

**REPORT**

**TRIAGE**

**SOCIALE**

**2023-2024**



# **INDICE DEL DOCUMENTO**

**SEZIONE 0** In che contesto ci muoviamo

**SEZIONE I** Il contesto sanitario

**SEZIONE II** La risposta dei municipi sociali

**SEZIONE III** I dati del triage

**SEZIONE IV** Conclusioni

## IN CHE CONTESTO CI MUOVIAMO

*È difficile guardare all'anno 2023 senza amarezza: da fin troppi punti di vista, infatti, e su diverse scale, è stato caratterizzato da vicende buie come l'inasprirsi di conflitti e la perpetrazione di genocidi, il reiterarsi di episodi di femminicidio, l'aggravarsi della crisi climatica, la legittimazione sempre più esplicita della criminosa apologia dei fascismi e le misure sinistramente repressive e anticostituzionali messe in atto su più fronti contro attivista, studenta, migranta.*

A fronte di questi eventi apparentemente disconnessi eppure caratterizzati da relazioni sistemiche all'interno di un paradigma di sviluppo distorto, è imperativo essere vigili, mettere in evidenza, tramite l'agire politico, le molteplici mancanze dei governi a vari livelli, e interrogarsi attivamente su modalità alternative attraverso cui costruire il presente e immaginare un futuro diverso da quello che le configurazioni socia-

li, politiche ed economiche della contemporaneità stanno rendendo sempre più escludente e insostenibile. A Bologna, i Municipi Sociali e nello specifico Làbas si muovono in questo contesto, configurandosi come osservatorio delle trasformazioni locali, come contenitori e coordinatori di lotta e come cassa di risonanza delle istanze politiche.

*Il report che state leggendo nasce dallo sforzo di sintetizzare l'operato, lungo questi tre assi, del Laboratorio Salute Popolare, che ha casa nel quadriportico di Vicolo Bolognetti 2 e che dal 2018 catalizza intorno a sé il lavoro di cura portato avanti dai Municipi Sociali, con l'obiettivo di ragionare sui determinanti sociali della salute e di agire a contrasto della marginalizzazione sistematica di fasce fragili di popolazione, ormai sempre più ampie.*

Questi determinanti sociali, che spaziano dal diritto alle cure al diritto all'abitare, sono quelle che la [World Health Organization](#) definisce "i fattori non medici che influenzano la salute delle persone" e che, sempre secondo la WHO, giocano un ruolo importante nelle "ingiuste ed evitabili" disuguaglianze legate

alla salute. Le disuguaglianze insite nel complesso sistema delle determinanti della salute sono, oggi, inasprite dal misero stato in cui vertono le politiche sociali a livello internazionale e italiano: queste ultime infatti non solo nulla fanno per presentare adeguata risposta al disagio abitativo o ai flussi migratori, ma osteggiano apertamente il raggiungimento di standard dignitosi di vita per molte di coloro che si trovano ai margini della cosiddetta "normalità" - come dimostrato dai tagli alla sanità, e dalla totale assenza nella legge di bilancio di misure in favore dei giovani (cui va solo il 3% della detta legge) o degli anziani non autosufficienti.

*Sono assenti considerazioni relative alla questione abitativa, alla rigenerazione urbana e ai rischi, per la salute umana, causati dai cambiamenti climatici.*

La questione abitativa è, appunto, dirimente non solo nel campo, intersezionale e di ampio respiro, delle determinanti sociali di salute, ma anche nel più "banale" accesso alle cure: non disporre di una casa significa, il più delle volte, non disporre neppure dello status giuridico per avere una tessera

sanitaria. Che si tratti di studenta, precaria, richiedenti asilo o anziana sola, dunque, la maggior parte delle persone che vive e lavora in città sperimenta una condizione di disagio abitativo più o meno grave, che si ripercuote a tutto tondo sul suo stato di salute - come mostreranno i dati del triage più avanti, infatti, non solo la condizione abitativa e, con essa, la povertà strutturale, è origine di una molteplicità di problemi di salute, ma rappresenta anche essa stessa una delle barriere più drammatiche nell'accesso alle cure.

*A Bologna, come in molti grandi centri attrattivi, la situazione è più buia che altrove: il prezzo di una locazione, dal 2018 a oggi, è salito di oltre il 30%, passando da 12,7€ al m2 a 18€<sup>1</sup>.*

L'inarrestabile impennata dei prezzi bolognesi l'ha resa di recente la seconda città per il costo della vita - un primato che si colloca in un più ampio quadro di mancata regolamentazione degli affitti brevi e che si lega al progressivo sbilanciamento privatistico non solo del mercato immobiliare, ma della pianificazione urbana stessa relativa all'abitare. Questo ha avuto ricadute

1. Francesca Capoccia (2023). Bologna tra sfratti e occupazioni: soluzioni che resistono all'emergenza abitativa. The Bottom Up.

prevedibilmente disastrose su fasce sempre più ampie di popolazione: stando a un report della Regione Emilia-Romagna, *nel 2019 a Bologna sono stati emessi 913 provvedimenti di sfratto, 787 dei quali erano per morosità - si tratta dell'86% dei casi*<sup>2</sup>.

Questo ha fatto sì che si moltiplicassero in città risposte dal basso che facessero fronte a uno stato di emergenza ampiamente ignorato dalle autorità municipali, che nell'aprile 2023 hanno costituito un Osservatorio Metropolitano sul Sistema Abitativo a Bologna, che calca (con ogni probabilità vanamente) le orme del preesistente Osservatorio Regionale del Sistema Abitativo.

Queste risposte dal basso hanno assunto perlopiù la forma di occupazioni di edifici vacanti disegnando insieme a famiglie, studente e lavoratore modalità originali e solidali di abitare la città: tuttavia, queste ultime hanno incontrato da parte delle istituzioni pubbliche solo risposte repressive, che hanno condotto a sgomberi violenti - al punto che neppure una stampa abitualmente connivente ha potuto esimersi dal dare evidenza pubblica di queste modalità inaccettabili<sup>3</sup>:

alla mancanza di politiche abitative che siano adeguate alla crisi dilagante fa da contrafforte l'utilizzo spregiudicato della forza e del controllo sociale.

Questo sistema repressivo è culminato in due momenti emblematici della temperie politica del periodo che stiamo vivendo: il primo è un'ordinanza, emanata il 28 febbraio ai danni di sei attivisti del Municipio Sociale Làbas, che ha imposto loro il divieto di dimora nella città di Bologna quattro mesi dopo lo sgombero violento dell'Istituto Santa Giuliana, uno stabile vacante che era stato messo a disposizione di studente, lavoratore povero e precario.

La contraddizione appare evidente perché intenzionale: le persone colpite dal divieto di dimora, in quanto attivisti, operatori sociali, impegnati nel proprio lavoro quotidiano per nel diritto alla casa, al lavoro, alla salute, sono stati marchiati come "pericolosi" dallo stesso sistema che, con un pestaggio fuori scala, hanno privato decine di persone di una casa in pochi minuti di violenza. Il secondo momento corrisponde alla sentenza del TAR che avrebbe giudicato illegittima l'assegnazio-

ne degli spazi di Vicolo Bolognetti 2 alle attiviste di Làbas, ritenendo invece che questi spazi debbano essere destinati alle associazioni che, all'epoca, presentarono la propria candidatura.

La soddisfazione espressa dalle destre è inserita nel solco degli attacchi subiti in molte occasioni recenti anche in Consiglio Comunale a Bologna e nel più ampio piano che mira a corrodere il tessuto sociale e relazionale dei movimenti dal basso in tutta Italia.

