

Progetto

Essere e fare RETE auser

Le Case della Comunità



progetto Essere e fare RETE Auser

Regione Emilia-Romagna



*Progetto “Essere e fare **RETE** Auser”*



Azione 5 – Rapporti con le PP.AA

Le Case della Comunità

Progetto presentato da Auser Emilia Romagna Aps il 29 settembre 2023

Bando per l'erogazione di finanziamenti volti a sostenere progetti di cui all'art. 24, comma 2, lett. c) della L.R. n. 3/2023 presentati da articolazioni regionali delle reti associative: Enti del terzo settore. DGR 1314/2023

COME IMPLEMENTARE LA CO-PROGRAMMAZIONE E IL RAFFRONTO FRA ENTI DEL TERZO SETTORE E AZIENDE USL SUL TEMA CASE DELLA COMUNITÀ?



Progetto “Essere e fare RETE AUSER”
Azione 5 “Rapporti con le Pubbliche Amministrazioni – Case della Comunità”

Anna Salfi - Presidenza Auser Emilia Romagna – Referente del Progetto
“Essere e fare **RETE** Auser”

Un progetto per capire, conoscere e cambiare insieme



Premessa

A seguito della legge regionale n. 3/2023, come modificata con la legge regionale 7/2023, la Regione Emilia-Romagna ha emanato il Bando in oggetto che riconosce e sostiene le articolazioni regionali delle reti associative nazionali nel loro ruolo di snodo regionale rispetto alle corrispondenti realtà territoriali. In coerenza con gli obiettivi del Bando l’Auser Emilia-Romagna, snodo della Rete nazionale Auser ha progettato azioni di sistema e progetti innovativi che tendano a realizzare nella concretezza “Essere e fare RETE”.

In particolare si vogliono affrontare temi diversi attinenti sia ad aspetti di natura organizzativa che ad attività culturali e di promozione sociale con l’obiettivo di dare concretezza all’essere e fare RETE in coerenza con le funzioni indicate nei punti a-b-c-d-e della premessa del bando e pertanto Auser Emilia-Romagna intende impegnarsi nella realizzazione di attività attinenti e riassumibili in tre ambiti di attività:

- **Il Terzo settore:** Analizzare e approfondire l’evoluzione degli Enti di Terzo settore alla luce degli interventi normativi e statutari sia nel quadro regionale che nazionale e della condizione sociale corrente. A distanza di tempo si sente la necessità di confrontarsi

sull'evoluzione del settore dialogando con i referenti regionali e professionali necessari e rafforzare le relazioni con gli altri soggetti associativi e con il Forum del Terzo settore.

- **L'organizzazione della Rete Auser Emilia Romagna:** Come essere e come agire in rete all'interno del perimetro regionale, verso gli altri livelli della Rete nazionale Auser e/o soggetti esterni alla rete Auser. Consolidamento della conoscenza di obblighi legislativi e statutari nonché armonizzazione delle prassi organizzative correnti. Si tratta di conoscere e di conoscersi meglio per individuare più coerentemente i bisogni, le priorità organizzative e di formazione per vecchie e nuove professionalità dedicando una particolare attenzione al rafforzamento dell'identità collettiva dei volontari in relazione ai contenuti del Progetto sociale di Auser che trova particolare riscontro nelle normative regionali. Particolare attenzione verrà posta nell'acquisizione di ulteriore consapevolezza della funzione di autocontrollo, di coordinamento, di indirizzo e controllo dei nodi della rete e della relazione con le Istituzioni locali favorendo e qualificando la pratica della co-programmazione e co-progettazione. Tale percorso, avviato già prima dell'emanazione del bando regionale abbisogna di essere consolidato e implementato.
- **Il Progetto sociale della Rete Auser Emilia Romagna:** come affrontare le emergenze e i bisogni in relazione all'evoluzione demografica regionale perseguendo obiettivi di compatibilità sociale e ambientale attraverso la promozione di attività di interazione e di integrazione sociale. Dal nuovo modo dell'abitare, allo sport, al turismo sociale e culturale di prossimità, all'accoglienza con particolare attenzione alle aree interne. Si intendono rafforzare gli aspetti legati all'interculturalità e all'intergenerazionalità. Un particolare spazio verrà riservato al tema generale della legalità e dei rischi del gioco di azzardo. Avrà continuità di risposte il bisogno di prima alfabetizzazione digitale che rimane una delle questioni che più generano diseguglianze per e verso la popolazione anziana.

Introduzione: il progetto e l'azione

Il bando "Reti DGR 1314_28-07-2023" della Regione Emilia-Romagna si proponeva di sostenere progetti di rilevanza regionale promossi dalle articolazioni territoriali delle reti associative del Terzo Settore, con l'obiettivo di favorire la crescita e il consolidamento dello stesso, attraverso la promozione di progetti innovativi con un impatto significativo sul territorio regionale, con particolare attenzione ai temi dell'inclusione sociale, alle attività di volontariato e dello sviluppo associativo.

Gli obiettivi principali del bando sono:

- **Sostegno alle attività del Terzo Settore** – Promuovere la diffusione di progetti innovativi e di rilevanza regionale in ambiti come inclusione sociale, volontariato e sviluppo associativo.
- **Promozione dell'inclusione sociale** – Finanziare iniziative che favoriscano la partecipazione gratuita di persone in condizioni di difficoltà socioeconomica, in particolare minori, attraverso attività sociali, sportive e culturali.
- **Sviluppo della cittadinanza attiva** – Incentivare azioni di promozione del volontariato, della legalità e della corresponsabilità, con un focus sulle giovani generazioni.
- **Rafforzamento delle reti associative** – Supportare il coordinamento e la condivisione di informazioni, strumenti e prassi tra gli enti affiliati a livello regionale.

- **Innovazione e azioni di sistema** – Favorire la realizzazione di progetti innovativi e azioni di sistema che migliorino il funzionamento delle reti associative.
- **Supporto alle aree interne e montane** – Promuovere interventi di aggregazione associativa in zone svantaggiate, come quelle colpite da calamità naturali.
- **Formazione e sviluppo delle competenze** – Incentivare la qualificazione delle risorse umane nelle organizzazioni del Terzo Settore.
- **Sostenibilità ambientale** – Sensibilizzare la comunità su temi ambientali e promuovere comportamenti sostenibili.

Essere e fare RETE Auser







- Adesioni
 - Avviso pubblico
 - Arci
 - Federconsumatori
 - Anci

SLIDE a cura di **Anisa Seiff** per Auser Emilia Romagna

Essere e fare RETE Auser




- Auser diventa RETE

<ul style="list-style-type: none"> ▪ di associazioni Auser ▪ di associazioni affiliate ▪ di persone e competenze 	<p>La decisione congressuale</p> <p>Le modificazioni statutarie</p> <p>La realizzazione della RETE</p>
---	--

SLIDE a cura di **Anisa Seiff** per Auser Emilia Romagna

Essere e fare RETE Auser



Essere RETE

Le RETI associative sono una specifica tipologia di Enti del Terzo Settore che svolgono attività di supporto coordinamento, promozione, rappresentanza e tutela di tutte quelle entità ad essa associate



Essere e fare RETE Auser



Fare RETE

Significa condividere un obiettivo, progettare e realizzare insieme un'azione per raggiungere un obiettivo e risultato comune. Per farlo occorre mettersi in gioco, come persona e come gruppo. Condividere idee, competenze, prassi



Essere e fare RETE Auser



- **Il Progetto:**
 - Essere e fare RETE Auser **Le Azioni regionali**
 - RETE dentro e fuori l'organizzazione Auser **Le Azioni territoriali**



SLIDE a cura di **Anno Saffi** per Auser Emilia-Romagna

Essere e fare RETE Auser



- **Le Azioni regionali:**
 - Promozione e sostegno
 - Sviluppo e coordinamento
 - Raccolta risultati quantitativi
 - Valutazione comune e scambio
 - Diffusione esterna dei risultati
- **Le Azioni territoriali:**
 1. Digitalizzazione delle attività
 2. Inclusione
 3. Legalità
 4. Aree interne
 5. Rapporti con le PP.AA.

SLIDE a cura di **Anno Saffi** per Auser Emilia-Romagna

Il progetto “**Essere e fare RETE AUSER**” presentato da AUSER Emilia-Romagna ETS Aps ha coinvolto l'intero territorio regionale dell'Emilia-Romagna, coprendone le relative articolazioni territoriali di AUSER.

L'analisi di contesto che ha preceduto la stesura del progetto aveva evidenziato la necessità di affrontare una serie di sfide sociali emergenti, strettamente legate ai **cambiamenti demografici, socioeconomici e ambientali** che interessano il territorio regionale. In particolare, il significativo aumento della popolazione anziana, conseguenza di un progressivo innalzamento dell'aspettativa di vita, comporta nuove esigenze in termini di servizi di assistenza, inclusione sociale, partecipazione attiva alla vita comunitaria e sana longevità. Al contempo, la diminuzione della popolazione giovane, dovuta a un calo della natalità e a fenomeni migratori verso altre regioni o Paesi, rappresenta una criticità che incide sulle prospettive di sviluppo socioeconomico, generando un indebolimento della rete di supporto

intergenerazionale e una minore partecipazione alla vita associativa. Questa evoluzione demografica impone la necessità di adottare interventi mirati che favoriscano il coinvolgimento delle fasce più anziane della popolazione, attraverso la creazione di opportunità di aggregazione, di apprendimento permanente e di partecipazione attiva, con l'obiettivo di contrastare il rischio di isolamento sociale. Parallelamente, è essenziale promuovere politiche e iniziative volte a incentivare la permanenza e l'inserimento dei giovani nel tessuto socioeconomico locale, attraverso percorsi di formazione, opportunità di volontariato e l'inclusione attiva nei processi decisionali delle comunità.

Un ulteriore aspetto emerso dall'analisi ha riguardato le problematiche socioeconomiche amplificate dalla crescente digitalizzazione della società. Se da un lato l'innovazione tecnologica offre nuove opportunità di inclusione e di accesso ai servizi, dall'altro rischia di accentuare il divario tra chi ha competenze digitali adeguate e chi, per ragioni anagrafiche o economiche, si trova in difficoltà nell'utilizzo delle nuove tecnologie. In particolare, le persone anziane e quelle con basso reddito risultano spesso escluse dai servizi digitali, con conseguente difficoltà nell'accesso alle informazioni, alle opportunità di formazione e ai servizi essenziali. Questo contesto richiede azioni concrete per ridurre il divario digitale, promuovendo percorsi di alfabetizzazione tecnologica e fornendo strumenti di supporto per un utilizzo consapevole delle tecnologie.

Infine, le recenti emergenze naturali, come le alluvioni e le frane che hanno colpito alcune aree della regione, hanno aggravato le condizioni di vulnerabilità sociale ed economica di molte comunità locali. Le conseguenze di tali eventi si manifestano non solo nella perdita di infrastrutture e servizi, ma anche nell'indebolimento del tessuto sociale e nella difficoltà di ripresa delle attività economiche e associative. È quindi fondamentale adottare strategie di intervento che favoriscano la ricostruzione del senso di comunità, la riattivazione delle reti associative e il rilancio delle attività economiche e sociali nei territori più colpiti.

Alla luce di tali evidenze, il progetto si proponeva di raggiungere una serie di obiettivi strategici in linea con le finalità delineate dal bando regionale, articolandosi in diverse aree di intervento e attraverso specifiche iniziative territoriali favorendo la collaborazione fra i territori:

- Azione 1: Qualificazione dei sistemi digitali nelle attività di accompagnamento (territori di Modena, Parma, Ferrara)
- Azione 2: Sport e inclusione sociale, con un focus sui minori non abbienti in territori colpiti dagli episodi alluvionali (Cesena, Ravenna)
- Azione 3: Promozione della cultura della legalità e contro le mafie (Rimini, Reggio Emilia)
- Azione 4: Aree interne e bisogni di mobilità (Forlì-Cesena)
- Azione 5: Rapporti fra Pubblica Amministrazione e Enti del Terzo Settore, esempi di co-programmazione e raffronto sul tema delle Case della Comunità (Bologna, Imola, Reggio Emilia).

Essere e fare RETE Auser

- Azione numero 5

- Rapporti con le Pubbliche amministrazioni

- Territori:

- Bologna, Reggio nell'Emilia, Imola ...

