



Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per le reti dei servizi e delle comunità

Una ricerca-(form)azione partecipata in Emilia-Romagna

Vol. 2 Sperimentazioni, contributi e riflessioni (2019-2025)

Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per le reti dei servizi e delle comunità

Una ricerca-(form)azione partecipata in Emilia-Romagna

Vol. 2 Sperimentazioni, contributi e riflessioni (2019-2025)

Volume a cura della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare:

Giulia Rodeschini, Maria Augusta Nicoli, Luigi Palestini, Tatiana Saruis
(attualmente o negli anni passati, Agenzia sanitaria e sociale regionale e successivamente
Area Innovazione sociale, Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali – coordinatrice dell'Area
Monica Pedroni)

Bruna Borgini, Silvana Borsari, Michela Bragliani, Elena Castelli, Simona Di Mario, Carla Verrotti di Pianella
(attualmente o negli anni passati, Area Salute Donna, Infanzia, Adolescenza e Genitorialità,
Settore Assistenza territoriale responsabile Fabia Franchi)

Ilaria Folli (Area Infanzia e adolescenza, pari opportunità, Terzo settore
Settore Politiche sociali, di inclusione e pari opportunità responsabile dell'Area Monica Raciti)

Con la collaborazione di:

Per la sezione 1

L'équipe di ricerca: Annalisa Bergonzoni, Nicola Bolzoni, Cristina Boschetti, Martina Croci, Elvira Di Biase,
Lorenza Dodi, Barbara Galanti, Oriana Gasperoni, Maria Concetta La Mantia, Gianfranco Martucci,
Michele Mastroberardino, Maria Pandolfi, Marilena Pedroni, Giada Recchia, Ivonne Zoffoli.

Associazione Unione Donne Italiane: Loredana Bondi, Rosanna Galli, Katia Graziosi, Giovanna Piaia,
Laura Piretti, Loretta Serra, Liviana Zagagnoni

Tutti/e i/le partecipanti alle diverse fasi della ricerca, e in particolare: operatori/trici e utenti di tutti i
servizi coinvolti, le associazioni e gruppi di cittadini/e che hanno dato il loro contributo; Giovanni Fattorini
e Simonetta Simoni; Renata Bortolus, Serena Donati e Laura Lauria, Laura Fruggeri, Emerson Elias Merhy,
Alcindo Antonio Ferla, Ricardo Burg Ceccim, Sara Galeotti

Per la sezione 2

Le cabine di regia territoriali per le sperimentazioni territoriali: Marcella Falcieri, Roberta Consorte,
Maria Nobile De Santis, Stefania Guidomei (AUSL di Bologna); Antonella Brunelli, Erika Bocchini,
Katia Casadei, Antonella Salvati (AUSL della Romagna); Maria Laura Bastai, Monica Dotti, Antonio Granata,
Marina Mastinu, Giorgia Regnani, Daniela Spettoli, Kindi Taila, Stefania Travagli, Gabriella Tritta,
Roberta Valentini (AUSL di Modena); Carla Verrotti Di Pianella, Monica Bertelli, Valentina Moglia,
Nicoletta Orsi, Aida Ranjbari (AUSL di Parma); Barbara Dallatomasina, Elisa Barilli, Daniela Bertani,
Lorenza Gennari, Marika Incerti, Federica Mora, Marilena Pedroni (AUSL di Reggio Emilia).

Tutti/e i/le partecipanti alle diverse fasi delle sperimentazioni, e in particolare: operatori/trici e utenti di
tutti i servizi coinvolti, le associazioni e gruppi di cittadini/e che hanno dato il loro contributo, Giulia Selmi.

Per la sezione 3

Ricardo Burg Ceccim, Laura Fruggeri, Matheus Madson Lima Avelino, Emerson Elias Merhy,
Nathália Rosa, Clarissa Terenzi Seixas per la scrittura dei contributi.

Elisa Adami e Alessia Benizzi, Martina Consoloni, Stefano Simoni per la traduzione e l'editing dei testi.

Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli

Immagine di copertina: particolare da una fotografia di Gino Pellegrini,
per gentile concessione di Osvalda Clorari

Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, maggio 2025

Sommario

Presentazione di *Massimo Fabi*

Assessore alle Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

7

Vol. 1 Dalla genealogia al futuro dei Consulitori Familiari

Sezione 1: Dalla genealogia al futuro dei Consulitori Familiari: una ricerca-(form)azione partecipata (2017-2019)

9

1. Introduzione 11
2. La cornice politica e legislativa
entro cui si sono affermati ed evoluti i Consulitori Familiari 13
3. I meccanismi generatori dei Consulitori Familiari delle origini 21
4. L'evoluzione della cultura consultoriale dagli anni '90 ad oggi 28
5. Le strategie per attualizzare i meccanismi generatori
e le traiettorie evolutive per i Consulitori Familiari 43
6. Sintesi dei risultati 52
7. Il percorso e la metodologia della ricerca-(form)azione partecipata 53
8. Appendice legislativa 64
9. Bibliografia e sitografia 71

Vol. 2 Sperimentazioni, contributi e riflessioni (2019-2025)

Sezione 2: Le sperimentazioni attivate nei territori dell'Emilia-Romagna (2020-2023)

75

1. Introduzione 77
2. Spazi di tramando (Bologna e Reggio Emilia) 78
3. PerCorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità
(Reggio Emilia e Cesena) 93
4. Spazi giovani adulti e accoglienza del maschile (Modena) 107
5. Identità di genere e orientamenti sessuali (Parma) 126
6. Accesso e accoglienza (Bologna) 145
7. Dalla storia dei Consulitori Familiari alle nuove sfide per la rete dei servizi.
Una giornata di confronto e riflessioni verso il futuro 153

Sezione 3: Epilogo a più voci: contributi e riflessioni (2019-2025)

155

1. Famiglie d'oggi. Dalla famiglia normativa alle diverse normalità
2. L'altro/a nel suo modo di esistere come ricercatore/trice-intercettore/a:
costruzione di concetti-strumenti per ricerche in salute in cui tutti/e
sono ricercatori/trici nel campo di studio 165
3. La ricerca-azione AllattaCoRER: per una progettazione condivisa
dell'assistenza dopo la nascita durante la pandemia 179
4. Consultorio familiare in Brasile: dall'apprendistato con l'Italia
all'invenzione della "differenza brasiliana" 189

Sezione 2

Le sperimentazioni attivate in alcuni territori dell'Emilia-Romagna (2020-2023)

La sezione 2 è stata scritta da Giulia Rodeschini con la collaborazione di Valentina Moglia, Tatiana Saruis, Giulia Selmi, Roberta Valentini, Carla Verrotti di Pianella.

Hanno contribuito al percorso sperimentale:

La cabina di regia regionale: Bruna Borgini, Silvana Borsari, Michela Bragliani, Elena Castelli, Simona Di Mario, Ilaria Folli, Luigi Palestini, Giulia Rodeschini, Tatiana Saruis, Carla Verrotti di Pianella.

Giulia Selmi, Università degli Studi di Parma.

Le cabine di regia territoriali: Marcella Falcieri, Roberta Consorte, Maria Nobile De Santis, Stefania Guidomei (Ausl di Bologna); Antonella Brunelli, Erika Bocchini, Katia Casadei, Antonella Salvati (Ausl della Romagna); Maria Laura Bastai, Monica Dotti, Antonio Granata, Marina Mastinu, Giorgia Regnani, Daniela Spettoli, Kindi Taila, Stefania Travagli, Gabriella Tritta, Roberta Valentini (Ausl di Modena); Carla Verrotti Di Pianella, Monica Bertelli, Valentina Moglia, Nicoletta Orsi, Aida Ranjbari (Ausl di Parma); Barbara Dallatomasina, Elisa Barilli, Daniela Bertani, Lorenza Gennari, Marika Incerti, Federica Mora, Marilena Pedroni (Ausl di Reggio Emilia).

Tutti/e i/le partecipanti alle diverse fasi delle sperimentazioni, e in particolare: operatori/trici e utenti di tutti i servizi coinvolti, le associazioni e gruppi di cittadini/e che hanno dato il loro contributo

Note per la lettura:

1. In questa sezione il nome dei diversi servizi e organizzazioni e le afferenze delle persone coinvolte si riferiscono al periodo in cui sono state svolte le sperimentazioni, ovvero 2020-2023.