***A Bologna, e a Vicolo Bolognetti, non lasceremo che questo processo giunga a compimento: non ce ne andremo - anzi, con rinnovato slancio porteremo avanti l'agire politico trasformativo che ci contraddistingue e le nostre pratiche di reciprocità, e continueremo a contaminare la trama della città contro l'avanzare della repressione, della segregazione e dell'esclusione, mostrando che un modo diverso di immaginarla, di praticarla e di costruirla insieme è possibile.***

### **3. Le occupazioni e gli sgomberi degli ultimi mesi:**

18 luglio: H.O.M.E., ex Caserma Masini, Via Orfeo

17 ottobre: In/out, Via Mazzini

06 dicembre: Via di Corticella e Viale Filopanti

19 dicembre: Prati di Caprara

2. Regione Emilia Romagna (2019). Gli sfratti in Emilia-Romagna. Osservatorio delle politiche abitative.

## IL CONTESTO SANITARIO

*Non diversamente dalla questione abitativa, anche nell'ambito medico le risposte alla pressione crescente sul sistema sanitario hanno agito per sottrazione, minando le basi già erose della sanità pubblica in una duplice direzione: Da un lato tramite un taglio sistematico e progressivo di fondi, come previsto dalla legge di bilancio, dall'altro tramite la ristrutturazione di alcuni presidi e la creazione di nuove infrastrutture sanitarie.*

È il caso dei Centri di Assistenza Urgenza (c.d. CAU) e delle costituenti Case di Comunità, soprattutto nella Regione Emilia-Romagna, che non sono altro che soluzioni superficiali, emergenziali e provvisorie, che nulla hanno a che vedere con la lungimiranza di una vera riforma sanitaria territoriale; quest'ultima, infatti, dovrebbe aspirare a mettere in atto un sistema sanitario di prossimità, che sia dun-

que vicino alle esigenze reali delle persone in una duplice accezione, di prossimità fisica, strutturale, di accessibilità diffusa in termini economici, legali, sociali, e di etica della cura.

Oggi, questo sistema sanitario di prossimità è inesistente: anche se degli investimenti di natura infrastrutturale sono stati disposti per la riqualificazione delle Case della Salute in Case di Comunità, nulla è cambiato nell'approccio con cui queste ultime si pongono in relazione con il territorio e chi lo abita; ancora più grave è la situazione dei CAU, che nascevano con l'obiettivo di desaturare il pronto soccorso dalla pressione dei molti codici bianchi, ma che invece di affiancare i pronto soccorso stessi hanno finito in diversi luoghi col sostituirli; questo causa dunque un drammatico depotenziamento del servizio sanitario locale, in cui: manca il personale (si è stati costretti, a dicembre, a ricorrere ai medici della continuità assistenziale, le cosiddette guardie mediche<sup>4</sup>) e mancano competenze, apparecchiature, servizi - non è neanche del tutto chiaro quali e quanti esami di diagnostica, più o meno specialistica, saranno disponibili e quali interventi terapeutici potranno e dovranno essere forniti - è dif-

4. Eleonora Capelli (2023). Cau con carenze di organico, Donini precetta le guardie mediche che protestano: "Assessore fuori dalla realtà. Non siamo fannulloni". La Repubblica Bologna, 28 dicembre 2023.

ficile, d'altro canto, pensare come sia possibile "scremare a priori" la tipologia di problemi che l'eventuale utenza può o non può portare all'attenzione di medica e infermiere CAU, sulla sola base di una lista di sintomi (già pubblicata su alcune testate giornalistiche) che le stesse cittadine dovrà essere in grado in un qualche modo di capire e interpretare, definendo il livello di gravità del proprio quadro, e scegliendo in autonomia a quale struttura sanitaria rivolgersi (medico di base, ospedale, guardia medica, CAU), in una sorta di inquietante "auto-triage"<sup>5</sup>.

Sul piano Nazionale, il quadro è ancora più desolato, perché emerge la volontà di minare le basi della salute come diritto universale e della qualità del servizio sanitario nazionale come servizio pubblico, tramite un vistoso definanziamento:

**NELLA NADEF [...] nel 2024 è prevista una spesa di 132,946 miliardi pari al 6,2% del Pil; nel 2025 sono previsti 136,701 miliardi pari ancora**

**al 6,2%; nel 2026 si prevedono 138,972 miliardi con un'incidenza in calo al 6,1%. La media europea è del 7,9%. L'Istat certifica che nel 2021 la spesa sanitaria a carico delle famiglie è stata pari a 36,5 miliardi, con un aumento in media annua dell'1,7% tra il 2012 e il 2021 [...] In linea con gli investimenti in calo, sono state tagliate le Case di comunità (414 in meno) e gli Ospedali di comunità (96 in meno) previsti dal Pnrr"<sup>6</sup>**

I tagli della legge di bilancio non fanno che confermare la progressiva erosione di finanziamenti pubblici alla sanità; quest'ultima, infatti, verte ormai da anni in uno stato di criticità profonda, in cui il flusso costante e allarmante di notizie dai pronto soccorso non basta a far percepire l'urgenza di adottare misure in grado di far fronte all'emergenza - **Internazionale riporta che, nella sola Regione Lazio, l'8 gennaio c'erano 2.600 persone in attesa nei pronto soccorso della regione<sup>7</sup>.**

5. Municipio Zero (2023). L'ennesima retromarcia: dalle Case di Comunità ai Centri di Assistenza Urgenza. 7 novembre 2023.

6. Adriana Pollice (2023). Servizio sanitario, il governo taglia due miliardi. Il Manifesto, 6 ottobre 2023.

7. Annalisa Camilli (2024). In Italia i pronto soccorso sono al collasso. Internazionale, 18 gennaio 2024.

Scendendo nel dettaglio, è evidente come questo abbia conseguenze disastrose e dirette sulla salute della cittadinanza e sulle strutture sanitarie preposte a mitigare e curare questa stessa salute.

Come nel caso della casa, in cui il contesto normativo si rivale sulle persone in condizioni di fragilità, anche i tagli alla sanità e la sua riconfigurazione hanno un impatto diretto e immediato su chi si avvicina al servizio sanitario: *uno studio recente ha mostrato come in Italia ormai un quarto della spesa sanitaria nazionale sia pagata direttamente dalle italiane, mentre, nel 2022, 4 milioni di persone hanno rinunciato a curarsi*<sup>8</sup>.

Se nel 2016 la spesa non rimborsata dal SSN ("out of pocket") era di 28 miliardi, nel 2022 ammontava a 40,26 miliardi: si tratta di un aumento del 43%. Ad aumentare rispetto al 2021, continua lo studio, sono soprattutto le spese per le cure psicologiche e l'acquisto di farmaci<sup>9</sup>.

8. Vedi nota 6

9. Stefano Baudino (2023). Gli italiani pagano ormai un quarto della spesa sanitaria nazionale di tasca propria. L'Indipendente, 22 dicembre 2023.

## 1a. SALUTE MENTALE

Quello delle cure psicologiche e, più in generale, della salute mentale, è un fronte la cui criticità continua ad aggravarsi man mano che aumentano le persone che vivono in condizione di isolamento, marginalità, precarietà, e che vivono di conseguenza un problema di salute mentale aggravato dai postumi della crisi pandemica e intersecato ad altri fattori come la crisi abitativa e la precarietà lavorativa. La misura messa in campo nel post pandemia del bonus psicologico, che ha ricevuto anche per questo anno un rinnovo, ci porta di nuovo a interrogarci sulla direzione che le considerazioni sulla salute mentale stanno assumendo a livello nazionale. Il bonus psicologico è una misura tappabuchi nonché insufficiente, perché ci costringe ancora una volta a ragionare in ottica emergenziale e non prospettica e progettuale, a fronte di una domanda e di un malessere crescente. Abbiamo bisogno di un modello di intervento che implichi la prevenzione e promozione del benessere fisico, psicologico e sociale. Senza contare che il numero di persone che riuscirà ad accedere effettivamente al bonus è molto meno rispetto a tutte quelle che ne

faranno richiesta, e la cifra stanziata di nuovo insufficiente. Come scritto sul Sole 24 ore ci sono state 175mila domande all'Inps dopo solo i primi due giorni, ma lo riceverà al massimo l'11% dei richiedenti. Che senso ha pensare a soluzioni frammentarie e frammentate come queste che possono raggiungere solo una parte della popolazione e per un tempo limitato, mentre investimenti nella salute pubblica permetterebbero una risposta tempestiva, capillare e gratuita? Che senso ha favorire il mercato privato al posto di assumere più psicoterapeuti nel pubblico?