- Obiettivo:

- Raffronto sul tema delle Case di Comunità
- Progettare insieme



Azione 5 – Rapporti con le PP.AA.
Le Case della Comunità
Relazione finale¹

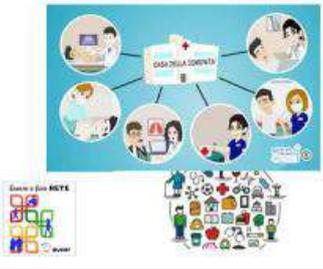


1. CO-PROGETTAZIONE E CO-PROGRAMMAZIONE: AMMINISTRAZIONE CONDIVISA E TERZO SETTORE. IL QUADRO DI RIFERIMENTO	11
2. TERZO SETTORE E CASE DELLA COMUNITÀ.....	12
2.1 <i>Le Case della Comunità in Emilia-Romagna</i>	15
3. CONDIVISIONE DI ESPERIENZE E BUONE PRASSI SVILUPPATE ALL'INTERNO DELLA RETE AUSER.....	17
3.1. <i>Casa della Comunità Navile – AUSER Bologna</i>	17
3.2. <i>Casa della Comunità Castel San Pietro Terme – AUSER Imola</i>	18
3.3 <i>Casa della Comunità territorio di Reggio Emilia – AUSER Reggio Emilia</i>	19
4. VALUTAZIONE ASPETTI CRITICI E DI SUCCESSO EMERSI IN SEDE DI CONDIVISIONE	20
5. PERCORSO FORMATIVO VOLONTARI AUSER BOLOGNA.....	22
5.1 <i>Struttura e programma del corso</i>	22
5.2 <i>Valutazione degli esiti</i>	24
CONCLUSIONI	26
APPENDICE - ATTI E INTERVENTI DELL'INCONTRO DEL 28 MAGGIO 2024 - AZIONE 5.....	28

¹ A cura di Giulia Rossi, ricercatrice esperta in formazione, sviluppo organizzativo e delle competenze

Essere e fare RETE Auser

- Azione numero 5
 - Rapporti con le Pubbliche amministrazioni
 - Territori:
 - Bologna, Reggio nell'Emilia, Imola ...
 - Obiettivo:
 - Raffronto sul tema delle Case di Comunità
 - Progettare insieme



SUDC a cura di Anna Zaffari Auser Emilia Romagna 12

Fra le cinque Azioni previste dal progetto, **l’Azione 5 “Rapporti con le Pubbliche Amministrazioni – Case della Comunità”** è stata pensata per conoscere e sviluppare esempi concreti di co-programmazione e confronto fra il sistema sanitario e il Terzo Settore, concentrandosi sulle Case della Comunità, punti di riferimento per l’erogazione di servizi sanitari e socio-assistenziali integrati, con l’obiettivo di rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione, in particolare delle persone più fragili e vulnerabili. Il confronto sulle tematiche relative alle Case della Comunità mirava a favorire lo scambio di buone pratiche e la definizione di modelli organizzativi più efficienti e accessibili, in un’ottica di replicabilità e scambio continuo anche una volta terminato il progetto. Un’attenzione particolare viene riservata alla sinergia tra operatori sanitari e del sociale, promuovendo percorsi di assistenza integrati che permettano di superare la frammentazione dei servizi e migliorare il coordinamento tra le diverse realtà coinvolte.

L’approccio adottato si è basato su un modello di collaborazione e apprendimento condiviso tra i diversi territori coinvolti. Questo metodo mira a creare un ambiente dinamico e inclusivo, in cui le esperienze e le competenze acquisite nei vari contesti territoriali possano essere messe a fattor comune, analizzate e diffuse per favorire una crescita collettiva comunitaria e un miglioramento continuo delle attività associative

Il primo passo è stato la creazione di una rete condivisa che raccolga le esperienze maturate nei diversi territori. Le buone prassi individuate sono state condivise all’interno della RETE AUSER attraverso strumenti collaborativi, incontri territoriali e momenti di confronto online e in presenza. L’obiettivo è stato favorire la circolazione delle informazioni e delle metodologie più efficaci, garantendo un patrimonio di conoscenze accessibile a tutti i soggetti coinvolti. Al momento della presentazione del progetto, sono state individuate le esperienze in atto nei territori di Bologna, Imola e Reggio Emilia come punti di partenza per l’analisi successiva. Una volta raccolte e condivise le esperienze, infatti, il passaggio successivo ha previsto un’attenta analisi delle pratiche messe in atto, con l’obiettivo di individuare punti di forza, elementi critici e possibili aree di miglioramento. Attraverso l’osservazione e il confronto tra le diverse realtà territoriali, è stato possibile trarre insegnamenti utili e adottare strategie migliorative, contribuendo a un apprendimento comune e continuo.

L’ultima fase dell’approccio ha visto il trasferimento e la diffusione delle competenze acquisite, per essere replicate e adattate in altri contesti territoriali. L’analisi delle esperienze territoriali citate ha portato alla programmazione e realizzazione di un intervento formativo mirato rivolto

ai volontari AUSER di Bologna che operano nei servizi sanitari e alla predisposizione di un modello di intervento trasferibile nel medio termine anche ad altri territori. È stata privilegiata la realizzazione di attività in presenza, attraverso momenti di formazione, workshop e incontri di scambio, per facilitare il confronto diretto e il consolidamento delle relazioni tra gli attori coinvolti.

1. Co-progettazione e co-programmazione: Amministrazione condivisa e Terzo settore. Il quadro di riferimento

Il tema della co-progettazione e della co-programmazione, in relazione all'amministrazione condivisa, trova le sue radici normative nell'articolo 55 del Codice del Terzo Settore. Tale articolo sancisce l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di coinvolgere attivamente gli enti del Terzo settore nell'ambito della programmazione e organizzazione territoriale degli interventi, promuovendo una collaborazione che si sviluppi secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità. La co-progettazione implica la costruzione condivisa di progetti specifici da parte di più attori, mentre la co-programmazione si applica alle politiche più ampie, sempre in un'ottica di condivisione di risorse e obiettivi. Tuttavia, la realizzazione concreta di questa collaborazione richiede una serie di condizioni essenziali, tra cui la capacità di dialogo e comprensione reciproca, l'allineamento degli obiettivi e, non da ultimo, la fiducia tra le parti (Fazzi, 2021²).

Negli ultimi venti anni, il welfare locale ha subito una progressiva riduzione dei suoi confini operativi. Se inizialmente l'approccio tendeva a valorizzare il contesto sociale e comunitario, incentivando interventi mirati al superamento delle istituzioni locali e alla territorializzazione dei servizi, la tendenza successiva ha visto un aumento della burocratizzazione e della managerializzazione del sistema, portando ad una predominanza di standard uniformati e metriche contabili, con una crescente enfasi su efficienza economica e conformità amministrativa. Di conseguenza, i servizi sociali sono stati isolati dal loro contesto sociale e comunitario di riferimento, creando una separazione artificiale tra l'ambito formale dei servizi professionali e le dimensioni informali e comunitarie della vita delle persone. Questo distacco ha ridotto l'efficacia complessiva degli interventi, poiché i servizi si sono concentrati principalmente su aspetti misurabili e formali, trascurando elementi più complessi e relazionali che sono cruciali per un intervento realmente efficace.

La divisione tra gli aspetti formali dei servizi e le realtà informali della vita quotidiana ha generato una serie di contraddizioni interne al sistema del welfare. Mentre da un lato si continuano a promuovere concetti come la "centralità della persona", dall'altro si è visto un crescente isolamento delle persone dagli ambienti vitali e di prossimità, riducendo l'integrazione tra i servizi erogati e le comunità locali. Questa dinamica ha favorito il predominio degli aspetti tecnici e misurabili del welfare (quali prestazioni contabili e standard formali), a discapito della valorizzazione delle risorse umane, materiali e relazionali che, invece, potrebbero rinforzare l'intervento professionale e migliorare la connessione tra i servizi e le reti sociali. L'isolamento degli interventi dal loro contesto sociale ha anche limitato la capacità del sistema di welfare di attingere alla legittimazione e al supporto delle comunità. Le risorse relazionali e sociali, spesso presenti nei territori ma non riconosciute o valorizzate, restano poco sfruttate, impedendo così un ancoramento efficace dei servizi alle reti comunitarie. Questo distacco è particolarmente evidente nelle situazioni in cui la vita quotidiana delle persone non

² Fazzi L. (2021), *Coprogettare e coprogrammare: i vecchi dilemmi di una nuova stagione del welfare locale*, Impresa Sociale 3/2021.

trova corrispondenza nelle pratiche burocratiche e tecniche dei servizi formali, riducendo così l'efficacia complessiva dell'intervento.

In questa prospettiva, l'utilizzo della co-progettazione e della co-programmazione rappresenta una possibile via per migliorare il welfare locale, a patto che si parta da una rimodulazione radicale del perimetro d'intervento. In pratica, ciò **significa ricollocare i bisogni delle persone all'interno degli spazi di prossimità e delle comunità in cui vivono e si manifestano**. Ad esempio, i bisogni di assistenza domiciliare per anziani o disabili non possono essere considerati separatamente da esigenze più ampie di socializzazione e integrazione nella comunità. È quindi necessario superare una visione ristretta che considera solo l'erogazione del servizio specifico (ad esempio, l'assistenza domiciliare) per affrontare invece le questioni legate all'isolamento sociale. In questo contesto, strategie come l'housing sociale diventano essenziali per offrire soluzioni più integrate e complesse, che considerino non solo i bisogni immediati ma anche i fattori sociali e relazionali che influenzano la qualità della vita delle persone.

Tuttavia, questo cambio di paradigma è difficile da realizzare nei tradizionali tavoli del welfare, dove il confronto è spesso limitato a funzionari pubblici e fornitori di servizi. Le pratiche collaborative, pur avendo il potenziale di migliorare l'efficacia incrementale delle attività, difficilmente riescono a promuovere una riformulazione completa dell'approccio ai bisogni se non viene messo in discussione l'intero sistema operativo e cognitivo. La "routine" del pensiero e dell'azione limita la possibilità di vedere i problemi da una prospettiva diversa, rendendo meno probabile l'elaborazione di nuove soluzioni.

Un altro elemento cruciale per il successo della co-progettazione e co-programmazione è il coinvolgimento attivo dei destinatari (approccio bottom-up). Spesso i processi decisionali sono dominati da professionisti e funzionari, con una partecipazione ridotta o inesistente da parte dei beneficiari dei servizi. Questo deficit di partecipazione attiva dei destinatari rischia di compromettere la capacità delle pratiche collaborative di cogliere realmente i bisogni delle persone. È quindi indispensabile investire in **metodologie innovative di coinvolgimento**, che consentano ai beneficiari di avere voce in capitolo non solo attraverso strumenti formali e distanti, ad esempio questionari sul grado di gradimento degli utenti, ma anche attraverso processi più partecipativi e inclusivi. In questo modo, le esperienze e i vissuti delle persone diventano parte integrante della progettazione e della programmazione dei servizi, contribuendo a renderli più efficaci e pertinenti rispetto alle reali esigenze.

2. Terzo settore e Case della Comunità

L'applicazione dei principi di co-progettazione e co-programmazione alle Case della Comunità è cruciale per rendere questi nuovi centri pienamente efficaci, integrati con il territorio e capaci di rispondere ai bisogni complessi delle persone. Le Case della Comunità hanno l'obiettivo di diventare un punto di riferimento per la popolazione, offrendo una gamma di servizi che va dall'assistenza sanitaria di base alla presa in carico dei bisogni socioassistenziali più ampi, favorendo la socialità e l'integrazione. Tuttavia, per far sì che funzionino nel modo più efficace, occorre applicare i principi di amministrazione condivisa e coinvolgimento attivo dei diversi attori, inclusi gli utenti stessi, secondo il modello delineato dal Codice del Terzo Settore.

Anche la nascita delle Case della Comunità (ex della Salute) si inserisce in quel contesto in cui il welfare locale ha subito una progressiva riduzione dei suoi confini, diventando sempre più burocratizzato e formalizzato. Questo ha portato a un distacco tra i servizi professionali e la

dimensione informale della vita delle persone, con una netta separazione tra l'erogazione dei servizi e le comunità di riferimento. Applicare i principi di co-progettazione e co-programmazione significa ridurre questa separazione, riportando i servizi sanitari e sociosanitari al centro delle reti sociali e comunitarie. Per le Case della Comunità, ciò implica **una riconnessione con le realtà del territorio, per garantire che i servizi non siano visti solo come prestazioni erogate ma come risposte integrate ai bisogni complessivi delle persone, nel contesto delle loro relazioni sociali e comunitarie.** In questo senso per rispondere in modo efficace ai **bisogni della comunità**, è necessario superare la logica dell'efficienza di un singolo servizio e adottare un approccio integrato che comprenda un insieme di dimensioni materiali e immateriali, che riguardano la qualità della vita, il senso di appartenenza e la capacità di affrontare sfide collettive.