Nello specifico:

- L'Agenzia sanitaria e sociale regionale è diventata nel 2022 "Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali" della Direzione Cura alla persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna
- Il Servizio Attività Territoriali è diventato nel 2022 "Settore Attività Territoriali"
- Le Case della Salute, in ottemperanza al DM77/2022, sono diventate Case di Comunità

2. In questa sezione i sostantivi riferiti a ruoli professionali e agli/le utenti si declineranno sia al maschile che al femminile come nella sezione precedente, ma dove facilmente utilizzabile si è deciso l'uso dell'asterisco (*) e della (@) per includere anche le persone non binarie, che non si identificano né nel genere maschile né in quello femminile. Non c'è totale omogeneità perché anche le scelte linguistiche sono state oggetto di riflessione e sperimentazione nel corso del processo, portando a diversi esiti a seconda dei momenti e dei contesti.

3. Nota metodologica: per approfondire gli strumenti dialogici e riflessivi utilizzati nel corso delle sperimentazioni (Scambioteca, Il dialogo nel buon futuro, Dialoghi riflessivi, World café, Focus group) si possono consultare le seguenti pubblicazioni regionali:

- L'approccio dialogico in Emilia-Romagna. Strumenti per praticare l'integrazione nel sistema dei servizi (2023 a questo link: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/novita/prodotti-editoriali/2023/l-approccio-dialogico-in-emilia-romagna>)
- La facilitazione situata nelle politiche pubbliche. Istruzioni all'uso nell'ambito del welfare (2024) a questo link: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/la-facilitazione-situata>

Articolazione della Sezione 2

1. Introduzione

2. Spazi di tramando (Bologna e Reggio Emilia)

2.1 Laboratori del tramando "Essere ginecolog*, infermier*, ostetric*, psicolog* nei Consultori Familiari. Tra passato, presente e futuro" a Bologna

2.2 Laboratorio del tramando "Sfide e traiettorie dei corsi di accompagnamento alla nascita: condividere e co-costruire saperi e pratiche interprofessionali" a Reggio Emilia

3. PerCorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità (Reggio Emilia e Cesena)

3.1 Laboratorio dialogico con le mamme partecipanti ai corsi pre-parto

3.2 Scambioteche "I percorsi di accompagnamento alla nascita e oltre" e "Verso il documento 'Percorsi di accompagnamento alla nascita e ai primi 1000 giorni'"

3.3 Documento "Percorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità: elementi e spunti organizzativi, tematici e di qualità"

4. Spazi giovani adulti e accoglienza del maschile (Modena)

4.1 World café regionale "Consultori Familiari: quali traiettorie future?"

4.2 Laboratorio dialogico "Prospettive future per gli Spazi giovani adulti: professionist@ in dialogo"

4.3 Dialogo nel futuro "Prospettive future per gli Spazi giovani adulti: utenti potenziali in dialogo"

5. Identità di genere e orientamenti sessuali (Parma)

5.1 Focus group con le associazioni del territorio

5.2 Giornata di form/azione/riflessione "Identità di genere e orientamento sessuale: un approfondimento teorico e operativo"

5.3 Laboratorio dialogico "Un dialogo nel futuro per consultori più inclusivi"

5.4 Giornata di form/azione/riflessione "Identità in transito: un progetto che continua in riflessioni e prospettive"

5.5 Giornata di form/azione/riflessione "Varianza di genere in età evolutiva: conoscenza e buone prassi affermative per una realtà in movimento"

6. Accesso e accoglienza (Bologna)

7. Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per la rete dei servizi.

Una giornata di confronto e riflessioni verso il futuro

1. Introduzione

A fronte di quanto emerso dalla ricerca, lo step successivo del percorso è stato quello di immaginare una serie di spazi di intervento dove attivare delle sperimentazioni che potessero mettere in pratica e situare, nei contesti consultoriali, gli elementi di attualizzazione dei meccanismi generatori delle origini trasformandoli in riflessioni condivise tra tutt@ coloro che abitano questi contesti e, in alcuni casi, in strumenti operativi. Le sperimentazioni hanno rappresentato percorsi di accompagnamento verso un cambiamento organizzativo dei CF nei termini di un "cambio di senso", non semplicemente nell'ottica di modellare nuove tipologie di servizio, ma spostando le pratiche già in atto nel contesto semantico messo in luce dalla ricerca. Siamo partit@ infatti dal presupposto che i cambiamenti organizzativi non siano il frutto di percorsi di formazione o di nuovi protocolli e linee guida, ma, come avvenuto nei CF delle origini, essi siano dati da alleanze tra soggetti diversi, portatori di culture diverse, spinti verso una meta di innovazione che permetta di agire concretamente delle scelte, di organizzare un servizio con determinate visioni. Una strategia che produce cambiamento, quindi, deve inevitabilmente passare attraverso una riflessione sulle prassi esistenti, che non sono da eliminare per portare poi cambiamento e innovazione. Al contrario, il cambiamento passa attraverso una rilettura di quello che si sta già facendo, delle storie, delle azioni già in campo, per poter dare, attraverso un processo di condivisione, un senso diverso, che permetta di ricollocare le pratiche esistenti all'interno di altri aspetti valoriali e organizzativi.