Come sostiene sul Corriere Romagna Luana Valletta vicepresidente dell'albo degli psicologi dell'Emilia Romagna "gli iscritti all'ordine in Emilia Romagna sono 9mila, ma solo il 6% degli psicologi lavora con un contratto pubblico, il restante 94% degli psicologi lavora come libero professionista". La psicoterapia non è accessibile per chi non può permettersela nel privato proprio perché nei servizi pubblici, presenti su tutto il territorio, ci sono pochissime psicologhe a fronte di un numero sempre più alto di richiesta. Risolvere il problema della precarietà lavorativa dei professionisti della salute è un tema centrale. Se si continueranno a tollerare supinamente le condizioni inaccettabili

10. Cristina Da Rold (2023). In tre anni i disturbi alimentari sono più che raddoppiati. Specie fra i giovanissimi. Il Sole 24 ore, 4 aprile 2023.

di lavoro in termini di carenza di personale e strumenti per la cura, se non si combatterà per una vera integrazione socio-sanitaria e non si studieranno le modalità per realizzarla, se non si chiederà che a lavorare con mediche ci siano sempre le psicologhe, l'assistente sociale, l'infermiere, il mediatore o la mediatrice culturale, il nostro modo di relazionarci alla salute continuerà a essere frammentato e anche le risposte che ne derivano. Inoltre crediamo che la questione non vada limitata ai fondi, ma ai modelli che stanno dietro agli interventi. Se i fondi vengono "calati dall'alto" senza che venga fatta una riflessione sia organizzativa che tecnico-politica dell'intervento dal basso, non faranno altro che peggiorare il contesto, invece che creare nuove opportunità di salute.

Questo quadro di fragilità estrema ha visto l'aggravarsi progressivo e inesorabile nello specifico dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), in particolare dopo la pandemia, i quali in tre anni risultano più che raddoppiati. Si legge in uno studio a base nazionale del Ministero della Salute che i casi di anoressia, bulimia e binge eating intercettati erano 680.569 nel 2019, 879.560 nel 2021 e quasi 1.500.000 nel 2022. Si legge che nel 2022<sup>10</sup> erano 3.158 i decessi legati ai Di-

## SEZIONE 1

sturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (dati Rencam), "con una variabilità più alta nelle regioni dove sono scarse o addirittura assenti le strutture di cura e con una età media di 35 anni, che significa che una alta percentuale di questo numero ha una età inferiore a 25 anni"<sup>11</sup>. I dati riferiscono ancora che

*"Secondo i dati 2023 dell'Osservatorio Aba e Istat, sono circa 3 milioni gli italiani che soffrono di disturbi alimentari e in seguito alla pandemia l'incidenza è salita del 30%, interessando soprattutto i più giovani a causa dell'isolamento prolungato e delle ridotte occasioni sociali"*<sup>12</sup>

Il Fondo per il contrasto dei disturbi dell'alimentazione è stato creato attraverso la Legge di Bilancio del 30 dicembre 2021, in attesa dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Finanziato con un totale di 25 milioni distribuiti su due anni (15 milioni nel 2022 e 10 milioni nel 2023), non è più menzionato nella

recente Legge di Bilancio. Ciò ha portato, nel gennaio di quest'anno, a una manifestazione generale cui anche i Municipi Sociali hanno preso parte contro i tagli del governo al fondo per i DCA.<sup>13</sup>

***Lo slogan dello scorso 10 ottobre per la giornata mondiale della salute mentale era "Mental Health is a universal human right". Perciò vogliamo dire basta all'ottica emergenziale e di riparazione del danno con cui si affronta la salute mentale, iniziamo invece a considerare la salute mentale centrale per la prevenzione, inserendola tra le cure primarie garantite per tuttə, tutti i giorni, per davvero, non solo come slogan.***

11. ibid.

12. Sergio Harari (2023). Disturbi alimentari, modifiche dell'umore e rifiuto dei momenti di socialità: i primi sintomi dell'anoressia nervosa. Corriere della Sera, 23 ottobre 2023.

13. Quotidiano Sanità (2024), Fondo per il contrasto dei disturbi dell'alimentazione. Il 19 gennaio manifestazioni contro tagli del Governo, 15 gennaio 2024.

## SEZIONE 1

### 1b. SALUTE ODONTOIATRICA

Già il primo triage sociale, presentato nella primavera del 2023, aveva mostrato come l'Ambulatorio Odontoiatrico Popolare, che all'epoca contava solo un anno di attività, fosse fra le costole più frequentate dal Laboratorio; ***questo dato ha messo in evidenza come quelle che lo Stato italiano considera cure accessorie non essenziali dovrebbero, in realtà, essere un servizio pubblico accessibile*** soprattutto per coloro che, vivendo in condizioni di estrema fragilità, sperimentano un aggravarsi sistematico della loro salute odontoiatrica.

Quest'ultima, infatti, si lega all'assenza di casa e all'impossibilità di disporre di un'alimentazione adeguata, risultando in problemi di salute o all'aggravarsi di condizioni pre-esistenti.

A ciò si aggiunge una disinformazione generale, in cui manca sia la promozione, da parte del SSN, della prevenzione rispetto alla salute odontoiatrica, sia un'informazione diffusa su quelle che sono le cure previste dai Lea (livelli essenziali di assistenza), a cui ogni cittadino avrebbe diritto. Nel documento "Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel Ssn" del Consiglio

superiore di sanità (ottobre 2022), si legge infatti che «ancora oggi, oltre a una generalizzata carenza di programmi di promozione della salute orale, sono pochi i cittadini che, pur avendone diritto, sono a conoscenza dei Lea odontoiatrici<sup>14</sup>». Nello stesso studio, aggiornato al 2023, si riporta che la percentuale delle spese odontoiatriche sul totale della spesa privata sanitaria è il 21%, e che la spesa privata totale per cure odontoiatriche ammonta a otto miliardi. Viene inoltre mostrata la natura intersezionale delle problematiche di accesso alle cure odontoiatriche:

*Che l'accesso alle cure odontoiatriche sia drammaticamente determinato dalle condizioni socio-economiche invece che dall'effettivo bisogno di assistenza è evidente osservando come il dato relativo ad accesso e frequenza delle prestazioni cambi rispetto a una serie di fattori quali la condizione reddituale e, in un paese come il nostro caratterizzato da profonde diseguaglianze territoriali, dal luogo di residenza delle famiglie.<sup>15</sup>*

14. Cosma Capobianco (2023). Cure odontoiatriche nel Ssn: cifre da spopolamento sanitario. Dental Journal, 19 ottobre 2023.

15. Enrico Felice Gherlone (2022). Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel SSN. Ministero della Salute, 12 ottobre 2022.

### 1c. SALUTE TRANSFEMMINISTA

Fra i molti fronti d'azione su cui abbiamo insistito insieme alla Rete nazionale dei consultori e consultorie, si trova il progressivo e sistematico definanziamento dei consultori e, contestualmente, la loro chiusura. Si legge in uno studio di gennaio 2024 che:

*“L'ultimo censimento ufficiale risale al 2019, quando se ne contavano 1800, circa il 60% in meno dello standard minimo previsto per legge. Ma già dal 2007 si registrava un calo costante, che ha fatto che si sono andati persi”<sup>16</sup>*

il numero di consultori presenti sul territorio nazionale risulta drammaticamente sottodimensionato rispetto alla popolazione che ne richiede l'accesso, e anche quando questi esistono sono fortemente depotenziati nonostante la legge del 1975 istituì una voce apposita di finanziamento nella legge di Bilancio per garantirne la presenza diffusa su base territoriale. Ancora oggi l'accesso ad un aborto libero, sicuro e gratuito non è

garantito: in Italia la percentuale di obiezione di coscienza all'interno degli ospedali pubblici ha una media del 70% e sfiora drammaticamente in diverse regioni il 100%, i dati relativi a questa condizione sono probabilmente sottostimati. Inoltre il pericoloso nepotismo esistente nel mondo dei primari italiani per il quale le figure al vertice della gerarchia ospedaliera provengono da lobby formalmente cattoliche che assecondano, o meglio garantiscono una maggioranza di anti abortisti all'interno della sanità anche tramite il finanziamento dei movimenti pro vita e anti scelta dentro di essi.