I bisogni della comunità

Per AUSER, sono imprescindibili i **bisogni primari**, che comprendono l'accesso a risorse fondamentali come l'acqua potabile, il cibo e un'abitazione dignitosa, a cui si aggiungono **servizi sanitari efficienti e facilmente accessibili**, essenziali per garantire la salute di tutti i cittadini. La sicurezza e la protezione, attraverso la presenza di forze dell'ordine di prossimità, un efficace sistema di gestione delle emergenze e infrastrutture stradali sicure, rappresentano un ulteriore pilastro per il benessere della comunità.

Accanto ai bisogni materiali, vi sono quelli di natura **sociale e relazionale**, fondamentali per creare un tessuto comunitario solido. La presenza di spazi di aggregazione favorisce l'interazione tra le persone e il supporto reciproco, contribuendo a combattere l'isolamento sociale. È altrettanto importante promuovere l'inclusione, contrastando la marginalizzazione dei gruppi più vulnerabili. Sistemi di sostegno alle persone più fragili, così come alla famiglia e all'infanzia garantiscono, inoltre, che tutti i membri della comunità possano crescere e vivere in un ambiente sereno e accogliente.

Un altro aspetto cruciale riguarda i **bisogni culturali ed educativi**. L'istruzione di qualità deve essere accessibile a tutte le fasce d'età, affinché ogni individuo possa sviluppare le proprie capacità e competenze. Biblioteche, centri culturali e spazi dedicati all'apprendimento informale offrono ulteriori opportunità di crescita personale e collettiva.

Sul piano economico, vi sono poi i **bisogni lavorativi e di sviluppo**. Creare opportunità di impiego e fornire formazione professionale aiuta a garantire un futuro sostenibile per i cittadini. Le reti di economia solidale e il commercio locale rappresentano strumenti importanti per promuovere un'economia più equa e radicata nel territorio. In questo contesto, politiche di welfare efficaci permettono di mantenere un livello dignitoso di qualità della vita per tutti, riducendo le disuguaglianze e offrendo supporto a chi si trova in difficoltà.

Infine, i bisogni di una comunità non possono prescindere dalla **sostenibilità ambientale e dal benessere ecologico**. La presenza di spazi verdi e infrastrutture sostenibili migliora la qualità della vita, offrendo luoghi di svago e contribuendo a mitigare gli effetti dell'inquinamento. Una mobilità urbana efficiente ed ecologica favorisce spostamenti più sicuri e meno impattanti sull'ambiente, mentre la promozione di pratiche a basso impatto ambientale aiuta a preservare le risorse per le generazioni future.

Per realizzare una piena integrazione dei servizi offerti dalle Case della Comunità all'interno dei bisogni della comunità stessa, intesi nella loro interezza e complessità, è fondamentale che i processi di co-programmazione e co-progettazione siano adottati fin dalle fasi iniziali. In questo senso, è essenziale coinvolgere una pluralità di attori: enti del Terzo settore, associazioni locali, cittadini e professionisti sanitari, ognuno dei quali può contribuire con una

prospettiva unica, che arricchisce la progettazione dei servizi e rende le soluzioni più rispondenti alle reali esigenze del territorio. **L'obiettivo non è solo creare spazi fisici per l'erogazione di cure, ma sviluppare servizi che siano in sintonia con i bisogni di prossimità e socializzazione della comunità locale.** Ad esempio, se in un quartiere specifico emergono problematiche di isolamento sociale tra gli anziani, la Casa della Comunità, attraverso il coinvolgimento degli attori locali, potrebbe non limitarsi all'offerta di assistenza sanitaria ma sviluppare progetti di socializzazione, spazi di incontro e altre attività che affrontano i problemi di isolamento in modo più complessivo.

Un rischio per le Case della Comunità, come per altri servizi di welfare, è quello di adottare modelli di servizio troppo rigidi e standardizzati, che si concentrano su aspetti puramente tecnici e misurabili (ad esempio, numero di visite effettuate, tempi di attesa, ecc.) a scapito della dimensione umana e relazionale del benessere. La co-progettazione può aiutare a superare questo limite: coinvolgendo i beneficiari e le comunità locali nel processo di progettazione dei servizi, si possono costruire risposte più flessibili, capaci di adattarsi alle specificità territoriali e ai bisogni integrati delle persone. Per esempio, si potrebbe passare da un approccio che vede la Casa della Comunità solo come un centro sanitario a uno che la concepisce come un centro comunitario, in grado di promuovere benessere fisico, sociale e psicologico attraverso interventi multidisciplinari.

Un altro principio chiave da applicare è quello di riconoscere e valorizzare le reti sociali e comunitarie già presenti nel territorio. Le Case della Comunità non devono funzionare come entità isolate, ma integrarsi con le reti locali per potenziare il loro impatto. La co-progettazione può facilitare questo processo, coinvolgendo reti di volontariato, gruppi di mutuo aiuto, associazioni di quartiere e altri soggetti locali che possono contribuire attivamente all'offerta di servizi complementari. Ad esempio, mentre la Casa della Comunità si occupa delle necessità sanitarie, le organizzazioni di volontariato locali potrebbero aiutare a garantire il trasporto per i pazienti, oppure a organizzare attività sociali per gli anziani.

Come anticipato, un altro aspetto importante è garantire che i beneficiari stessi delle Case della Comunità siano coinvolti attivamente nei processi decisionali. Questo richiede l'adozione di **metodologie partecipative che permettano di raccogliere e valorizzare le esperienze di vita e i bisogni reali delle persone.** In molti casi, i pazienti o gli utenti dei servizi sociosanitari non sono abituati a essere coinvolti nelle discussioni politiche o progettuali che riguardano il loro benessere. Tuttavia, la loro partecipazione è essenziale per evitare che i servizi siano progettati in modo distante e alienante rispetto alle loro necessità. Per rendere la co-progettazione e la co-programmazione davvero efficaci nelle Case della Comunità, è necessario dunque un investimento nella sperimentazione e individuazione di nuove tecniche partecipative. I processi tradizionali di governance e gestione dei servizi sociosanitari non sono sempre adatti a facilitare il coinvolgimento dei beneficiari, e servono quindi strumenti innovativi che possano rendere i processi più inclusivi.

2.1 Le Case della Comunità in Emilia-Romagna

La distribuzione delle Case della Comunità attive in Emilia-Romagna mostra una presenza significativa in tutte le province, con una concentrazione maggiore nei comuni non montani rispetto a quelli totalmente o parzialmente montani. Al momento della stesura di questo report, sono presenti 131 Case della Comunità, distribuite in modo differenziato sul territorio.

Tabella 1 - Distribuzione Case della Comunità per provincia, anno 2024

	Case della Comunità	di cui site in comuni totalmente montani	di cui site in comuni parzialmente montani	di cui site in comuni non montani
Bologna	22	7 (Alto Reno Terme, Borgo Tossignano, Castiglione dei P., Loiano, Monzuno, Sasso M., Vergato)	7 (Bologna, Castel S. Pietro T., Ozzano, San Lazzaro di S.)	8
Forli-Cesena	11	3 (Bagno di R., Mercato Saraceno, Rocca San Casciano)	3 (Meldola, Modigliana, Predappio)	5
Ferrara	7			7
Modena	14	4 (Fanano, Guiglia, Montefiorino, Pievepelago)		10
Piacenza	8	1 (Bettola)		7
Parma	26	3 (Bedonia, Berceto, Tizzano Val Parma)	4 (Felino, Fornovo di Taro, Langhirano, Sala Baganza)	19
Ravenna	25	1 (Casola Valsenio)	2 (Brisighella, Riolo Terme)	22
Reggio Emilia	13	1 (Toano)		12
Rimini	5	1 (Novafeltria)		4
Totale	131	21	16	94

Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello "HUB & SPOKE": letteralmente: mozzo e raggi) che prevede la **concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB)**. L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei **centri ospedalieri periferici (SPOKE)**. I trattamenti complessi, come ad esempio trapianti di organi, interventi di cardiocirurgia, cura delle grandi ustioni o di grandi traumi, diagnosi e cura delle malattie rare, sono erogati presso strutture ospedaliere altamente specializzate, a cui gli ospedali del territorio inviano gli ammalati quando necessario: sono i Centri di alta specialità (HUB), dove sono concentrate le professionalità e le tecnologie adeguate. Questi Centri sono collegati con gli ospedali del territorio (SPOKE).

Il modello adottato si basa su una rete clinica integrata in cui gli HUB sono incaricati della gestione dei casi più complessi e della fornitura di servizi che richiedono tecnologie avanzate e personale altamente qualificato. I pazienti vengono indirizzati agli HUB dagli ospedali territoriali, detti SPOKE, che fungono da punti di accesso primari per le cure meno complesse e di routine.

Le province con il maggior numero di HUB, come Parma (13), Bologna (12) e Ravenna (8), fungono da poli di riferimento per la gestione delle patologie complesse, mentre le province con una rete più ampia di SPOKE, come Ravenna (17) e Modena (11), garantiscono una capillare distribuzione dei servizi di base sul territorio.

Tabella 2 - Suddivisione delle Case della comunità per provincia, per montuosità dei comuni e per modello organizzativo delle alte specialità "HUB & SPOKE, anno 2024

	Hub	Spoke	Hub in comuni montani	Spoke in comuni montani
Bologna	12	10	7	7
Forli-Cesena	7	4	4	2
Ferrara	6	1		
Modena	3	11		4
Piacenza	3	5		1
Parma	13	13	3	4
Ravenna	8	17		3
Reggio Emilia	5	8		1
Rimini	3	2	1	
Totale	60	71	15	22

3. Condivisione di esperienze e buone prassi sviluppate all'interno della rete AUSER

In data 28 maggio 2024 presso la Casa di Quartiere Katia Bertasi sono state condivise le tre esperienze di confronto fra AUSER locali e Aziende USL individuate in fase di analisi preliminare. Questo confronto ha confermato uno **sviluppo delle Case della Comunità e del tipo di intervento del volontariato abbastanza variegato** nel territorio regionale. A questo incontro è seguita una fase di analisi documentale, volta a mettere in rilievo il ruolo delle diverse articolazioni territoriali AUSER e le principali iniziative intraprese.

3.1. Casa della Comunità Navile – AUSER Bologna

La Casa della Salute del Quartiere Navile di Bologna è stata inaugurata nel 2018 come spazio per promuovere la salute e il benessere della comunità. Questo evento, molto partecipato da cittadini e associazioni, ha portato alla creazione di un gruppo di lavoro, composto da Consiglieri, cittadini e cittadine, associazioni (fra cui AUSER Bologna) dedicato alla promozione del progetto. L'obiettivo principale era quello di creare un luogo pubblico in cui collaborare con il terzo settore, ascoltare i bisogni locali e attivare iniziative in linea con un nuovo modello di promozione della salute.

Da quella data, il gruppo di lavoro ha tenuto oltre 15 incontri per approfondire tematiche legate alla salute e ha prodotto un documento nel 2020 che è stato adottato come punto di riferimento, anche durante la crisi Covid. Questo periodo ha evidenziato l'importanza della prossimità e dell'integrazione tra servizi e comunità. Un risultato importante è stato l'avvio della prima "microarea" nella zona Pescarola, un progetto pilota per affrontare le disuguaglianze territoriali legate alla salute.

Con l'evoluzione della Casa della Salute in Casa della Comunità nel 2023, si è aperta una nuova fase che, in linea con il DM 77, prevede un forte coinvolgimento della comunità nella progettazione del proprio benessere. Tuttavia, alcune difficoltà non sono state cancellate: il dibattito pubblico sulla sanità ancora stenta a decollare e manca una mobilitazione radicata che avanzi proposte complessive. Il lavoro di coinvolgimento della comunità si è scontrato con la difficoltà di attivare una vera e propria partecipazione diffusa, per mancanza di strumenti adeguati e per la frammentarietà dei decisori. Ad esempio, il Navile presenta un elevato numero di associazioni di volontariato e anche all'interno dello stesso quartiere vi sono differenze significative in termini di bisogni e accesso ai servizi per la salute. Il tema dell'equità resta centrale, così come la necessità di trasparenza e condivisione di dati e conoscenze.

Per garantire il successo delle Case della Comunità, è essenziale:

- Creare spazi di dialogo e verifica pubblica degli obiettivi di salute.
- Ridurre la frammentarietà tra professionisti e istituzioni.
- Favorire l'integrazione sociosanitaria con un approccio innovativo e inclusivo.
- Sviluppare un modello di governance partecipativa che coinvolga cittadini e istituzioni locali.