Per fare questo tipo di lavoro, e portare quindi un cambiamento di sistema a livello regionale, è importante focalizzare il lavoro su alcuni contesti specifici, privilegiando quindi la dimensione micro più che quella macro che prenderebbe in considerazione tutti gli elementi del sistema. Il lavoro sul micro, pensato fin da subito come inserito in un sistema, è garanzia che effettivamente un riverbero sul sistema viene prodotto: prima in quel contesto e, successivamente, sul resto del sistema connettendo il lavoro puntiforme fatto sulla singola specificità con momenti di confronto e riflessione che includeranno altri territori o situazioni.

In questa logica, sono stati individuati dei contesti specifici dove attivare le sperimentazioni, facendo riferimento ad alcuni criteri:

- CF che hanno partecipato alla presente ricerca e a diversi progetti regionali o locali inerenti al tema della ricerca;
- CF situati dentro le Case della Salute; CF situati fuori dalle CdS; CF "sparsi" (come "deragliamento fuori dai binari", accessi diversi in luoghi diversi);
- CF distrettuali e CF "periferici";
- CF che stanno sperimentando innovazioni;
- CF che presentano difficoltà particolari.

Il gruppo regionale dei/lle referenti dei CF, con cui questi elementi sono stati discussi, ha sottolineato l'importanza di identificare territori in cui ci sono già dei processi attivi, in fase di sperimentazione, che si vorrebbero rafforzare; quindi contesti in cui sono già formulate ipotesi di lavoro in linea con quanto emerso dalla ricerca. Altro aspetto significativo è stato considerare diverse caratteristiche dei singoli CF per evitare di tendere ad un'omogeneizzazione: si intende partire dalle differenze per valorizzare ulteriori elementi e spinte riflessive verso forme di cambiamento.

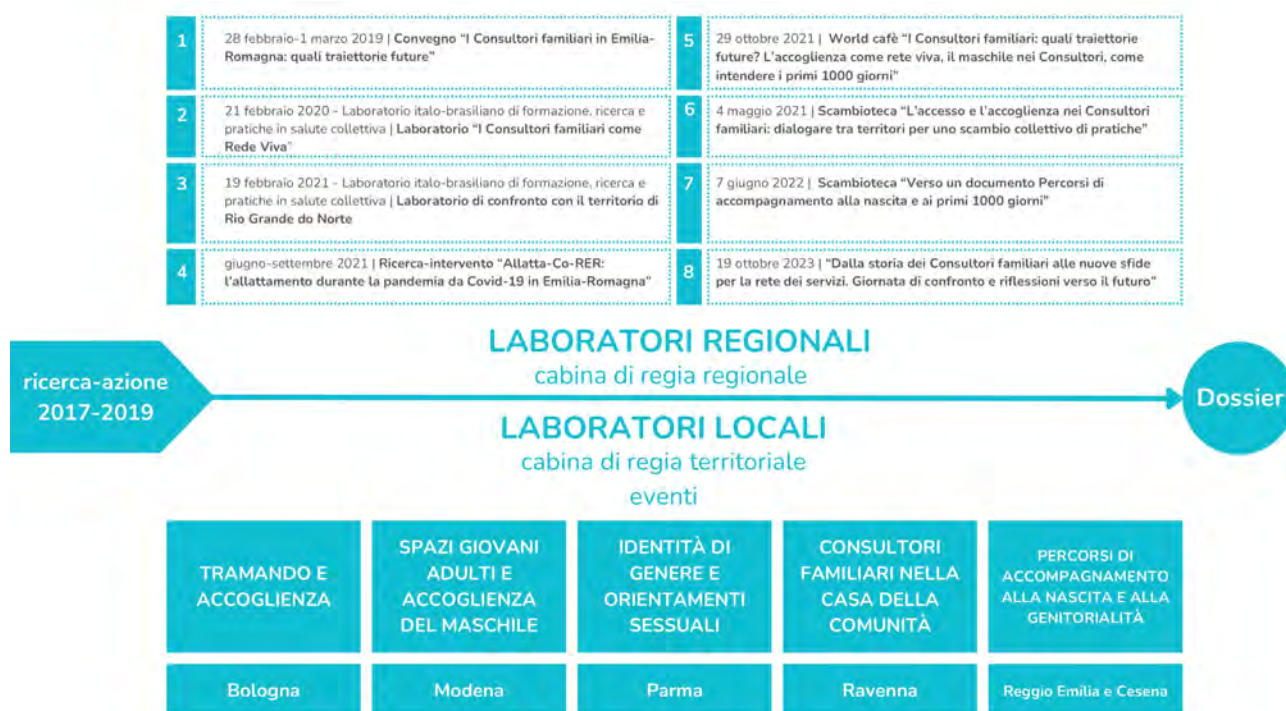
In questa sezione verranno quindi descritti i percorsi attivati nei diversi territori, con l'obiettivo di riportare quanto emerso dai numerosi incontri/confronti e allo stesso tempo presentare gli strumenti metodologici utilizzati (nel testo verranno riportati i "timoni" degli incontri, mentre alla fine della sezione le schede dei diversi strumenti) con il duplice intento di condividere con i/le lettori/trici le riflessioni e offrire loro competenze metodologiche per organizzare incontri di questo tipo nei propri contesti professionali.