Questo non ha risvolti solo sulle persone a cui viene negato il diritto fondamentale di poter decidere cosa fare del proprio corpo, ma anche sul personale sanitario non obiettore su cui si accumula una mole di lavoro eccessiva. Dal report di medici del mondo si legge che solo il 30% degli aborti praticati in Italia è stato di tipo farmacologico nonostante sia ritenuto dall'OMS una pratica sicura, l'accesso risulta ancora complicato e diseguale sul territorio nazionale. A Bologna la RU486 viene somministrata oltre che all'Ospedale Mag-

giore solo nel consultorio di San Giovanni in Persiceto da dicembre del 2022.

La contraccezione continua a non essere gratuita a livello nazionale, in Emilia Romagna lo è per alcune fasce di popolazione solo residente e secondo fasce di età. La prevenzione e gli accessi agli screening risultano sempre più difficoltosi con tempi di attesa sempre più lunghi.

Tutto questo a dimostrazione del fatto che anche la salute sessuale e riproduttiva non rappresenta una priorità culturale e sanitaria nel nostro Paese.

<sup>16</sup> Giulia D'Aleo, "Noi donne lasciate sole", centinaia di consultori cancellati in tutta Italia per i tagli al welfare. La Repubblica, 08 gennaio 2024.

## LA RISPOSTA DEI MUNICIPI SOCIALI

Tutte le crisi intersezionali sono state, dunque, aggravate dal mal funzionamento di un sistema di governo che, a tutte le scale, ha minato coscientemente i diritti di tutte di avere una casa a un costo dignitoso e di accedere alle cure offerte dal Servizio Sanitario Nazionale. Questi due aspetti sono in un rapporto di causalità, poiché l'essere privi di una casa si lega all'impossibilità di curarsi; viceversa, il prerequisito per accedere a una casa è avere un lavoro, e, quindi, la possibilità di curarsi.

*Per far fronte a questo attacco sistematico alla cittadinanza da parte del governo, i Municipi sociali hanno messo in pratica innumerevoli iniziative, sperimentato con nuovi strumenti, progettato modi inediti di abitare la città attraverso pratiche mutualistiche che andavano oltre la logica assistenziale dei servizi socio-sanitari esistenti e oltre la prospettiva aziendalistica e privatistica*

*che pervadono ormai il sistema pubblico, dall'edilizia residenziale pubblica al sistema sanitario.*

Fra i progetti nati dall'impegno costante delle nostre attiviste per pensare la città in ottica di inclusività, cooperazione, interazione sociale e culturale, mutuo aiuto, ecologia e transfemminismo, spicca **AIR, acronimo di Autonomia, Inclusione, Resistenza**. Il progetto si struttura a partire dall'esperienza consolidata e dalla crisi pandemica con le **Staffette Solidali**, che in tre anni hanno penetrato il tessuto della città in sella alle biciclette per tessere relazioni con coloro che la narrativa dominante definisce "irriducibili" e "invisibili", ovvero le persone che sperimentano una condizione di marginalità estrema e che, nella maggior parte dei casi, sono senza dimora. Il bisogno di uscire dalla dimensione prettamente assistenziale ha fatto sì che, grazie al supporto dell'8 per mille alla Chiesa Valdese, Làbas sia riuscito a diventare punto di riferimento e di accoglienza per coloro che hanno bisogno di una doccia, di una lavatrice e di un pasto, trasformando i sabato mattina nei nostri spazi in una pratica settimanale di cura.

Durante i suoi quasi due anni di attività, AIR ha organizzato laboratori e attività di comunità (che andavano dalle tombole natalizie, ai laboratori di mandala, alle assemblee sulla salute di quartiere) e catalizzato relazioni inedite attraverso lo spunto dei pranzi di comunità, cui hanno preso parte un numero sempre crescente non solo di attiviste, persone senza dimora e persone che sperimentano condizioni di povertà e vulnerabilità, ma anche abitanti del quartiere, tramite la collaborazione fruttuosa con l'Associazione Orfeonica dell'adiacente via Broccaindosso. Questo processo ha aperto Làbas a una fruizione inedita, configurando AIR come autentica e ben riuscita pratica di innovazione sociale, dove la convergenza fra persone all'apparenza molto distanti fra loro è in grado di tessere relazioni significative, di avviare pratiche di autonomia ed emancipazione e di mitigare l'isolamento tanto dei cosiddetti "invisibili" (le persone senza dimora, migranti, marginalizzate a vario titolo) quanto delle molte anziane e persone anziane sole che prendono parte al progetto ogni sabato. Sul fronte più strettamente sanitario, quest'anno il Laboratorio di Salute Popolare ha intensificato i momenti di riflessione e di azione

politica, scendendo nelle piazze e organizzando momenti di convergenza con altre realtà che si occupano di promuovere la salute dal basso su temi come il significato pratico e politico di strutture regionali e nazionali come Case della Salute, i CAU, gli Ambulatori a Bassa Complessità (ABC).

Tutti questi presidi di salute, contrariamente agli intenti con i quali sono stati creati, non rispecchiano i bisogni di prossimità, di salute di quartiere, di presa in carico multidisciplinare. Purtroppo ad oggi si tratta di strutture che erogano tanti servizi molto frammentari e scollegati tra di loro. Abbiamo preso pubblicamente parola anche sul progressivo definanziamento dei consultori, sulla necessità dell'istituzione delle psicologhe di base, di modificare e ampliare la legge sull'aborto, di tutelare con contratti adeguati senza esternalizzare chiunque lavori nel ssn indipendentemente dalla mansione come nel caso della vertenza del San Orsola portata avanti dall'ADL Cobas, perchè crediamo che il diritto alla salute debba partire dai diritti di lavoratrici e lavoratori.

Attraverso la partecipazione a manifestazioni in piazza, dibattiti pubblici e assemblee interne, promuoviamo l'idea e la necessità di

## SEZIONE 2

riformare la sanità ripartendo dal territorio e dalla comunità che lo abita. Questo significa investire in percorsi assistenziali di prossimità integrati nelle comunità, siano esse vicine o lontane dagli ospedali centrali, e per le persone marginalizzate, includendo all'interno di questi percorsi tutte le figure che si occupano di salute e assistenza sociale, inclusi gli utenti stessi.

La partecipazione e convocazione a momenti pubblici e collettivi, tuttavia non è la sola modalità d'azione del Laboratorio, che da sempre si contraddistingue per una vocazione, appunto, laboratoriale e sperimentale: oltre a dichiarare quale modello di salute e di cura vorremmo veder promuovere dalle istituzioni, lo prototipiamo nei nostri spazi e lo mettiamo in pratica. Da questi presupposti, sono nate collaborazioni con associazioni e con mediche e attiviste che hanno dato vita a due nuove progettualità: uno è il punto di ascolto sui disturbi alimentari, organizzato grazie alla collaborazione con Animenta, e uno è lo sportello di ascolto e supporto ginecologico.

### PUNTO DI ASCOLTO SUI DCA

Altra fondamentale diramazione del Laboratorio di Salute Popolare è il nuovo punto d'ascolto sui Disturbi del Comportamento Alimentare, nato dalla collaborazione instaurata

a seguito di un periodo di dialogo e confronto con gli attivisti della sede territoriale di **Animenta**. L'associazione nasce con l'obiettivo di informare e sensibilizzare sul tema dei DCA attraverso lo sviluppo di campagne preventive e per ora la causa di politiche nazionali che rendano i servizi per i DCA, anche di matrice civica, più diffusi sul territorio.

A fronte dell'aumentare rapido di questi disturbi fra la popolazione, soprattutto giovane, e in aperto contrasto con le politiche correnti, che hanno invece progressivamente minato il supporto economico, e non solo, ai servizi, si ritiene che costruire e proteggere spazi di ascolto, cura e sensibilizzazione sia essenziale.

Fin dai primi mesi di collaborazione, Animenta e il Laboratorio di Salute Popolare hanno organizzato iniziative congiunte nelle piazze: fra queste la manifestazione del 19 gennaio contro il taglio del fondo per il contrasto ai disturbi alimentari, e il banchetto informativo in occasione della giornata nazionale contro i DCA.



## SEZIONE 2

### **SPORTELLO DI ASCOLTO E SUPPORTO GINECOLOGICO**

Lo sportello di ascolto e supporto ginecologico abita lo storico sportello del primo ambulatorio infermieristico del Laboratorio. E' aperto una o due volte al mese, da circa un anno, in base alle disponibilità di una ginecologa, un'ostetrica, una medica di base, una psicologa.