L'apertura del CAU (Centro di Assistenza Urgente) ha rappresentato un passo importante, offrendo maggiore sicurezza e opportunità ai cittadini. Tuttavia, è cruciale non trascurare altri bisogni territoriali, come il rafforzamento della rete dei Medici di Medicina Generale (MMG). AUSER Bologna, con il costante impegno dei propri volontari, ha da sempre svolto un ruolo attivo all'interno della Casa della Salute e successivamente della Comunità Navile. L'attività principale consiste nell'accoglienza dell'utenza, fornendo un primo orientamento per indirizzarla verso il servizio o l'ambulatorio di competenza. Questo servizio si rivela essenziale per facilitare l'accesso dei cittadini alle cure e migliorare l'efficienza dell'intera struttura. L'esperienza maturata in questi anni evidenzia sempre più la necessità di un processo di co-progettazione effettiva, che coinvolga attivamente tutti gli attori del territorio, dai cittadini alle istituzioni sanitarie, fino alle organizzazioni di volontariato come AUSER. Per raggiungere questo obiettivo, è fondamentale superare le barriere istituzionali che a volte ostacolano la collaborazione tra enti pubblici e privati, promuovendo invece un dialogo aperto e costruttivo.

La partecipazione autentica della comunità e dei suoi rappresentanti può contribuire in maniera significativa a identificare le reali necessità sanitarie e sociali, migliorando così l'efficacia delle risposte fornite dal sistema sanitario locale. In questo contesto, AUSER Bologna si propone come un interlocutore privilegiato, grazie alla sua esperienza consolidata e alla profonda conoscenza delle esigenze del territorio. L'associazione si è mostrata pronta a collaborare con le istituzioni per sviluppare nuove strategie di accoglienza e accompagnamento, basate su principi di inclusione e prossimità, con l'obiettivo di costruire una sanità territoriale più accessibile, efficiente e umana.

3.2. Casa della Comunità Castel San Pietro Terme – AUSER Imola

La Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme è un centro che unisce diverse funzioni sanitarie e sociali per offrire assistenza integrata ai cittadini. Operativa dal 2013, è stata ampliata nel 2014 con l'aggiunta di un Ospedale di Comunità, che comprende una struttura residenziale per cure intermedie e un Hospice. Questa realtà serve circa 27.500 cittadini provenienti dai comuni di Castel San Pietro Terme e Dozza, con una popolazione caratterizzata da un'elevata presenza di anziani: un quarto ha più di 65 anni e uno su sei supera gli 85.

La Casa della Comunità ospita un'ampia gamma di servizi e figure professionali:

- Medici di base e Pediatri di famiglia: ricevono i loro pazienti negli ambulatori dedicati.
- Specialisti sanitari: tra cui psicologi, assistenti sociali, e operatori di sanità pubblica.
- Ambulatori dedicati: come il Consultorio familiare, lo Spazio Giovani e un ambulatorio veterinario.
- Struttura residenziale per anziani fragili: offre riabilitazione e assistenza sanitaria per alcune settimane, con 21 posti letto per cure intermedie e 12 posti nell'Hospice. La gestione è prevalentemente infermieristica, con assistenza medica limitata ad alcune fasce orarie.

Un aspetto importante della Casa della Comunità è costituito dalle numerose attività dedicate alla promozione del benessere e della socialità. Tra queste, vi è una sala conferenze che ospita regolarmente eventi informativi, convegni e iniziative volte a promuovere la salute, organizzati in collaborazione con diverse associazioni locali. Inoltre, vengono realizzati progetti sociali e conviviali pensati per favorire l'aggregazione e il benessere degli utenti. Nella struttura adiacente alla Casa della Comunità si trova il Coordinamento delle Associazioni di volontariato, che offre spazi fisici per le varie organizzazioni, tra cui AUSER Imola, e una sala destinata a riunioni ed eventi. AUSER Imola, in particolare, è presente anche all'interno della Casa della Comunità con un ambulatorio infermieristico, dove un team di volontari composto da quattro infermieri professionali e un operatore generico fornisce servizi essenziali come la somministrazione di punture, piccole medicazioni, misurazione della pressione arteriosa e controllo della glicemia. Inoltre, AUSER Imola collabora con una nutrizionista e un'associazione dedicata al controllo dei nevi, offrendo così ulteriori servizi di prevenzione e promozione della salute.

Parallelamente, sempre all'interno della Casa della Salute, AUSER partecipa attivamente a due importanti progetti. Il primo è il progetto "Accoglienza", volto a fornire supporto e orientamento ai cittadini che necessitano di assistenza nell'individuare i servizi più adeguati alle loro esigenze all'interno della Casa della Comunità. Il secondo è il progetto "I pomeriggi del tè", che si svolge presso la struttura dedicata alle cure intermedie. Questo progetto prevede che, una volta alla settimana, le associazioni, tra cui AUSER, organizzino momenti di convivialità e svago per gli ospiti e le loro famiglie, offrendo un'opportunità di socializzazione e benessere all'interno di un ambiente accogliente e familiare. La Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme rappresenta un modello virtuoso di integrazione tra servizi sanitari e sociali, con un'attenzione particolare al benessere degli anziani e alla promozione della salute. Tuttavia, la sfida continua è quella di mantenere e migliorare questi standard attraverso la collaborazione tra istituzioni, professionisti e volontariato, per rispondere sempre meglio ai bisogni della comunità.

3.3 Casa della Comunità territorio di Reggio Emilia – AUSER Reggio Emilia

Durante la pandemia da COVID-19, i volontari dell'AUSER hanno svolto un ruolo essenziale, presidiando i check-point di accesso alle strutture sanitarie del territorio di Reggio Emilia. Questa esperienza, valutata positivamente sia dall'AUSER che dalla Direzione Generale della AUSL, ha messo in evidenza l'importanza del volontariato nella gestione delle emergenze sanitarie e ha portato a una riflessione più ampia sul suo contributo all'interno delle Case della Comunità. Dopo questa fase, si è deciso di mantenere la collaborazione, privilegiando alcune strutture e sedi riorganizzate. Nella primavera/estate 2022, è stato avviato uno sportello del volontariato presso la Casa della Salute di Montecchio Emilia. Questo progetto, nato in collaborazione con il Distretto Sanitario, mira a offrire un primo punto di accoglienza per i

cittadini, informandoli sui servizi sanitari disponibili e sulle opportunità offerte dalle associazioni del territorio. Lo sportello rappresenta un ponte tra i cittadini e i loro diritti, rendendo accessibili servizi essenziali come accompagnamenti verso strutture sanitarie difficilmente raggiungibili.

Grazie al lavoro coordinato tra il Distretto Sanitario e diverse associazioni (AUSER, AVIS, AVO, Casina dei Bimbi, ecc.), è stata creata una rete informale di volontariato. Tuttavia, il progetto ha affrontato alcune difficoltà logistiche, come la collocazione in spazi poco adeguati. Nel 2023, il Bando della Fondazione Manodori ha permesso di rafforzare il ruolo del volontariato nelle Case della Comunità, coinvolgendo i due distretti sanitari Val d'Enza e Tresinaro Secchia e le relative Unioni dei Comuni. Questo ha portato a un'analisi dei servizi esistenti e delle necessità territoriali, ponendo le basi per un programma formativo mirato. L'obiettivo principale è stato quello di sviluppare competenze comunicative e relazionali nei volontari, fondamentali per orientare i cittadini in un sistema di servizi sempre più complesso. Questa formazione non ha coinvolto solo i volontari AUSER, ma anche altre associazioni come la Croce Rossa, favorendo una collaborazione interassociativa. Una volta formati, i volontari formati hanno la possibilità facilitare a loro volta altri volontari e supportare le attività in altri territori, contribuendo all'apertura di nuove Case della Comunità. Il progetto rappresenta un esempio di come consolidare il volontariato come elemento cardine nella gestione delle Case della Comunità, con un'attenzione particolare alla formazione dei volontari per affrontare sfide future. L'ambizione è quella di creare un modello replicabile che possa essere esteso ad altre realtà territoriali.

4. Valutazione aspetti critici e di successo emersi in sede di condivisione

Le esperienze delle Case della Comunità nei territori del Navile (Bologna), di Imola e di Reggio Emilia hanno messo in evidenza diversi elementi rilevanti in termini di co-programmazione e co-progettazione tra il terzo settore e queste strutture sanitarie territoriali.

Di seguito si riporta una sintesi dei principali aspetti:

1. Navile (Bologna): Verso una Sanità Partecipata

- Gruppo di lavoro consultivo: Dal 2018, un gruppo composto da consiglieri, cittadini e associazioni ha promosso la conoscenza della Casa della Salute, con l'obiettivo di costruire una nuova sanità territoriale partecipativa.
- Collaborazione multi-stakeholder: Il gruppo ha lavorato per coinvolgere istituzioni, il quartiere, l'Azienda USL e il terzo settore per mappare i bisogni della comunità e proporre soluzioni concrete.
- Attivazione di microaree: Progetti pilota come quello di Pescarola hanno evidenziato l'importanza di affrontare le disuguaglianze territoriali con un approccio integrato.
- Partecipazione diffusa: Si è cercato di portare la "casa della comunità fuori dai suoi muri", attraverso incontri nelle case di quartiere per ascoltare bisogni e richieste dei cittadini.
- Sfide emerse: Mancanza di strumenti e frammentazione degli interlocutori, con difficoltà nell'istituzionalizzare una governance partecipativa.

2. Imola: Un Modello Integrato di Servizi

- Sinergia tra sanità e volontariato: La Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme integra servizi sanitari con il lavoro di associazioni come AUSER Imola, promuovendo un'assistenza personalizzata.
- Progetti concreti:
 - "Accoglienza": Aiuta i cittadini a orientarsi nei servizi disponibili all'interno della Casa della Comunità.
 - "I pomeriggi del tè": Promuove momenti di convivialità e benessere per ospiti e famiglie.
- Ruolo attivo del volontariato: AUSER gestisce un ambulatorio infermieristico con servizi di base (medicazioni, controllo pressione e glicemia) e progetti specifici (nutrizione, prevenzione dermatologica).
- Spazi condivisi: La vicinanza fisica tra la Casa della Comunità e il Coordinamento delle Associazioni facilita la collaborazione e l'organizzazione di eventi e progetti.

3. Reggio Emilia: Saper Accogliere e Facilitare

- Sportello del volontariato: Presso la Casa della Salute di Montecchio Emilia è stato creato uno sportello per orientare i cittadini sia sui servizi sanitari sia sulle opportunità offerte dal volontariato locale.
- Rete informale di associazioni: Il progetto ha coinvolto diverse organizzazioni (AUSER, AVIS, Croce Rossa, Casina dei Bimbi, ecc.), coordinandole per una gestione congiunta delle attività.
- Formazione dei volontari: Sono state pianificate attività formative focalizzate su competenze comunicative e relazionali per supportare i cittadini nell'accesso ai servizi complessi.
- Ambizione di replicabilità: Il progetto punta a creare modelli di volontari facilitatori replicabili in altri distretti, favorendo la diffusione di un approccio collaborativo nelle nuove Case della Comunità.
- Ruolo delle istituzioni locali: Le Unioni dei Comuni e i distretti sanitari hanno giocato un ruolo chiave nell'identificare i bisogni e nel promuovere un dialogo strutturato con il terzo settore.

L'organizzazione e lo sviluppo delle Case della Comunità sono strettamente legati alle specificità del territorio in cui sorgono, alla storia dei servizi locali e alle strutture già esistenti. Ogni Casa della Comunità è concepita per rispondere in modo efficace e mirato ai bisogni della popolazione, sfruttando le risorse disponibili e integrandosi con le realtà sanitarie e sociali già presenti. Le caratteristiche demografiche, le necessità sanitarie emergenti e il livello di integrazione tra i vari servizi influenzano le modalità di funzionamento e i percorsi di assistenza offerti. Inoltre, la storia dei servizi locali gioca un ruolo cruciale nell'organizzazione della Casa della Comunità, poiché permette di costruire su esperienze pregresse, migliorando le pratiche consolidate e implementando nuove strategie di assistenza in risposta alle esigenze della popolazione. Allo stesso tempo, l'analisi delle tre esperienze citate mette in evidenza alcuni punti e sfide trasversali, evidenziando elementi condivisi e criticità da affrontare per garantire un'efficace integrazione dei servizi sanitari e sociali. Uno degli aspetti centrali è il protagonismo del volontariato.

