- quando trovo luoghi in cui mi oriento, e/o trovo qualcuno a cui chiedere informazioni
- quando non trovo porte chiuse, nessuno a cui chiedere, e resto con il dubbio: dovrò/potrò bussare?
- quando sono accolta in uno spazio intimo, non caotico

Modalità di lavoro

- quando le persone lavorano in equipe
- quando gli orari sono rispettati; non mi sento accolto se vedo uscire dall'ambulatorio persone molto in ritardo con i tempi, il personale entra ed esce e nessuno spiega i motivi e l'entità del ritardo
- non mi sento accolto quando il personale parla di altro
- non mi sento accolto quando sono in lista d'attesa e nessuno mi sa dare un'idea dei tempi (come finire in un buco nero)
- non mi sento accolto quando non posso parlare con nessuno del servizio (es. ufficio protesi: bisogna lasciare i documenti in portineria senza potersi interfacciare con nessuno)

3.3. Il nodo della relazione dei MMG e PLS con la Casa della Salute

La Legge Regionale 2128/2016 individua nei Medici di Famiglia (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) figure chiave per lo sviluppo della Casa della Salute e all'interno dell'equipe professionale orientata alla medicina del territorio. Tuttavia, ad oggi, **la relazione tra questi professionisti e la Casa della Salute risulta occasionale e limitata** quasi del tutto ai soli operatori i cui ambulatori sono fisicamente presenti nella struttura.

Le cause legate alla carente relazione dei MMG e PLS con la Casa della Salute, quali (solo per citarne le principali): la **relazione contrattuale, una formazione universitaria ancora poco orientata al territorio, e una scarsissima interazione con il piano dell'organizzazione sanitaria**, ci consegnano nodi difficilmente districabili dal solo livello territoriale e, tanto meno, dal nostro Gruppo di Lavoro.

Malgrado ciò, il processo di formazione e autoformazione avviato con il Gruppo di Lavoro della Casa della Salute del Navile può consentire di sviluppare alcune questioni che, oltre a costituire elementi di ulteriore riflessione, hanno l'ambizione di voler innescare, dal basso, un'**interlocuzione con le amministrazioni locali e regionali** affinché si adoperino per uno sviluppo reale della medicina del territorio e verso l'imprescindibilità dell'integrazione socio-sanitaria.

3.3.1. Il ricorso al farmaco come contenimento del disagio sociale

Riportiamo di seguito uno stralcio di intervento di un medico di MMG, nell'ambito dell'incontro di formazione del Gruppo di Lavoro con alcuni Medici di Famiglia presenti nella Casa della salute Navile:

“...Sicuramente ci sono delle situazioni di percezione di difficoltà sociale, perché una volta c'erano più punti di riferimento. Ora c'è una grande richiesta di farmaci per contrastare la loro assenza. Con un collega dicevamo che se il numero di pazienti psichiatrici è rimasto più o meno costante, è il substrato di ansie e sofferenze psichiche che è aumentato esponenzialmente...”

Tralasciando per motivi di spazio la considerazione che l'attualità della crisi pandemica ci consegna un'amplificazione esponenziale del tipo di disagio psicologico e sociale al quale si fa riferimento, questa narrazione da sola contiene una tale molteplicità di aspetti (compreso il tema

dell'implicazione terapeutica della comunicazione e, quindi, il tema dell'accoglienza, altro nodo focale individuato dal Gruppo di Lavoro) da essere esemplare nel fornirci le ragioni di un approccio di **medicina di iniziativa, multidisciplinare e di integrazione socio-sanitaria** quale quello preteso dall'istituzione delle Case della Salute.

Qui ci limiteremo a evidenziare quanto forte emerga da una parte la necessità di una relazione di sistema tra la Casa della Salute e i MMG, e dall'altra la necessità che in quest'ultimi maturi la consapevolezza di dover essere, essi stessi, **protagonisti di quel “cambio di paradigma culturale” richiesto dalla medicina di iniziativa**. “La malattia” è un evento così totale da colpire l'intera persona e da essere, in negativo, l'occhiale attraverso cui la persona volge il proprio sguardo sul mondo. Per questo, necessita di una **relazione di aiuto “completa”** che tenga presente lo stile di vita, le relazioni, i caregiver o la mancanza di questi. Al tempo stesso il confronto sull'appropriatezza della cura farmacologica è questione imprescindibile quando questa rischi di divenire, essa stessa, fattore di rimozione del disagio non solo per il paziente ma anche per chi dovrebbe curarlo.

3.3.2. Analisi epidemiologica del territorio, individuazione dei bisogni

Il Gruppo di Lavoro ha avuto modo in quest'ultimo anno di confrontarsi con diverse realtà locali, nazionali e internazionali (dall'equipe multidisciplinare e di prossimità di Piazza dei Colori del Q.re San Donato alle Microaree di Trieste, dalla Casa della Salute delle Piagge a Firenze, sino al confronto con il modello delle Case della Salute in Brasile), i cui processi e le cui azioni virtuose hanno prodotto esperienze efficaci di medicina territoriale fortemente caratterizzate dal modello della Casa della Salute, così come concepito dalla L.R.2128/2016.