*Questo gruppo di attiviste sanitarie, consolidato da mesi di riflessioni collettive e indagine sulle carenze di questa fetta di salute del SSN, riceve e accoglie i bisogni delle donne sulla propria salute sessuale e riproduttiva, fornendo principalmente ascolto, consulenza e orientamento, sia rispetto ai servizi attivi sul territorio eventualmente accessibili, che alla natura del bisogno stesso di salute riportato.*

Quest'ultimo momento si rende particolarmente necessario dal momento che alla salute, specie quella sesso-affettiva e riproduttiva, non vengono concessi spazi di aggregazione, informazione libera e sicura; piuttosto alle cittadine,

pazienti, utenti di servizi pubblici e privati, vengono fornite prestazioni e nozioni sul proprio stato di salute in maniera pluriframmentata e slegata dalla globalità della persona e soprattutto non tenendo conto dell'autodeterminazione della donna nel suo processo di cura.

Inoltre, l'accessibilità ai servizi presenti, nonché agli unici spazi di aggregazione territoriali esistenti (consultori e spazio giovani), è ampiamente limitata da ostacoli burocratici: criteri di età e di residenza, interminabili liste d'attesa.

Il successo di queste sperimentazioni è testimoniato dai dati riportati nel triage sociale, cui fa da contraltare la grande sommarietà e assenza di sistematicità con cui questi temi vengono affrontati dal sistema sanitario.

# LA SALUTE

# O È TRANS-

# FEMMINISTA

# O NON È

Ad oggi il numero totale di persone registrate sullo strumento del triage sociale del Laboratorio di Salute Popolare è 462 - una cifra che, ancora una volta, non è un mero indicatore numerico delle prestazioni esercitate, ma un'informazione politicamente connotata, che parla da un lato dello stato in cui verte il servizio sanitario nazionale e, con esso, le strutture preposte a svolgere un lavoro di cura sul territorio, e dall'altro dell'intensa attività relazionale, sociale, politica e sanitaria insieme del Laboratorio nel suo complesso.

**Un campione di 247 persone è stato scelto, per via dell'eshaustività e della completezza dei dati a disposizione, per far emergere l'evoluzione del contesto bolognese in relazione al diritto alla salute e l'accessibilità del Servizio Sanitario Nazionale, rafforzando una serie di osservazioni dall'anno precedente.**

Non solo il contesto bolognese, ma anche l'attività di salute relazionale, nel corso dell'ultimo anno, ha subito molti mutamenti e si è articolata in nuove diramazioni: l'approccio laboratoriale, sperimentale e la nostra propensione all'ascolto dei bisogni delle persone hanno fatto sì che la componente di ambulatorio medico-infermieristico lasciasse

progressivamente spazio alle articolazioni specifiche del Laboratorio: per questo, gli accessi si sono distribuiti equamente fra:

- Lo sportello di accesso alle cure (12%), a cui va aggiunta una rete di circa 300 persone che vengono reindirizzate verso i servizi già esistenti;
- Lo sportello di supporto psicologico (15%), a cui va aggiunta la rete di circa 50 persone costruita attraverso il percorso con Animenta;
- Il neonato sportello di ascolto e supporto ginecologico (15%);
- La componente più corposa si conferma quella dell'ambulatorio odontoiatrico (58%), a ennesima riprova dell'inaccessibilità dei livelli essenziali di assistenza per quel che riguarda la salute odontoiatrica.

- Questa barriera è anche

percettiva, e racconta la difficoltà che molte persone aventi diritto sperimentano nell' accedere alle cure: quasi il 50% delle pazienti è in possesso di una tessera sanitaria, e il 20% ha una tessera STP (straniero temporaneamente presente).

Rimane alto il numero di persone italiane che, complessivamente, si rivolgono al Laboratorio - il 20% del totale. Il dato relativo alla nazionalità non è significativo di per sé: non rileva, ai fini della presente analisi, osservare la provenienza geografica delle persone che sono entrate in contatto con il laboratorio; si tratta, piuttosto, di un dato sintomatico dell'inaccessibilità dei servizi dell'ecosistema della cura anche a coloro che, virtualmente, ne avrebbero diritto. Questo dato è riflesso anche nei numeri di coloro che sono dotati di un permesso di soggiorno in corso di validità, e che di conseguenza sono, virtualmente, muniti di tessera sanitaria: il 29% delle persone registrate, cui segue il 28% di cittadine italiane. Una difficoltà che viene riscontrata, naturalmente, anche da coloro il cui permesso di soggiorno è scaduto (21 persone), che si ritrovano ad affrontare il doppio ostacolo di non riuscire a percorrere l'iter burocratico necessario al rinnovo e

ad accedere alle cure. Sono infine l'11% le persone richiedenti asilo o che devono presentare domanda. 7 persone, invece (due in più rispetto all'anno precedente), dichiarano di non sapere qual è il proprio status giuridico.

Questo dato, a sua volta, va letto nella sua dimensione aggregata: sono 64, se si includono quante hanno risposto "altro" alla domanda relativa allo status, le persone che versano in una condizione di fragilità sociale estrema in ragione della totale assenza di diritti legati a uno status giuridico - un terzo del totale.

**I dati raccontano anche la correlazione fra i determinanti sociali di salute, e come l'assenza di uno dei determinanti implichi, a cascata, una condizione di precarietà anche rispetto ad altri fattori: è il caso dell'accesso alle cure e dell'accesso alla casa, spesso entrambe negate in ragione dello status giuridico alla maggior parte delle persone intercettate: un terzo delle rispondenti vive in un centro di accoglienza; un terzo sperimenta varie condizioni di fragilità abitativa e sociale che non sono necessariamente legate alla condizione migrante: quest'ultimo è un dato importante, perché come già il primo anno di triage confermava, non sono solo**

## SEZIONE 3

**le persone migranti a necessitare l'accesso alle cure, bensì molte persone che si trovano, per una convergenza di fattori, a essere escluse dal Servizio Sanitario Nazionale; sono senza fissa dimora, risiedono in case popolari o sono in lista di attesa per ottenerne una, vivono in alloggi di fortuna perché ospitate di amici, in un garage, in una casa occupata. L'ultimo terzo risiede in affitto a Bologna o nei dintorni.**

Più della metà del campione inoltre è di sesso maschile: questo dato trova qui la propria collocazione perché racconta ancora una volta l'intersezione fra diversi fattori sociali legati all'accesso alle cure e alla casa: in primis, la maggior parte della popolazione senza dimora è di sesso maschile, così come lo è la popolazione migrante (il 62%, secondo l'ISTAT<sup>17</sup>)

Non stupisce, infine, che la fragilità legata alla condizione abitativa e all'accesso alle cure si ponga in relazione a un altro dato - quello sulla precarietà lavorativa. Più ancora che nel primo anno di triage, aumenta infatti il numero di persone disoccupate che beneficiano delle cure e dei servizi forniti dal

Laboratorio: la metà delle pazienti è disoccupata, mentre il 25% si divide fra precarie, lavoratore in nero o con contratto a tempo determinato; solo un 5% ha un contratto a tempo indeterminato, mentre le altre sono studente o stanno eseguendo uno stage non retribuito.