Le associazioni, come AUSER, hanno dimostrato di essere un elemento fondamentale nella co-progettazione dei servizi, contribuendo non solo con risorse umane preziose, ma anche con

idee innovative capaci di rispondere ai bisogni emergenti della popolazione. Il coinvolgimento attivo del volontariato ha permesso di sviluppare soluzioni più aderenti alle esigenze locali, rafforzando il senso di comunità e di partecipazione. Una delle sfide principali è la messa a sistema delle esperienze maturate. Nonostante le numerose iniziative positive avviate nei vari territori, si registrano difficoltà nel consolidare e istituzionalizzare questi processi partecipativi. La mancanza di strumenti adeguati e la frammentazione tra i diversi decisori rappresentano ostacoli significativi. Per superare queste criticità, è necessario sviluppare strategie di governance che favoriscano la condivisione delle buone pratiche e la creazione di modelli operativi replicabili. Un altro tema cruciale è la promozione dell'equità.

Tutti i territori coinvolti hanno sottolineato l'importanza di affrontare le disuguaglianze territoriali, assicurando un accesso equo e diffuso ai servizi. La necessità di una governance integrata tra sanità e sociale è emersa come una priorità per garantire risposte coordinate e personalizzate ai bisogni della popolazione. Superare le barriere organizzative e promuovere un dialogo costante tra i diversi attori coinvolti è essenziale per offrire servizi inclusivi e di qualità. L'innovazione nella sanità territoriale rappresenta un obiettivo condiviso da tutti i territori. Vi è la consapevolezza che il modello sanitario tradizionale non è più sufficiente a rispondere alle nuove sfide demografiche e sociali. Si punta quindi a superare un approccio puramente clinico, promuovendo un concetto di benessere condiviso con la comunità. Questo richiede un cambiamento culturale e organizzativo, in cui la prevenzione, la promozione della salute e l'empowerment dei cittadini assumano un ruolo centrale. Si tratta di un cambiamento che inevitabilmente passa anche attraverso le associazioni di volontariato, ad esempio attraverso percorsi formativi mirati a migliorare la qualità dei servizi offerti e garantire un impatto sempre più efficace sulla comunità. In sintesi, la costruzione di un sistema di Case della Comunità efficace e sostenibile passa attraverso il rafforzamento della partecipazione del volontariato, la sistematizzazione delle esperienze, la promozione dell'equità e l'innovazione nei modelli di assistenza sanitaria e sociale.

5. Percorso formativo volontari AUSER Bologna

Dalla condivisione durante l'incontro del 28 maggio 2024 a Bologna e successivi incontri, è nata l'idea di progettare un **corso di formazione per volontari AUSER presso i servizi sanitari** (non solo Case della Comunità ma anche ospedali, poliambulatori...) con l'obiettivo di affrontare alcune delle necessità e criticità emerse. In sintesi, il corso di formazione nasce dalla consapevolezza che il volontariato rappresenta una risorsa preziosa per le Case della Comunità, ma necessita di strumenti concreti per svolgere un ruolo efficace e qualificato, contribuendo a rendere i servizi più accessibili, inclusivi e rispondenti ai reali bisogni della popolazione. Il corso è stato organizzato per il mese di novembre 2024, è stato strutturato in tre incontri pomeridiani (ore 14.30-17.30) e si è svolto negli spazi della Casa di Quartiere Katia Bertasi. La docenza è stata affidata alla dott.ssa Irene Benini, psicologa e psicoterapeuta, nonché supervisore tecnico e formatrice in ambito sanitario e socioassistenziale.

5.1 Struttura e programma del corso

Gli obiettivi iniziali del corso possono essere così sintetizzati:

1. **Valorizzare il ruolo dei volontari**, fornendo competenze specifiche in ambito comunicativo, relazionale ed emotivo, per aiutarli a comprendere e rispondere ai bisogni della cittadinanza in modo efficace, nonché affrontare e gestire episodi aggressivi (verbalmente e non) da parte dell'utenza.

2. **Formare i volontari alla consapevolezza del proprio ruolo**, affinché possano operare con sicurezza e padronanza, anche nelle situazioni di tensione o emergenza.
3. **Dotare i volontari di strumenti empatici e comunicativi**, che consentano loro di fornire un'accoglienza rispettosa, umana e riservata, creando un ambiente di fiducia e supporto.

Sono state previste sessioni teoriche alternate ad esercitazioni pratiche e interattive, garantendo così un apprendimento esperienziale che aiuterà i volontari a mettere in pratica le competenze acquisite in contesti reali.

Di seguito si riportano il programma e i contenuti degli incontri.

I incontro: Comunicazione e accoglienza (13 novembre 2024)

Questo modulo si concentra sulle tecniche di comunicazione necessarie per interfacciarsi con il pubblico in modo efficace e professionale.

Contenuti trattati:

- Ascolto attivo per comprendere e interpretare correttamente i bisogni degli utenti.
- Comunicazione efficace nel front office per fornire informazioni chiare e pertinenti.
- Comunicazione assertiva per interagire in modo sicuro ed equilibrato.
- Strategie per comunicare con persone difficili, gestendo tensioni e incomprensioni.
- Rispetto della privacy e della riservatezza nel trattamento delle informazioni.
- Formule di cortesia per creare un ambiente accogliente e professionale.
- L'empatia come strumento essenziale per costruire relazioni di fiducia.

II incontro: Gestione dell'aggressività (20 novembre 2024)

Il secondo modulo affronta le dinamiche di gestione dei conflitti e dei comportamenti aggressivi, fornendo strumenti per prevenire e affrontare situazioni potenzialmente rischiose.

Contenuti trattati:

- Identificazione dei rischi connessi all'attività di volontariato.
- Tecniche per la gestione dell'aggressività verbale in contesti delicati.
- Riconoscimento precoce di segnali di agitazione e disagio.
- Fattori di rischio e contributivi che possono alimentare situazioni di tensione.
- Strategie preventive per evitare escalation di conflitti.
- Tecniche di de-escalation per calmare le situazioni critiche.
- Strategie per la gestione costruttiva dei conflitti.
- Sviluppo e valorizzazione delle competenze relazionali nei contesti di accoglienza.

III incontro: Definizione del ruolo (27 novembre 2024)

L'ultimo modulo del corso si concentra sulla comprensione e gestione del proprio ruolo di volontario, con particolare attenzione ai confini di competenza e alla collaborazione con altre figure professionali.

Contenuti trattati:

- Importanza del ruolo e limiti di competenza all'interno dei servizi socio-sanitari.
- Consapevolezza professionale e gestione dei rischi tipici delle "helping professions."
- Sviluppo di strategie per delimitare il proprio ambito di intervento e gestire le aspettative.

- Affrontare e gestire emozioni e vissuti personali legati all'attività di volontariato.
- Risposta agli eventi imprevisti e gestione efficace delle situazioni nuove.
- Applicazione di tecniche di problem solving per affrontare le sfide quotidiane.
- Collaborazione sinergica con altre figure professionali all'interno delle Case della Comunità.

Ogni incontro prevede sessioni pratiche in cui i volontari potranno mettere in atto le competenze acquisite attraverso simulazioni di situazioni reali, giochi di ruolo e discussioni di casi concreti. Queste esercitazioni aiuteranno i partecipanti a sviluppare sicurezza nel loro ruolo e a testare le soluzioni apprese in un ambiente protetto e formativo.

5.2 Valutazione degli esiti

I volontari hanno risposto con entusiasmo e partecipazione attiva agli incontri formativi, confermando un notevole livello di interesse e dedizione nei confronti del loro ruolo. La presenza numerosa ai vari appuntamenti testimonia non solo l'importanza attribuita al percorso formativo, ma anche la consapevolezza del valore del proprio contributo all'interno dei servizi sanitari e socioassistenziali. La loro partecipazione costante ha reso gli incontri un'occasione preziosa di confronto e crescita collettiva. Durante le sessioni formative, i volontari non si sono limitati ad ascoltare passivamente, ma hanno contribuito in modo propositivo, sollevando temi di loro interesse e mettendo in luce le sfide quotidiane che incontrano nel loro operato. Attraverso domande pertinenti e interventi mirati, hanno condiviso esperienze personali e casi concreti, favorendo un apprendimento basato su esempi reali e soluzioni pratiche.

Questa partecipazione attiva ha evidenziato la loro volontà di approfondire conoscenze e affinare competenze, dimostrando un impegno costante nel migliorare la qualità del supporto offerto ai cittadini. Uno degli aspetti più significativi emersi durante gli incontri è stata la capacità dei volontari di riflettere criticamente sul proprio ruolo e sulle dinamiche relazionali che caratterizzano il loro servizio. Le discussioni hanno toccato argomenti rilevanti, come la gestione delle relazioni con gli utenti, la necessità di una comunicazione efficace e assertiva, e l'importanza di riconoscere e rispettare i confini del proprio ruolo. Questa interazione ha creato un ambiente di apprendimento collaborativo, in cui i partecipanti hanno potuto confrontarsi, scambiarsi suggerimenti e sviluppare nuove strategie di intervento.

Inoltre, la partecipazione dei volontari ha mostrato un'elevata sensibilità verso la comprensione dei bisogni della comunità e una forte motivazione a migliorare il proprio operato. Il desiderio di contribuire attivamente al benessere collettivo e di acquisire nuove competenze per rispondere meglio alle esigenze della popolazione ha rappresentato uno degli elementi chiave emersi durante il percorso formativo. Durante gli incontri, uno degli aspetti più rilevanti emersi ha riguardato le difficoltà che i volontari incontrano nella gestione di cittadini con atteggiamenti irrispettosi, aggressivi o arroganti nei confronti loro e degli altri operatori. Queste situazioni, che si verificano con una certa frequenza nei vari contesti operativi, rappresentano una sfida significativa per i volontari, i quali si trovano spesso a dover fronteggiare comportamenti difficili senza avere strumenti adeguati a gestirli in modo efficace.

Le criticità più comuni segnalate hanno riguardato utenti che manifestano impazienza, scarsa considerazione per le regole del servizio o che, in alcuni casi, adottano toni prepotenti e offensivi nei confronti dei volontari. Alcuni cittadini, infatti, faticano a riconoscere il ruolo degli operatori AUSER e la loro funzione di supporto, dando luogo a situazioni di tensione che possono compromettere l'efficacia del servizio offerto e generare un clima di stress e disagio.

per i volontari stessi. Di fronte a queste sfide, è emersa con forza la necessità di dotare i volontari di strumenti pratici e strategie efficaci per affrontare tali situazioni in maniera assertiva, mantenendo un approccio rispettoso ma fermo. A questo proposito, durante il percorso formativo sono stati proposti modelli di comunicazione assertiva, finalizzati a gestire le interazioni con gli utenti in modo professionale, senza cedere a dinamiche conflittuali.

Attraverso l'acquisizione di competenze specifiche, i volontari hanno imparato a riconoscere i segnali di tensione, a prevenire l'escalation dei conflitti e a rispondere con autorevolezza e cortesia, mantenendo il controllo della situazione. Tali competenze sono state consolidate attraverso esercitazioni pratiche che hanno offerto ai volontari la possibilità di simulare scenari reali e di sperimentare diverse tecniche di gestione dell'aggressività verbale, del disorientamento e dell'ansia da parte degli utenti. L'uso di tecniche di de-escalation si è rivelato particolarmente utile per affrontare situazioni potenzialmente critiche, consentendo di ridurre le tensioni e ristabilire un dialogo costruttivo con i cittadini. Un altro aspetto cruciale affrontato ha riguardato la necessità di definire e comunicare chiaramente i confini del proprio ruolo, distinguendo le proprie competenze da quelle degli operatori sanitari e dei servizi sociali.

Durante il percorso formativo, i volontari hanno ricevuto una preparazione approfondita su come stabilire e mantenere i confini tra le proprie competenze e quelle degli operatori sanitari: la formazione ha sottolineato l'importanza di riconoscere e rispettare il proprio ruolo, evitando sovrapposizioni di funzioni che potrebbero generare confusione o inefficienza nell'erogazione dei servizi. Si è ragionato sul concetto di limiti operativi, ovvero sulla consapevolezza di quali attività rientrino nelle responsabilità del volontario e quali, invece, debbano essere affidate agli operatori sanitari o ad altre figure professionali. I volontari sono stati guidati nella comprensione del loro specifico ambito di intervento, che si concentra prevalentemente sull'accoglienza, l'orientamento e il supporto agli utenti, mentre le questioni di natura clinica o assistenziale richiedono il coinvolgimento di personale qualificato. Durante le sessioni di formazione, inoltre, si è posto l'accento sulla necessità di una comunicazione chiara e collaborativa con gli altri operatori della Casa della Comunità, al fine di garantire un coordinamento efficace e una gestione fluida dei percorsi assistenziali. Attraverso esempi pratici e simulazioni, i volontari hanno imparato a riconoscere le situazioni in cui è opportuno coinvolgere professionisti sanitari e a segnalare correttamente le esigenze degli utenti, favorendo così una gestione integrata e tempestiva delle richieste. È stato evidenziato come il rispetto dei confini di ruolo non significhi limitare l'azione del volontariato, ma piuttosto valorizzarla all'interno di una cornice di collaborazione strutturata, in cui ogni figura professionale apporta il proprio contributo specifico per il benessere complessivo della comunità.