Di ognuna di queste esperienze, estremamente arricchenti per il nostro percorso di formazione, andrebbero analizzati elementi specifici anche in riferimento all'attuale situazione di emergenza sanitaria. In questa sede ci limitiamo a evidenziare che esse abbiano – tutte – come punto unificante **l'aver favorito l'azione proattiva di gruppi di Medici di Famiglia**, che hanno prodotto dapprima un approfondito **studio del territorio ed esame epidemiologico della popolazione di riferimento**, per poi approdare alla scelta del modello organizzativo della Casa della Salute, come quello più rispondente ai bisogni intercettati. Un modello, in tutti casi, basato sul **lavoro multidisciplinare**, dove operatori sanitari e sociali e comunitari concorrono ad affrontare – spesso in modo creativo e sempre in una logica di rete – molteplici problemi: clinici, assistenziali, organizzativi.

Una proposta che affronta la dimensione culturale del welfare di comunità in campo sanitario.

Contestualmente alla nascita dell'EBM, Evidence-Based Medicine, nasceva anche la **medicina narrativa**, una metodologia di intervento clinico assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Indipendentemente dalla possibilità di attuarla totalmente, la medicina narrativa ci insegna l'importanza della narrazione "La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura" ([Conferenza di consenso](#) - Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico assistenziale per le malattie rare e cronico-degenerative, tenutasi nel 2014 nel corso del II Congresso Internazionale: Narrative Medicine and Rare Disease", organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità con il CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare).

Dall'esperienza della medicina narrativa si può trarre che la narrazione in medicina produce uno scambio di narrazioni e una negoziazione di significati che possono essere valorizzati nella co-costruzione narrativa di una storia di cura. La proposta consiste nel costruire **un laboratorio narrativo** per quelle persone che ricorrono al MMG ed al farmaco come silenziatore del disagio e che presentano problematiche legate alla difficile gestione della malattia. Il laboratorio deve essere tenuto da professionisti e da facilitatori che si "fanno carico" dell'ascolto di un gruppo di pazienti che possono trarre vantaggio dall'ascolto e dalle forme **appropriate di comunicazione**. Da questo punto di vista l'associazionismo detiene esperienze e competenze che possono essere sperimentate, magari in forma di convenzione, coinvolgendole sin dalla fase di progettazione. La sperimentazione potrebbe partire proprio dalla Casa della salute coinvolgendo i MMG nella scelta dei partecipanti e nella predisposizione degli strumenti per il monitoraggio dell'esperienza.

4. Conclusione

È innegabile: **la pandemia ci ha spiazzato, ha esteso il concetto di fragilità, ha illuminato quello di disuguaglianza e ha evidenziato l'inadeguatezza delle risorse destinate alla medicina territoriale** (in termini di investimenti economici, formazione del personale, esame dei bisogni della comunità). Nel "dopo COVID" occorre investire ancora di più per un **sistema di cura e di protezione vicino alle persone, che si integra con i servizi sociali e mette in rete tutte le risorse della comunità**; che coniuga la struttura pubblica e universalistica delle prestazioni sanitarie con un bisogno di risposte sempre più diversificato e individualizzato.

La "Casa della salute" nasce proprio come luogo di sperimentazione di un modello diverso di cura: **più accogliente e soprattutto diffuso, destinato cioè ad uscire dai propri muri e a integrarsi con ciò che sta fuori**, con gli altri servizi e con la comunità. Uscire dai muri è decisivo per comprendere i bisogni e i loro cambiamenti: oltre ai dati epidemiologici, sociali e demografici, è "dal basso", ovvero attraverso la ricostruzione delle domande e l'ascolto dei vissuti, che si può dare vita ad un nuovo paradigma della cura.

L'accoglienza non può che essere pensata come elemento integrante di questo nuovo percorso della cura: essa prevede innanzitutto il rispetto e la "capacitazione" della persona che deve possedere gli strumenti per scegliere e insieme sentirsi accompagnata, mai sola, nel proprio cammino.

Sperimentando l'ascolto e l'accoglienza in forme nuove la Casa della salute può essere essa stessa un **luogo dell'uguaglianza che tiene conto delle differenze**. L'approccio di genere alla salute va in questa direzione: esso non propone "la medicina delle donne" bensì di contestualizzare la cura nel quadro delle disuguaglianze che hanno un impatto sulla salute come il genere, i generi, le generazioni.

L'integrazione e la creazione di reti va declinata sia sotto il profilo dell'integrazione professionale in ambito sociale e sociosanitario (ancora molto deficitaria) ma anche come integrazione con la comunità e soprattutto come possibilità di attivare tutte le risorse (famigliari, sociali, educative) in nuovi progetti di cura che vanno oltre la risposta specialistica, farmacologica o assistenziale.