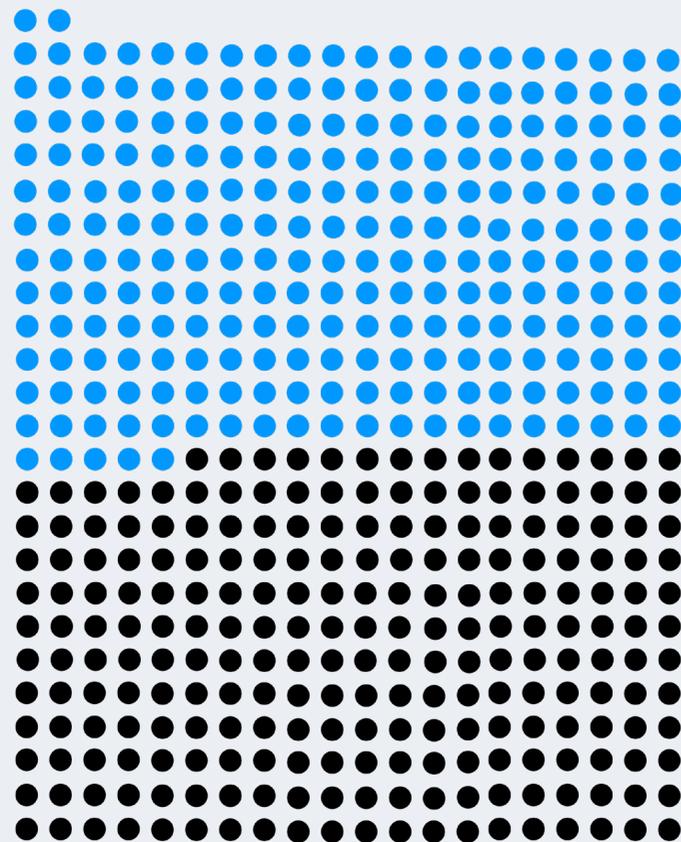
# LA SALUTE

# O È DI

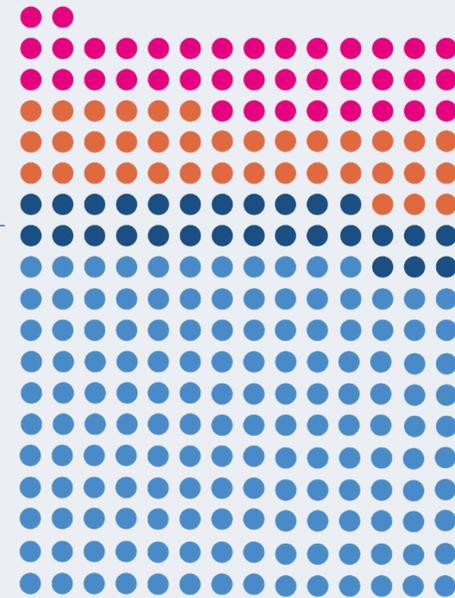
# TUTTE

# O NON È

Attraverso l'analisi dei dati recentemente raccolti, intendiamo offrire una panoramica dettagliata sulla complessità di queste informazioni e sulle esigenze delle persone che si sono rivolte al nostro Laboratorio. Queste necessità trascendono la mera assistenza specialistica, abbracciando una concezione olistica del benessere che integra aspetti bioetici, psicologici e sociali.



**462** > totale delle persone che si sono rivolte a LSP



Campione analizzato delle persone che hanno risposto al triage sociale

- **58%** Laboratorio Odontoiatrico
- **12%** Sportello Medico/Infermieristico
- **15%** Sportello d'ascolto Psicologico
- **15%** Sportello di Genere

300+

È importante evidenziare che oltre a queste persone che si rivolgono allo sportello medico infermieristico c'è un enorme lavoro di reindirizzamento verso i servizi esistenti che conta circa 300 persone l'anno

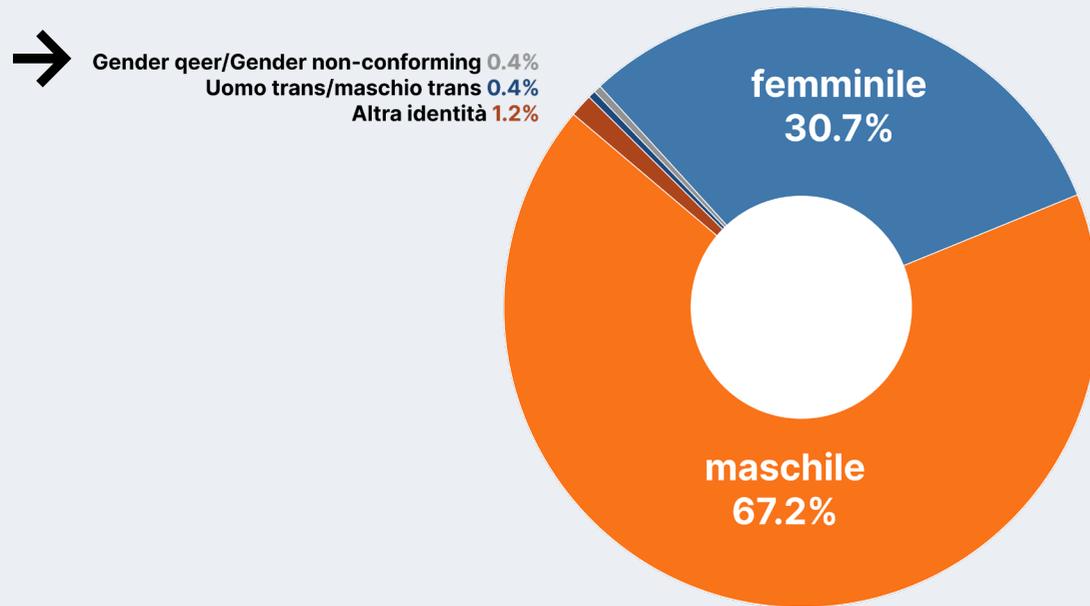
Le persone che si sono rivolte allo sportello d'ascolto psicologico hanno seguito un percorso di circa **4-6** sedute, quindi possiamo contare un totale di **300 ore circa di attività (gestite da una equipe)**, con incontri di orientamento alle risorse e di reindirizzamento a diverse reti sul territorio

50+

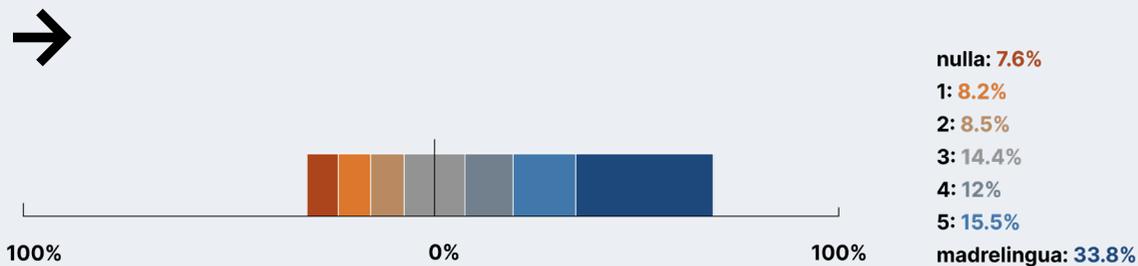
Inoltre è stata costruita una rete di supporto di oltre 50 persone con Animenta e Approdi