La formazione ha dunque mirato a sviluppare una maggiore consapevolezza della propria identità operativa, rafforzando nei volontari il senso di appartenenza al team multidisciplinare e la capacità di interagire con le diverse figure professionali presenti nella Casa della Comunità. Infine, un altro aspetto trattato ha riguardato la continua evoluzione del sistema sanitario, che richiede anche ai volontari di mantenere un atteggiamento flessibile e proattivo nella ridefinizione del proprio ruolo. I cambiamenti normativi, organizzativi e tecnologici che caratterizzano il settore sanitario impongono una costante revisione delle modalità operative, e la formazione ha fornito ai volontari gli strumenti per adattarsi a queste trasformazioni in sinergia con il personale sanitario.

Durante il percorso formativo, è emersa con chiarezza una forte coesione tra i partecipanti, che ha rappresentato un elemento chiave per il successo dell'esperienza. I partecipanti (la maggior parte dei quali non si conosceva fra loro) hanno dimostrato una significativa capacità di

confrontarsi e supportarsi reciprocamente, creando un ambiente di apprendimento collaborativo e inclusivo. Questo spirito di squadra ha favorito la condivisione di esperienze e strategie, rafforzando il senso di appartenenza al gruppo e la fiducia reciproca. Uno degli aspetti più interessanti è stato l'uso spontaneo dell'ironia e della sdrammatizzazione come strumenti efficaci per alleggerire il carico emotivo che deriva dall'interazione con utenti spesso in condizioni di disagio o difficoltà. Questa capacità di affrontare situazioni complesse con un atteggiamento positivo ha contribuito a creare un clima sereno e accogliente, nel quale i volontari si sono sentiti supportati e valorizzati.

Durante gli incontri, sono emerse **qualità personali fondamentali** che caratterizzano i volontari e che li rendono risorse preziose all'interno delle Case della Comunità:

- **Motivazione e dedizione nel servire la comunità:** i partecipanti hanno dimostrato un forte desiderio di contribuire al benessere collettivo, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie energie con spirito di servizio.
- **Empatia e capacità di ascolto attivo:** la capacità di comprendere i bisogni degli utenti e di instaurare relazioni basate sulla fiducia e sull'accoglienza è risultata essere un punto di forza del gruppo.
- **Capacità di collaborazione e lavoro di squadra:** il gruppo ha mostrato una spiccata propensione a lavorare insieme, sostenendosi vicendevolmente e affrontando le sfide in modo collettivo.
- **Assenza di giudizio e apertura mentale:** i volontari si sono dimostrati capaci di accogliere le diversità con rispetto e senza pregiudizi, garantendo un approccio inclusivo e attento alle specificità di ogni persona.
- **Consapevolezza dei propri limiti e gratitudine per il riconoscimento ricevuto:** i partecipanti hanno saputo riconoscere il valore del proprio contributo e accettare con umiltà i feedback ricevuti, mostrando una grande disponibilità a migliorarsi continuamente.

Questi aspetti hanno permesso di costruire un gruppo solido e coeso, pronto ad affrontare le sfide quotidiane con determinazione e sensibilità. Tuttavia, è stata evidenziata la necessità di mantenere vivo questo spirito di squadra attraverso la replica di momenti periodici di confronto e supporto, che possano offrire occasioni per condividere esperienze, rafforzare i legami interni e affrontare insieme le difficoltà incontrate durante l'attività di volontariato.

Conclusioni

Le attività svolte nell'ambito dell'Azione 5 del Progetto "Essere e fare rete AUSER" hanno evidenziato il valore di un approccio integrato e collaborativo per il rafforzamento delle reti associative all'interno del contesto territoriale. La sinergia tra strutture sanitarie, Case della Comunità e organizzazioni del Terzo Settore rappresenta un elemento chiave per costruire un sistema di intervento più efficace e capace di rispondere ai bisogni della comunità in modo globale e inclusivo.

La condivisione di strumenti, risorse e buone pratiche favorisce un apprendimento cooperativo e non solo migliora l'efficienza degli interventi, ma amplifica l'impatto sociale delle iniziative, rendendole più incisive e sostenibili nel lungo periodo. Sul piano organizzativo, il progetto ha permesso di consolidare esperienze già in atto e di potenziare le competenze interne, con un'attenzione particolare alla formazione e al volontariato. Promuovere percorsi di apprendimento per i volontari, non solo sugli aspetti tecnici, ma anche sui valori fondamentali

del volontariato e sulla motivazione, è un passo essenziale per costruire una comunità più coesa, solidale e resiliente.

Un aspetto fondamentale emerso dal progetto riguarda la necessità di considerare i bisogni della comunità nella loro interezza, evitando di limitarsi alla logica dell'efficienza di un singolo servizio. La Casa della Comunità va vista come uno degli attori di un ecosistema più ampio, capace di rispondere alle sfide sociali attraverso un modello di intervento integrato e partecipativo. Le esperienze della Rete AUSER hanno dimostrato quanto sia fondamentale favorire il dialogo tra le diverse realtà territoriali, incentivando percorsi condivisi e soluzioni innovative per la gestione dei bisogni emergenti. L'Azione 5 ha inoltre rafforzato la Rete stessa, incentivando la costruzione di relazioni solide e durature tra AUSER Emilia-Romagna e le sue articolazioni territoriali.

Questo processo di consolidamento favorisce una maggiore connessione tra le varie realtà associative, creando opportunità di collaborazione e scambio di esperienze, indispensabili per affrontare in modo efficace le trasformazioni sociali, economiche e ambientali del nostro tempo. La comunità non è un'entità statica, ma un organismo in continua evoluzione. Per rispondere ai suoi bisogni è necessario adottare un approccio dinamico, flessibile e capace di adattarsi ai cambiamenti.

Case della Comunità, luoghi di Comunità Pratiche territoriali a confronto 28 maggio 2024



Progettare e condividere in RETE Elena Giustozzi

Oltre agli interventi in programma, sono intervenute anche la Presidente di AUSER Forlì Cesena Maria Luisa Bargossi, Silvia Napoli dell'Associazione AMALIA e Giulia Rossi economista.

L'incontro, che ha visto uno scambio delle diverse esperienze in corso di realizzazione da parte delle AUSER nei diversi territori, ha confermato uno sviluppo delle Case della Comunità (e delle case della Salute) e del tipo di intervento del volontariato (fra cui le stesse AUSER) abbastanza variegato nel territorio regionale. Lo sviluppo e la effettiva organizzazione delle Case della Comunità appare molto legato alle caratteristiche del territorio, alla storia dei servizi e delle comunità che lo vivono, dei bisogni che si sono evidenziati ed anche delle strutture preesistenti. A partire dalla consapevolezza che "i determinanti della salute" vanno oltre il settore medico, intrecciandosi con altre variabili legate allo stile di vita, al reddito, all'istruzione, al rischio solitudine/emarginazione, alle opportunità di socializzazione ecc, nelle diverse esperienze, un filo comune appare l'idea che la Casa della Comunità debba essere il luogo dell'intreccio e della relazione fra servizi sanitari, servizi socio assistenziali e comunità. Un primo nodo interessante, collegato alle caratteristiche dello sviluppo delle diverse esperienze, è apparso fin da subito quello legato alla qualità della governance adottata e che fa ancora una sostanziale differenza.

Apparirebbe necessario quindi trovare le strade per consolidare le esperienze di qualità, per renderle in grado di sopravvivere e svilupparsi anche con un cambio di governance lì dove fosse necessario. Nell'ambito del tema centrale del rapporto fra Pubblica Amministrazione e Associazionismo, parrebbe necessario fare maggiore chiarezza sul significato di co-progettazione. A che punto si colloca la co-progettazione fra bisogno e realizzazione del progetto? E' coerente la pratica della co-progettazione con la messa a bando delle attività e l'affidamento singolo? La Casa della Comunità e la comunità: cosa fanno i cittadini della Casa di Comunità? Come vengono comunicati loro i servizi presenti? Oltre alla difficoltà di far conoscere alla comunità intesa in senso lato La Casa della Comunità quale luogo della comunità e il ventaglio dei servizi disponibili, risulta molto difficile anche attivare la comunità locale sia per una puntuale raccolta dei bisogni, che per comprendere e testare l'efficacia dei servizi offerti etc. In molte realtà AUSER si occupa dell'accoglienza all'interno della Casa della Comunità, ma è da segnalare l'esperienza di Reggio Emilia che ha in corso di attuazione uno specifico progetto che è finalizzato alla formazione di volontari per renderli in grado di informare e orientare i cittadini su:

- Quali servizi presenti nella Casa della Salute;
- In quali altri luoghi trovare altri o ulteriori servizi;
- Quali le offerte del sistema del volontariato che possono rispondere o integrare i diversi bisogni;

E' di fondamentale importanza migliorare la comunicazione verso i cittadini riguardo ai servizi delle Case della Comunità potenziando il sistema digitale, ma anche modalità più accessibili in particolare alle persone anziane e/o migranti. È essenziale facilitare e semplificare l'accesso ai servizi e coinvolgere i cittadini nella loro costruzione e miglioramento continuo, nonché nella loro difesa. Un problema sentito, molto correlato al tema sopra trattato, è la difficoltà nell'attivare la comunità locale, che tende a muoversi solo rispetto alla richiesta di risposte ai bisogni individuali. Superare l'individualismo e favorire l'attivazione collettiva è cruciale per la partecipazione attiva, politica e sociale del territorio.

INTERVENTO

Silvia Napoli – Associazione “Amalia”

Buona sera, sono Silvia Napoli di Collettivo Amalia e rappresento una inedita modalità di collaborazione da parte del cosiddetto Terzo Settore sia in ordine al rapporto con le istituzioni politico amministrative territoriali sia in ordine alle istituzioni sanitarie. Una vicenda la mia legata in primis ad una ricerca storica e culturale su Genere, Cura, Controllo Sociale, attuata sempre collettivamente e in sinergia con competenze e generazioni femminili diverse che approda infine attraverso i meccanismi della prossimità al lavoro su e con l'organizzazione sanitaria per aprire gli spazi di questa alla Salute, al Benessere alla “Capacitazione”. Sapendo che diverse sono le sfide tutte di altissimo livello che ci competono: ovvero massimizzare le risorse, ma contemporaneamente innovare, attivare meccanismi di permeabilità e porosità sia trasversalmente che dal basso verso l'alto, coniugare universalismo con il rispetto delle differenze. In tutto questo la Casa della Salute ora Casa della Comunità è stata per noi come collettivo ormai focusizzato su pratiche di espressività laboratoriale e medicina narrativa e per tutto il composito e variegato gruppo di lavoro costituitosi in Quartiere intorno ad essa una eccezionale palestra di sperimentazione sia contenutistica che rispetto ai paradigmi della partecipazione sfuggendo noi sia alle retoriche di una partecipazione in qualche modo pilotata

sia a quelle dei comitati arrabbiati e troppo specifici. Da subito il gruppo Dgl con i suoi percorsi di ricerca e autoformazione ha rivendicato per sé un ruolo non solo consultivo ma di indirizzo, di redistribuzione di potere e di monitoraggio popolare. Così come la Casa di Comunità, che qualcuno più sapiente di me, definisce un *cloud* deve essere pronta ad uscire da sé per espandersi sul territorio, anche noi pratichiamo con visione antropologica un cercare, trovare e riconsegnare storie alla comunità nel fuori e nel vivo del contesto interno e rivolgendoci sia alla cittadinanza che agli operatori. L'esperienza della Casa della Comunità Navile, per quanto mi concerne, specialmente ora che si è approdati ad una fase di ricerca sull'innovativo progetto CAU Centro Assistenza Urgenze, per ora esperienza prettamente bolognese e metropolitana, non ancora diffuso a livello nazionale, si colloca dunque nell'ambito preciso delle questione di Governance e condivisione. Quello che è dal mio punto di vista molto stimolante e una pista di lavoro che vi invito a perseguire è che possono essere di molteplice qualità e livello sia i modelli organizzativi delle diverse Case, sia i servizi proposti, sia le complesse fasi di transizione da Case della Salute a Case della Comunità. Questa transizione per il Quartiere Navile, incastonata nel complesso "Tettoia Nervi-Uffici comunali- Casa di Quartiere" è un passaggio avvenuto in relativa naturale continuità. Intendo dire che in passaggi meno scontati e più complessi possono evidenziarsi, assieme alle difficoltà, sperimentazioni e innovazioni. Inoltre sarà da vedere e verificare cosa succederà con le attività relative all'attuazione del PNRR: cosa e se si costruendo un percorso partecipativo e quali peculiarità saprà presentare. Alla fine il lavoro a testa bassa e a tempi stretti di ogni polo sanitario fa sì che spesso manchino momenti di confronto. Questo tavolo e questo progetto "Essere e fare RETE Auser" nel quale la presenza e la conduzione di AUSER e la collaborazione con il sindacato mi paiono importantissime forme di legittimazione e di vivo interesse sociale, se inserito nel paradigma sanitario, devono farsi soggetti per una spinta alla creazione di momenti di raccordo, scambio e incontro cadenzati e strutturati almeno a livello regionale delle varie forme di esperienze in essere.