Per promuovere lo sviluppo della mission originaria della Casa della Salute - di cui abbiamo assoluto bisogno - e proprio alla luce di tutto quello che abbiamo imparato dall'emergenza di questi mesi, sono state individuate le seguenti priorità:

1. **L'istituzione di un "Board"** per ogni Casa della Salute, a cominciare dalla nostra del Navile. Il governo strategico delle Case della Salute deve essere assicurato da uno strumento "orizzontale", che garantisce il pieno coinvolgimento e l'integrazione dei professionisti e la presenza di cittadini e associazioni. Il Board collega la Casa della Salute al proprio territorio leggendone i bisogni specifici e promuove la co-progettazione dei servizi con la comunità.
2. **Un investimento specifico sull'accoglienza** attraverso alcuni strumenti, tra i quali:
 - Una **formazione** dedicata per gli operatori (sociali e sanitari) che operano con funzioni di "front" ma non solo, perché ascolto, empatia e tempo di qualità sono dimensioni che riguardano tutto il lavoro di cura e non solo il momento dell'accesso;
 - L'introduzione di **figure specifiche** dedicate all'orientamento nelle sale d'aspetto come è stato sperimentato con successo negli Sportelli sociali;
 - Una **cura degli spazi** di attesa della Casa della Salute del Navile (con arredi, bacheche, piccoli scaffali/ biblioteche per scambi libri eccetera);
 - Miglioramento dell'**accessibilità linguistica** (cartellonistica, opuscoli in diverse lingue) e una presenza maggiore e maggiormente coordinata di mediatori culturali;
 - Realizzazione di un **vademecum sperimentale di "linee guida per l'accesso"** da costruire, ad esempio, con laboratori condivisi tra operatori e utenti da svolgersi dentro la Casa della Salute (utilizzando anche strumenti nuovi, tra i quali il teatro e la medicina narrativa).
3. **Un investimento specifico sull'integrazione professionale sanitaria e sociosanitaria**, con al centro i MMG e i PLS che devono essere protagonisti di quel cambio di paradigma culturale che la Casa della Salute propone, e di quella "medicina di iniziativa" che viene suggerita come fattore decisivo per promuovere un **approccio alla malattia come evento globale, per agire sulla prevenzione, sull'empowerment delle persone, sulla creazione di un contesto "che cura"**. Tra le azioni da mettere in atto:
 - Gruppi di lavoro integrati tra MMG, specialisti, professionisti del sociale per promuovere una **"analisi epidemiologica" condivisa sui bisogni territorio**, anche

- attingendo e lavorando insieme ai propri pazienti e alle realtà aggregative, utilizzando anche in questo caso pratiche laboratoriali come la “medicina narrativa”;
- Sperimentare **protocolli di lavoro e di comunicazione diretti tra MMG e servizi sociali** per favorire la “prescrizione” di attività di socializzazione e sportive come “cura”;
 - Promuovere la **formazione di figure di sistema** (volontari, terzo settore...) in qualità di network manager, di antenne sulla comunità;
 - Promuovere la **formazione dei professionisti della salute e del sociale** sui temi e sui dispositivi più innovativi: il lavoro attraverso il modello “Budget di salute”, la “medicina di genere”, il metodo del RiskER, eccetera.
4. **Il rilancio del servizio del consultorio nella Casa della Salute**, che resta un servizio essenziale per l’adeguamento del sistema sanitario e sociale ai nuovi bisogni di prevenzione e di cura della comunità: non solo nel supporto al momento della gravidanza, ma in tutto l’arco della vita delle persone. È importante che il consultorio **esca dai suoi muri e che vada incontro alle persone là dove si trovano**: nelle scuole, nei centri di aggregazione. È essenziale ridare voce, studiando nuove forme, al punto di vista femminile che propone all’ambito sanitario di riconoscere **la peculiarità del corpo e della vita delle donne**. L’esperienza e la modalità consultoriale può essere considerata una risorsa anche nel campo della medicina scolastica: la Casa della Salute (proprio alla luce della crisi pandemica) potrebbe offrire un supporto e un riferimento anche alle scuole del quartiere. È urgente rispondere a bisogni nuovi e complessi: dai disturbi alimentari al body shaming, alle varie forme di “ritiro sociale” che riguardano i giovani... Quale “rete integrata” quale comunità è davvero in grado oggi di farsene carico?

Le attività fin qui svolte dal Gruppo di Lavoro testimoniano l’importanza di attivare modalità operative aperte al territorio per supportare e alimentare il ruolo delle istituzioni. Il Gruppo continuerà il proprio mandato con un piano di lavoro in attuazione dei punti espressi in questo documento, a partire da una condivisione con il Consiglio di Quartiere tramite un ordine del giorno presentato nella seduta del 9 luglio 2020.