### SEZIONE 3

Come hanno risposto alla domanda **“in che genere ti identifichi?”**

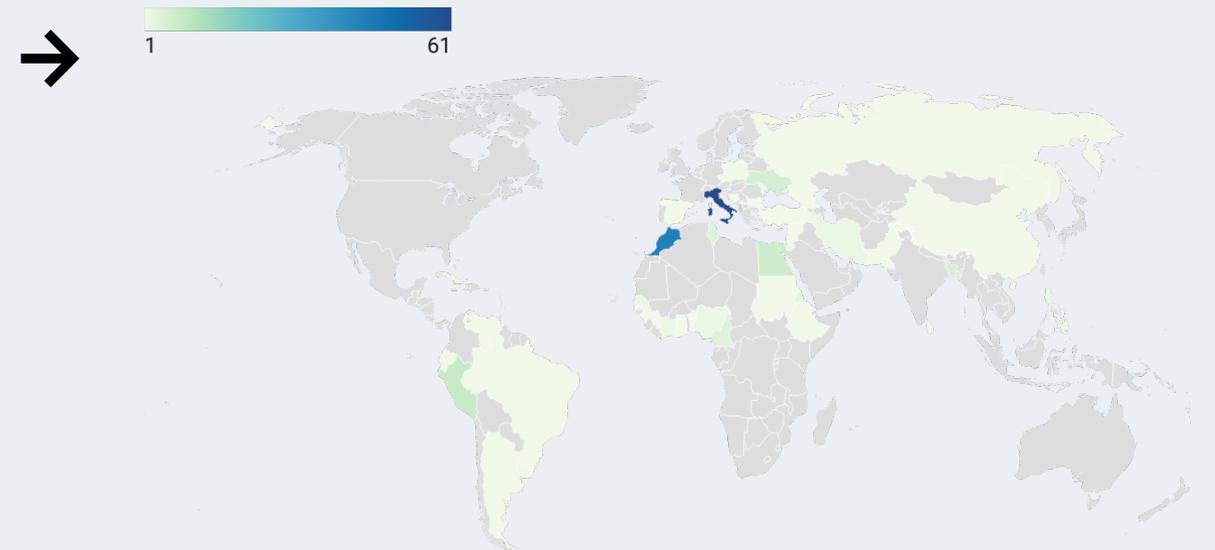


Come hanno risposto alla domanda **“quanto conosci l’italiano?”**



### SEZIONE 3

Come hanno risposto alla domanda **“qual è il tuo paese d’origine?”**

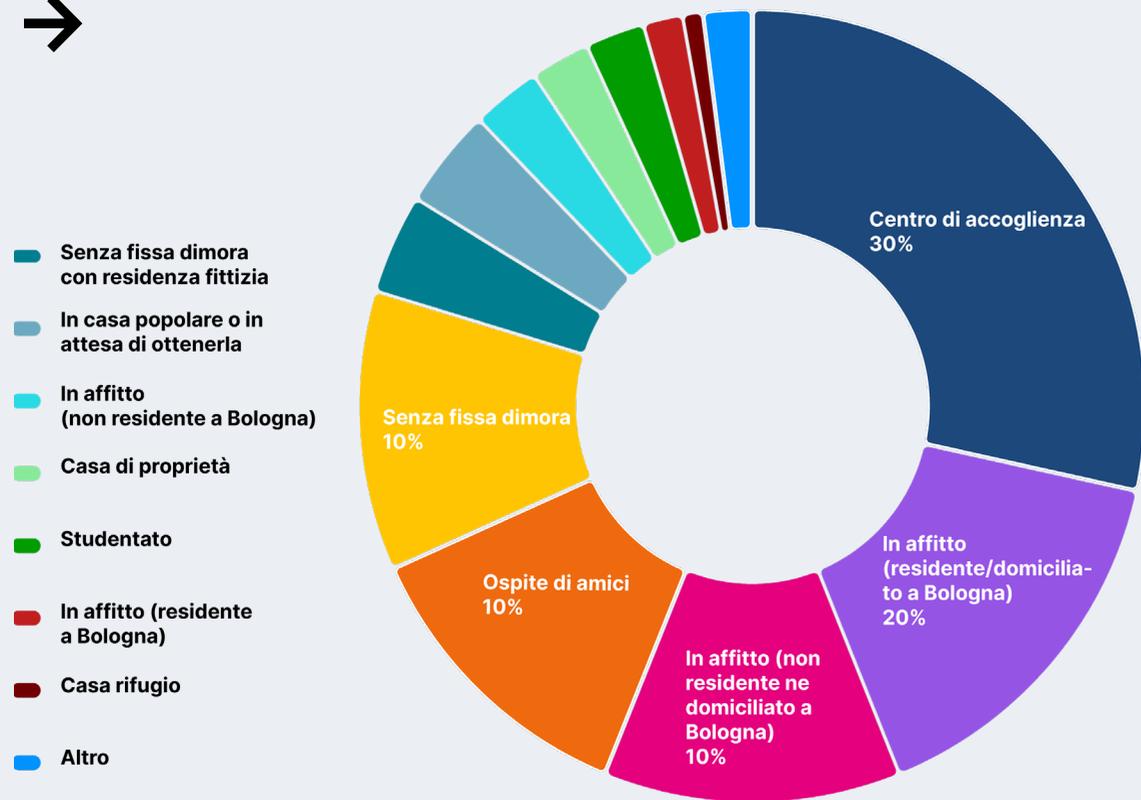


**Italia**  
**Marocco**  
Tunisia  
Albania

Nigeria, Perù, Pakistan, Egitto, Ucraina, Gambia, Bangladesh, Camerun, Tunisia, Eritrea, Moldavia, Senegal, Filippine, Nigeria, Iran, Kosovo, Cuba, Costa d’Avorio, Uruguay, Repubblica Ceca, Polonia, Siria, Turchia, Giordania, Spagna, Sri Lanka, Georgia, Ecuador, Bulgaria, Etiopia, Iugoslavia, Sudan, Argentina, Libano, Guinea, Brasile, Venezuela, Pakistan, Urss, Bosnia, Ghana, Palestina, Cina, Egitto, Gambia

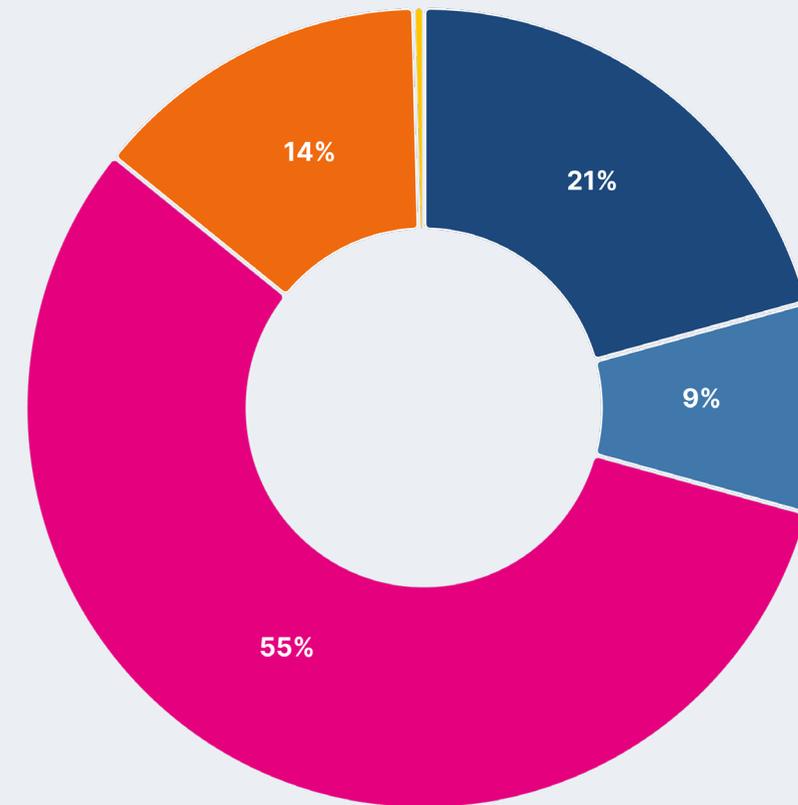
\* infogratica realizzata con [Datawrapper](#)

Come hanno risposto alla domanda **“dove abiti?”**



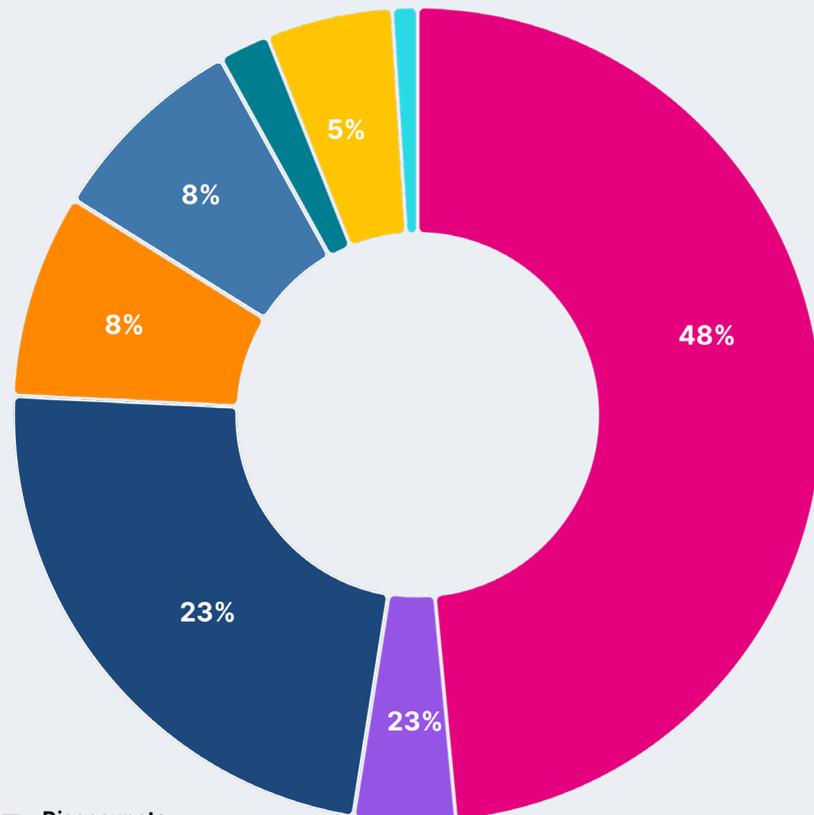
- tra cui**
- Sto vivendo in un garage
  - Nella casa occupata via carracci
  - Carcere
  - Casa di transizione, in lista per domanda ACER
  - Associazione il cerchio