INTERVENTO

Anna Del Mugnaio- Quartiere Navile Bologna

SLIDE 1 – Partecipare “in Sanità”: una esperienza nel Quartiere Navile a Bologna

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

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

Il Cdq con un proprio odg decide di Istituire un «Gruppo di lavoro per la casa della Salute» composto da Consiglieri, cittadini e cittadine e associazioni che si dichiarano disponibili a lavorare per promuovere quella nuova idea di Salute e di territorio che la Cds ha tra i suoi obiettivi

L'obiettivo è quello di costruire uno spazio pubblico e istituzionale per promuovere il progetto della Casa salute, favorirne la conoscenza, attivare la collaborazione con il terzo settore e la comunità.

SLIDE 2 – La strada è fatta!

Dal 2018 ad oggi il Gruppo di lavoro ha svolto oltre 15 incontri di approfondimento, il gruppo si è allargato e nel tempo è diventato un vero tavolo «consultivo» capace di produrre proposte, porre domande per un nuovo welfare del territorio.

Nel 2020 è stato elaborato un documento che il CDQ ha fatto proprio e che resta tuttora un punto di riferimento valido anche dopo l'emergenza Covid che ha reso ancora più evidenti le

disparità territoriali, il bisogno di prossimità e di conoscenza del territorio e di integrazione tra servizi e comunità.

SLIDE 3 – La strada da fare

La nostra Casa della salute è adesso Casa della Comunità: dovrà raggiungere in breve tempo nuovi standard di servizio di apertura e di qualità, ma siamo già a buon punto!

Diventare Casa della Comunità significa soprattutto che la Comunità “deve essere chiamata alla costruzione del proprio progetto di benessere”: è necessario trovare luoghi e strumenti per farlo!

Nei prossimi mesi a partire dal Gruppo di lavoro vogliamo costruire insieme (le Istituzioni, il Quartiere, l’Azienda USL e tutte le associazioni e i cittadini ...) spazi pubblici diffusi di conoscenza, partecipazione, valutazione dei bisogni che concorrano alla costruzione della nuova sanità territoriale nel nostro Quartiere

SLIDE 4 – Avevamo un piano

Durante e dopo il COVID19 il piano del Gruppo era quello di “uscire dai muri” della CDQ e del Quartiere, ascoltare direttamente i bisogni e le richieste delle persone “ingaggiando” professionisti, stakeholders, Terzo settore.

Intanto “studiamo” il Quartiere dal punto di vista dei determinanti di salute (la ricerca del CSI) e osserviamo come alcune aree abbiano più bisogno di altre: c’è un tema di equità (crisi di MMG lo dimostra)

Condividiamo la nascita nel territorio di Pescarola della nostra prima microarea: una progettualità da estendere, riproporre proprio come approccio ai temi dell’equità ... Facciamo un importante approfondimento sulla Psicologia di Comunità: un tassello che manca, di cui c’è bisogno.

SLIDE 5 – 2023: si apre una fase nuova, le case della Comunità

Siamo diventati “Casa della Comunità” in una notte: ma il DM 77 parla di un coinvolgimento della Comunità forte che non c’è ... “... e’ la Comunità che interpreta il quadro dei bisogni costruisce il proprio progetto di salute”, Ci rimettiamo al lavoro.

La nostra “Casa della Comunità” ha i titoli per questo up-grade ed è una buona notizia. Sono stati anni di crisi e di crescita nel pieno della pandemia da COVID19. Riflessione interna tra i professionisti sul lavoro di equipe, sull’identità del servizio, sulle aperture al Terzo Settore: si sono realizzate più cose di quelle che sappiamo (anche questo è un segnale). C’è un nuovo management che “ci riconosce”. Ci sono le condizioni

E’ il momento delle scelte: la crisi finanziaria impone di investire ascoltando i bisogni, in un’ottica di equità territoriale se vogliamo restare nell’alveo costituzionale. Per questo è necessaria una nuova stagione di partecipazione.

SLIDE 6 – Le domande necessarie per avviare questa nuova fase

Perché, nonostante il COVID19 abbia illuminato le disuguaglianze in salute (i determinanti che avevamo studiato) e reso chiaro quel nuovo concetto di “salute” che non è solo cura ... Perché il discorso pubblico sulla Sanità non decolla e le scelte sono implicitamente delegate ai vertici tecnici e di governo?

Emergono bisogni individuali o di categorie definite, ci si coagula sulla protesta ... mancanza di MMG, cessazione di un servizio (CUP, prelievi ...) che interessano tutti, ma non emerge un movimento radicato che avanzi una proposta collettiva, per esempio, sulla Sanità territoriale ritenuta essenziale da tutti?

D'altra parte anche il nostro obiettivo come GDL di coinvolgere "la comunità" si ferma a domandarci quale sia la comunità che ci interessa attivare ... e come farlo (mancano gli strumenti e promuovere la partecipazione è duro a farsi ...)

SLIDE 7 - Le convinzioni che abbiamo maturato e su cui è necessario lavorare

Occorre allestire spazio di conoscenza, trasparenza, verifica "popolare" e periodica sugli obiettivi di salute che si perseguono in un territorio: dentro le Case della Comunità, Case di Quartiere, Centri civici. Liberare dalle ombre, dagli eccessivi tecnicismi, le decisioni che riguardano la vita di tutti e che vengono assunte quotidianamente.

Occorre ridurre la frammentarietà degli interlocutori/decisori tecnici e politici con cui la comunità può interloquire: con quanti professionisti dobbiamo parlare per venire a capo di un tema? Dove sono reperibili i dati che servono per partecipare? Occorre una piattaforma condivisa di conoscenze ...

SLIDE 8 - Università/conoscenza/la casa della Comunità esce dai muri

Per illuminare la scena e fornire strumenti di conoscenza e di partecipazione, abbiamo costruito un rapporto con l'Università.

Adesso abbiamo avviato un lavoro di monitoraggio sul campo riguardo alla casa della salute. Abbiamo svolto diversi incontri nelle Case di Quartiere, individuato nuovi "campi di azione": esperienza del Gorki, per esempio.

SLIDE 9 - Le convinzioni che abbiamo maturato ...

Occorre mettere a disposizione dei cittadini/e materie concrete su cui si sentano chiamati a co-progettare da parte delle Istituzioni Locali e delle Aziende Sanitarie: non ci sono sempre risposte "obbligate" ai bisogni (questo è quello che siamo costretti a credere) e, soprattutto, la sanità territoriale è terreno di innovazione, sperimentazione, integrazione con il Terzo Settore, cittadinanza attiva.

E' necessaria una governance integrata socio-sanitaria che operi dentro le Case della Salute e nel sistema territoriale dei servizi: il vero salto di qualità delle Case della Comunità dovrebbe essere proprio questo ...

Condizioni favorevoli alla promozione del lavoro di equipe, il dialogo interprofessionale, la rete: superare gli steccati delle appartenenze, dello "specifico", delle competenze e dei rapporti di forza (di potere) è necessario per costruire un rapporto di fiducia con la comunità

SLIDE 10 - Il CAU

Cosa ha cambiato l'apertura del CAU (importante step nella costruzione delle Case della Comunità)

Opportunità in più per i cittadini, sicurezza, si rafforza la rete territoriale

Grande investimento: terrò? Non andrà a discapito di altri bisogni?

La nostra esperienza è molto buona

Ma va rimesso al centro il tema della rete degli MMG.

SLIDE 11 - E' indispensabile il "riconoscimento"

La co-programmazione e co-progettazione (governo condiviso) devono entrare nelle "regole" dello sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale.

Non solo regolamenti o procedure consultive, ma una vera costruzione dal basso del benessere della Comunità. Come del resto docet il DM 77.

INTERVENTO

Antonella Lazzari – Presidente Auser Bologna

Il rapporto con la Pubblica Amministrazione e l’Azienda Usi di Bologna – La Casa di Quartiere Katia Bertasi

Il Comune di Bologna ha una lunga tradizione di collaborazione con il Terzo Settore, Bologna è ricca di associazionismo, volontariato, e cooperazione sociale. Il Quartiere Navile è caratterizzato da un forte tessuto associativo e una lunga storia di rapporto tra Uffici territoriali e Terzo Settore; al contempo presenta un ampio numero di persone con background migratorio. Già nel 2014 il Comune di Bologna si domandava come rendere i cittadini attivi e come non disperdere le disponibilità di quelli già attivi cogliendo anche le istanze che provenivano dai cittadini stessi, volenterosi di collaborare con l’Amministrazione pubblica e, al contempo, impossibilitati perché non esisteva lo strumento giuridico amministrativo in grado di regolare questo rapporto. Sotto l’impulso e con la collaborazione del Prof. Gregorio Arena e di Labsus, nasceva un Regolamento per la gestione de Beni Comuni teso a valorizzare la collaborazione fra la Pubblica Amministrazione e il privato cittadino e/o il terzo settore all’insegna della sussidiarietà orizzontale, ideando un nuovo strumento amministrativo. Viene così introdotto il Patto di Collaborazione: uno atto amministrativo dove non esiste un rapporto sinallagmatico, ma di collaborazione dove si accoglie e si valorizza la disponibilità di un soggetto terzo rispetto alla Pubblica Amministrazione a operare per il bene comune. L’amministrazione comunale, sottoscrivendo il Patto di collaborazione con il privato, condivide e di autorizza ad operare su quel bene (giardini, piazze, cortili, panchine, promozione culturale etc.) e, al massimo, sostiene le spese vive. E’ un ottimo strumento amministrativo, molto innovativo, ma purtroppo nel tempo si è un po’ troppo appesantito dal punto di vista burocratico. L’altro aspetto da sottolineare è che non si è esteso nel territorio metropolitano. Altro aspetto da sottolineare che in questi anni il Comune di Bologna ha di fatto operato con due regolamenti che avevano diversi punti di contatto: il Regolamento dei beni Comuni e il Regolamento per i rapporti con le libere forme associative. Trascorsi dieci anni - in cui è stato promulgato il Testo unico del Terzo settore, c’è stata la sentenza della Consiglio di Stato 131/2020, il d.lgs. 72/2021 che approva le “linee guida che disciplinano il rapporto fra pubblica amministrazione e terzo settore” e, al contempo, il Comune di Bologna ha operato moltissimo, proprio come azione politica e amministrativa, per promuovere la partecipazione dei cittadini -, si è avvertita l’esigenza di pervenire all’elaborazione di un nuovo Regolamento per i beni comuni che, questa volta, comprendesse il rapporto con il singolo privato cittadino sia con tutto il Terzo settore. Per questa ragione l’Amministrazione comunale ha svolto una importante azione politica e di partecipazione della cittadinanza e del Terzo Settore avviando un lungo percorso di lavoro che è durato più di un anno. A seguito di un percorso che ha coinvolto c.a 500 cittadini attraverso 7 Focus Group, 2 assemblee pubbliche, 6 Laboratori di Quartiere e uno spazio digitale per la raccolta di consigli, spunti di riflessioni e direttive da parte della comunità, si è giunti nel 2023 alla sottoscrizione del “ Nuovo Patto per l’Amministrazione Condivisa”, alla elaborazione del Nuovo Regolamento e alla modifica dello Statuto comunale in cui è stato dato valore al ruolo del Terzo Settore e dei soggetti civici nella lettura dei bisogni, nella condivisione di linee di intervento. Nel Patto è prevista la costituzione di un Comitato d’Impulso e Monitoraggio per la promozione e l’elaborazione di sistemi di impatto, promozione di percorsi formativi e informativi e di coinvolgimento della comunità. E’ inoltre previsto di organizzare,