Come hanno risposto alla domanda **“Hai dei documenti? Se sì, quali?”**



- Tessera Sanitaria
- Nulla
- STP (Straniero Temporaneamente Presente)
- Tessera Sanitaria scaduta
- ENI (Europei Non Iscritti)

Come hanno risposto alla domanda **“Qual è la tua situazione lavorativa?”**



- Disoccupate
- Studente
- Lavoro con contratto a tempo determinato
- Lavoro in nero
- Lavoro con contratto a tempo indeterminato
- Precaria
- Stage / tirocinio retribuito
- Studente;Precaria;Lavoratore

Come hanno risposto alla domanda **“Se sei residente e hai documenti sanitari (quindi circa la metà), ti sei mai rivolta a ssn?”**

→ **No(62%)**  
Si(38%)

Come hanno risposto alla domanda **“Hai provato a chiedere assistenza medica senza successo?”**

→ **Si(69%)**  
No(28%)  
Altro(4%)

## **\*Sportello d'ascolto psicologico**

Visualizzazione dei motivi principali di accesso per lo Sportello d'ascolto psicologico, elencati in ordine di priorità dichiarata dalle persone

### → **Ansia**

**Problemi relazionali**

**Instabilità economica**

**Alterazione tono umore**

**Imparare a comprendersi**

**Instabilità lavorativa**

**Disturbi del comportamento alimentare**

**Violenza (subita, esercitata, assistita)**

**Sintomi dissociativi**

**Elaborazione del lutto**

**Dipendenza da sostanze**

\*il **40%** di quelli che avevano già iniziato un percorso altrove ha dichiarato di aver smesso per mancanza di disponibilità economica, la maggior parte delle quali sono **gioveni, studente e precari**.

**NON C'È**

**SALUTE**

**SENZA**

**SALUTE**

**MENTALE**

**LA SALUTE**

**ORALE**

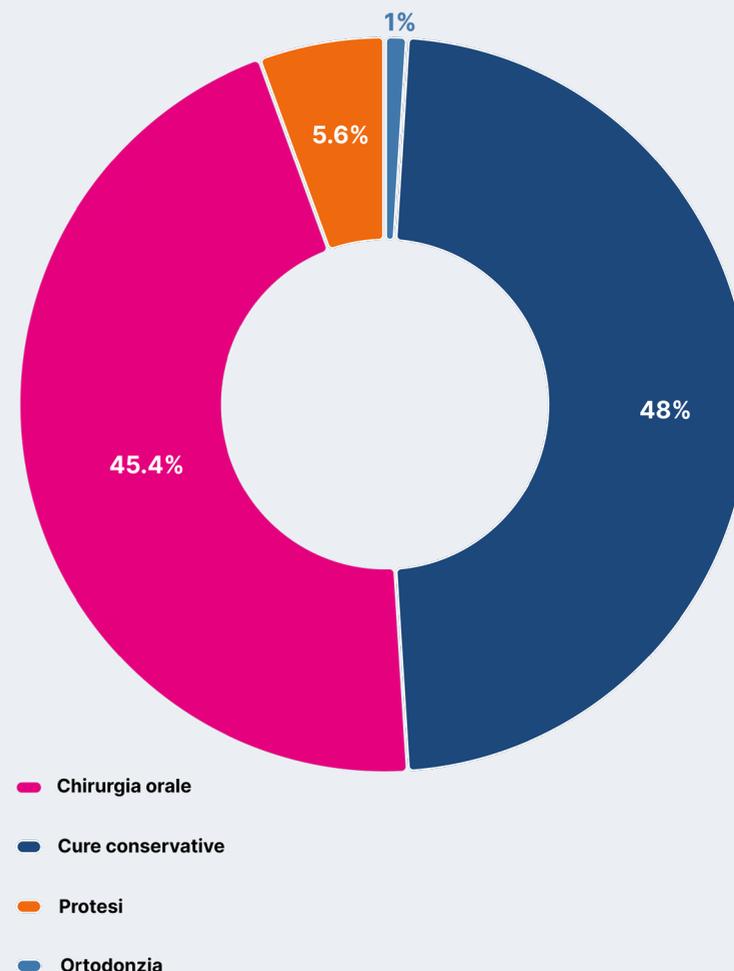
**NON PUÒ**

**ESSERE UN**

**PRIVILEGIO**

**\*Ambulatorio Odontoiatrico**

Visualizzazione dei motivi di accesso specifici per l'Ambulatorio Odontoiatrico



\*Inoltre l'Ambulatorio Odontoiatrico utilizza un altro strumento di supporto gestionale (Open Kani-no), che conta circa **1800** prestazioni totali, di cui **44 pazienti protesici riabilitati**

## CONCLUSIONI

In un'epoca in cui il diritto alla salute è sempre più minacciato da disparità socio-economiche e politiche, il Laboratorio di Salute Popolare e i Municipi Sociali che ne sono il contenitore politico continueranno a operare senza sosta perché tale diritto venga riconosciuto come inalienabile per ogni individuo. È giunto il momento di affermare con vigore che la salute non può essere un privilegio, ma deve essere garantita a tutti come un diritto fondamentale.

Ci opponiamo fermamente a un sistema che limita l'accesso ai servizi sanitari in base al reddito, al background sociale o alla posizione geografica.

**Rivendichiamo il diritto universale alla salute, senza distinzioni né discriminazioni.**

È essenziale che ogni persona abbia accesso equo e dignitoso a cure mediche di qualità, indipendentemente dal proprio status economico o sociale. L'erosione progressiva dei servizi pubblici, deriva di un approccio neoliberista al welfare, converge oggi con la sinistra ondata repressiva che sta colpendo le attiviste e le operatrici sociali che ogni giorno si impegnano per rendere le città ambienti più inclusivi, le persone fragili e che vivono in condizioni di precarietà sempre più diffuse, come mostrato dal triage sociale e dall'umanità diversificata che orbitano attorno al Laboratorio di Salute Popolare.

La salute non è separata dall'ambiente in cui viviamo e dalle condizioni sociali che ci circondano. Per questo motivo, ci impegniamo a lottare non solo per il diritto alla salute, ma anche per il diritto alla

città, inteso come la possibilità per tutte e tutti di vivere dignitosamente, accedendo a case che rispettino gli standard abitativi, ai servizi sanitari e al lavoro degno in quanto determinanti sociali di salute.

Il nostro modello di cura si basa sull'approccio di prossimità e relazionale. Crediamo che la cura debba essere collettiva, inclusiva e solidale, e ci impegniamo a costruire comunità che si prendano cura l'una dell'altra, che si impegnino per il benessere di tutti i loro membri e che affrontino le cause profonde delle disuguaglianze tramite pratiche di reciprocità che mettiamo in atto ogni giorno nei nostri spazi, che si tratti delle cure somministrate in ambulatorio, dei pranzi di comunità, dei laboratori e delle assemblee di quartiere.

***Il nostro impegno per il diritto alla salute e per le determinanti sociali della salute non verrà rallentato né tantomeno minato dagli attacchi che su più fronti ci hanno investiti negli ultimi mesi: questi ultimi, al contrario, dimostrano il valore e il peso dei Municipi Sociali nel tessuto sociale e politico cittadino, e ci ricordano l'urgenza di promuovere, tramite il nostro agire politico, un modo diverso, radicalmente inclusivo e accessibile, di pensare la salute, la città e le comunità che la attraversano.***