con cadenza annuale, gli “Stati generali per l’amministrazione condivisa”, un incontro annuale con le Associazioni e la cittadinanza di confronto e ascolto reciproco. E’ evidente che il Regolamento – frutto lavoro corposo che è stato fatto qui a Bologna, dall’amministrazione insieme al Terzo Settore, al Forum ecc. - necessita di essere sperimentato: bisognerà capire bene chi può fare cosa (gruppi informali, associazioni non iscritte al RUNTS. etc). Il Nuovo Patto per l’Amministrazione Condivisa e anche il Regolamento prevedono il coinvolgimento anche di soggetti non iscritti al RUNTS proprio per non disperdere energie e risorse ed entusiasmo della comunità, sempre però nel rispetto delle disposizioni di legge nazionali e regionali. Occorre inoltre la competenza e la capacità di tutta la Pubblica Amministrazione, nelle sue varie articolazione, di sapere gestire la gamma di strumenti amministrativi posti in essere per costruire un rapporto con il Terzo settore, adeguando il percorso amministrativo e l’atto alle situazioni e contesti. Analogamente questo discorso vale per il Terzo Settore che deve essere in grado di porre osservazioni laddove l’azione della Pubblica Amministrazione non sia adeguata al disegno normativo e regolamentare. Occorre, inoltre, abbandonare la vecchia abitudine al Bando di Gara come unica soluzione. E questo vale sia per il terzo settore che per la pubblica amministrazione. Al contempo non si può pensare di trasformare tutta l’attività e di adottare per ogni situazione la “formula” della co-progettazione e co-programmazione. La normativa prevede anche le convenzioni e per alcune attività questo è lo strumento amministrativo più idoneo. Aggiungo che anche da parte del Terzo Settore c’è un po’ di preoccupazione rispetto ai tempi e all’impegno richiesto per la co-programmazione e co-progettazione. Si dovrà arrivare ad una metodologia di lavoro in grado di ridurre questi tempi che, per una certa parte del Terzo Settore, sono tempi che costano anche economicamente. Per quanto riguarda l’Azienda USL di Bologna si sono osservati due percorsi ben distinti, uno molto interno che riguarda più il rapporto amministrativo, di convenzione fra l’azienda Usl e il terzo settore e l’altro più legato alle Case della comunità e alla medicina territoriale, alla diffusione del concetto di salute in cui si osserva un’apertura dell’Azienda USL nei confronti della cittadinanza. Per quanto riguarda il primo percorso relativo al rapporto con il terzo settore in convenzione, è stato elaborato un Regolamento che è sicuramente un ottimo prodotto amministrativo. Il **Regolamento per il rapporto con il Terzo Settore** è stato però elaborato con un percorso tutto interno all’Azienda Usl di Bologna con una consulenza di un esperto, il Prof. Santuari. E’ stata una operazione di adeguamento amministrativo alla normativa vigente, che non ha visto il coinvolgimento neppure dei Comitati Consultivi Misti. Organismo aziendale di consultazione presente in ogni distretto e composto da Associazioni e Organizzazioni del Terzo Settore. Questi organismi sono stati coinvolti solo in sede di presentazione del Regolamento. Sembra di potere osservare che quello dell’amministrazione condivisa sia, in questo caso, ancora un tema molto lontano dall’ambito sanitario. L’apertura e l’importanza del rapporto con il Terzo Settore lo troviamo invece quando parliamo di territorialità. In questo caso il valore e la partecipazione del Terzo Settore viene evidenziato con il d.lgs. 77/2022 quando si affronta il servizio di Medicina Territoriale e soprattutto delle Case della Comunità. Riporto due articoli che a mio avviso centrano questo aspetto.

art. 2 sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale prevede l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona attraverso i vari servizi fra cui la casa di comunità e anche

“Attraverso forme di valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende sanitarie locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore etc ...)”

l'art. 5 è sulle Case della Comunità e ci sono due passaggi a mio avviso importanti:

“La Casa di Comunità rappresenta il luogo in cui si coordina e si integra il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intra-settoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito, costituisce un progetto di innovazione in cui la Comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della Comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio”

In sintesi, la Casa di Comunità quale luogo di progettualità con e per la Comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- E' il luogo dove la Comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi.
- E' il luogo dove professioni integrate fra loro dialogano con la Comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della Comunità, attraverso il lavoro inter-professionale e multidisciplinare.
- E' il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della Comunità, attraverso lo strumento del budget di Comunità.
- E' il luogo dove la Comunità ricompono il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

Nella pratica, ci stiamo accorgendo che nella realizzazione di ogni Casa della Comunità, questi concetti vengono declinati in modo diverso a seconda dei contesti. Un esempio classico è la Casa della Salute già attiva, talvolta realizzata presso strutture sanitarie ospedaliere. E' evidente che il luogo e la accessibilità a quel luogo fa la differenza nella percezione del cittadino. Assistiamo invece, come nel caso del Quartiere Savena, alla costruzione di una nuova Casa di Comunità a fianco di una biblioteca, dove i cittadini sono stati coinvolti in assemblee. E infine all'esperienza del Quartiere Navile, estremamente interessante, perché nata già come Casa di Salute in un edificio nuovo e già identificato dai cittadini come luogo dedicato alla salute. Soprattutto in questo contesto, proprio per la storia di partecipazione storicamente presente, il Quartiere ha coinvolto la Casa della Comunità in una operazione di apertura e dialogo con la comunità, prevedendo incontri con la cittadinanza presso le Case di Quartiere e presso luoghi di aggregazione. Per concludere, mi sembra di potere dire che l'importanza data dai sistemi amministrativi al Terzo Settore sia in continua crescita e miglioramento, ma come abbiamo visto con modalità molto diverse che risentono anche della cultura amministrativa e organizzativa dell'Ente e della funzione svolta. Sul tema “Salute e Case della Comunità” mi chiedo quale possa essere la funzione delle associazioni e della comunità di riferimento: quale tipo di partecipazione e di coinvolgimento della comunità e del terzo settore? Che forme di accoglienza reciproca di pratiche e riflessioni? E' una Casa della comunità chiusa fra le sue pareti e che fa qualche incontro con le Associazioni? E una Casa della Comunità che accoglie tutte le associazioni, come talvolta mi è capitato di sentire? Quali professionalità e quali competenze sono necessarie nella costruzione dei processi? Ci sono ancora molti punti da comprendere e chiarire, ma soprattutto c'è bisogno di pervenire ad una visione comune di cosa si intenda per Casa di comunità, e c'è bisogno di entrare davvero in relazione ed operare con la comunità perché conosca la nuova filosofia che sottende a questo cambiamento da Casa della salute a casa della Comunità.

INTERVENTO

Mirella Collina – Auser Imola

Case della Comunità: Un'esperienza a Castel San Pietro Terme

Il primo nucleo operativo della Casa della Salute di Castel San Pietro è stato attivato nel 2013 e nel 2014 è stato allargato con l'Ospedale di Comunità composto dalla struttura residenziale di cure intermedie e dall'Hospice. La popolazione di riferimento di questa Casa della Comunità è composta da circa 27.500 cittadini (comune di Castel San Pietro e comune di Dozza), quasi un quarto ultra sessantacinquenni e di cui 1 su 6 supera gli 85 anni di età. All'interno della Casa della Comunità sono presenti diversi professionisti che operano in una logica di integrazione mettendo al centro il benessere del cittadino: medici specialistici, Medici di Base, Pediatri di famiglia, Medici di continuità assistenziale, infermieri e operatori sanitari territoriali, Assistenti Sociali, sanità pubblica, salute mentale e associazioni di volontariato. All'interno della Casa di Comunità sono predisposti ambulatori per i Medici di Base e i Pediatri di famiglia dove ricevono i loro assistiti. Allo stesso modo per le consulenze Psicologiche e lo Spazio Giovani (servizio del Consultorio dedicato ai giovani), gli Assistenti Sanitari, Consultorio Familiare, la Sanità Pubblica e l'ambulatorio veterinario. La struttura residenziale ospita persone anziane e fragili che necessitano per alcune settimane di un'assistenza sanitaria per concludere il percorso di recupero (servizi di riabilitazione e addestramento del familiare di riferimento). La gestione è infermieristica e l'assistenza medica è assicurata solo in alcune fasce orarie del giorno (geriatri, palliativisti e fisiatri) e nei giorni festivi dai Medici di Continuità Assistenziale. Per le cure intermedie sono presenti 21 posti letto + 12 di Hospice. Per la promozione del benessere della comunità è presente una sala conferenze dove vengono organizzati, in collaborazione con le associazioni, eventi informativi, promozione della salute e del benessere, convegni, riunioni. Nella struttura adiacente la Casa della Comunità è insediato il Coordinamento delle Associazioni di volontariato (anche Auser Imola ha la sua sede) con sedi fisiche e sala per riunioni ed eventi. Auser Imola è all'interno della Casa di Comunità con un ambulatorio infermieristico dove i volontari (4 IP+1 generico) effettuano punture, piccole medicazioni, pressione, glicemia. Vengono svolti progetti Auser con una nutrizionista e con un'associazione per controllo nevi.

Nella Casa della Salute sono attivi 2 progetti ai quali Auser partecipa attivamente:

- 1) Progetto "Accoglienza" per orientare il cittadino ai servizi offerti all'interno della Casa della Comunità;
- 2) Progetto "I pomeriggi del té" realizzato presso la struttura cure intermedie, prevede che le associazioni (Auser) un pomeriggio alla settimana organizzino un breve momento di convivialità e svago per ospiti e famiglie.

INTERVENTO

Nerio Menozzi – Vice Presidente Auser Reggio nell'Emilia

Case della Comunità: saper accogliere e orientare

Riflettendo in merito alla esperienza fatta durante l'emergenza COVID con nostri volontari, di presidio ai check-point di accesso a strutture sanitarie, riflessione che ha coinvolto la struttura Auser (volontari in primis) e la Direzione Generale della AUSL, esperienza giudicata positivamente da entrambe le parti, abbiamo convenuto di dare continuità, anche se in punti numericamente ridotti, privilegiando strutture e sedi che erano state oggetto di riorganizzazione. Durante il periodo della pandemia avevamo privilegiato la collaborazione con l'Azienda Sanitaria a richieste pervenute da altre amministrazioni pubbliche (ad esempio Agenzia delle Entrate) per ovvie motivazioni di coerenza ai principi ed ai valori che sottendono alla esistenza stessa di Auser. Successivamente, nella primavera/estate del 2022, abbiamo partecipato ad un bando di un Distretto della stessa Ausl per la creazione dello sportello del Volontariato presso la **Casa della Salute** di Montecchio Emilia: il fine è stato quello di creare un momento di prima accoglienza ai cittadini/utenti in merito ai servizi sanitari presenti presso la **Casa della Salute**, ma anche sulle opportunità che le Associazioni del Volontariato sono in grado di offrire in quel determinato territorio: opportunità che spesso rendono concretamente fruibili alcuni diritti. Si pensi soprattutto agli accompagnamenti presso strutture sanitarie, sempre più difficilmente raggiungibili a causa delle trasformazioni, anche radicali delle strutture sanitarie a seguito ed in conseguenze alla pandemia. Con la regia del Distretto Sanitario si è costituita una rete informale di Associazioni (AUSER, AVIS, AVO, Casina dei Bimbi, Fondazione Lodini – Progetto SeNonAltro, ecc.) che, dopo adeguata formazione ed indagine sulle attività del mondo del volontariato sul territorio, sta gestendo lo Sportello, purtroppo incontrando qualche difficoltà, a cominciare dalla logistica, collocata nella sala d'ingresso. Il successivo Bando, ad inizio 2023, della fondazione Manodori, ci ha dato la possibilità di fare un ulteriore passo nella individuazione di un ruolo, meglio definito, del volontariato nelle Case della Comunità. **Con la partnership di due distretti della Ausl (distretti della Val d'Enza e Tresinaro Secchia), delle relative Unioni dei Comuni**, dopo aver definito il quadro dei servizi esistente, e delle esigenze, stiamo organizzando i momenti formativi, puntando su competenze, non tecnico-sanitarie, ma competenze comunicative e relazionali in coerenza con la necessità di orientare i cittadini/utenti nel sistema di servizi sempre più complesso e sottoposto a momenti di riorganizzazione anche importanti. Anche in questa realtà, Auser non sarà la sola associazione coinvolta: per il momento saremo affiancati dalla locale Croce Rossa: le attività di formazione sono rivolte contemporaneamente ai volontari di entrambe le associazioni. Il progetto ha l'ambizione di creare anche dei volontari che possano svolgere una attività di facilitatori (se non di vera e propria formazione) anche negli altri distretti-territori in concomitanza della apertura di altre Case della Comunità.