I percorsi attivati, che, in sintonia con la prima sezione di questo report, possiamo definire di ricerca-form-azione, hanno visto un primo momento di condivisione dell'oggetto su cui si è posta l'attenzione riflessiva e operativa, un secondo momento di attivazione riflessiva e operativa grazie a strumenti metodologici quali scambioteca, dialogo nel buon futuro, dialoghi riflessivi, focus group, world café (che sono riportati nell'ultima parte di questa sezione) e, in alcuni casi, un terzo momento di realizzazione di strumenti operativi o nuove progettazioni formative/di ricerca.

I percorsi sono stati presentati alla giornata formativa "Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per la rete dei servizi. Una giornata di confronto e riflessioni verso il futuro", te-

nutasi il 19 ottobre 2023 a Bologna. Durante l'incontro – aperto a tutte le persone interessate e rivolto principalmente a professionisti/e dei Consultori Familiari, dei Centri per le Famiglie, dei Punti Nasciti, dei Servizi sociali territoriali, della Pediatria di base e territoriale, della Medicina generale e a tutti i soggetti del terzo settore in rete con questi servizi – sono stati presentati gli esiti del percorso di ricerca-(form)azione "I Consultori Familiari: quali traiettorie future?" e sono stati attivati dei laboratori dialogici per riflettere collettivamente su alcune questioni cruciali e sfidanti per la rete dei servizi.

La figura seguente riporta lo schema di tutto il percorso svolto dopo la ricerca-azione conclusasi nel 2019. Nei prossimi paragrafi si approfondiranno gli oggetti di lavoro identificati nelle sperimentazioni territoriali.



2. Spazi di tramando (Bologna e Reggio Emilia)

A partire dagli esiti del percorso di ricerca presentato nella prima sezione del volume, questo percorso sperimentale si è dato l'obiettivo di generare "spazi del tramando" all'interno dei CF, intesi come dispositivi organizzativi che permettano un tramando tra generazioni, tra operatori/trici o utenti che sono portatori/trici della storia dei CF, per dare spazio al racconto di sé, alla condivisione di esperienze, e farne tesoro a livello personale quanto organizzativo. Come già anticipato precedentemente, questi spazi intendono rappresentare, *in primis*, una forma di cura di tutti quei passaggi per certi versi di "consegna culturale" tra operatori/trici e utenti di diverse generazioni, soprattutto in questa fase in cui ci sono numeri consistenti di persone che vanno in pensione portando con sé tanti saperi che i/le più giovani rischiano di non fare propri senza un'attenzione organizzativa specifica. Attivare spazi del tramando significa conservare, e soprattutto stimolare, riattivare, una memoria collettiva di ciò che si è fatto e che si sta facendo, non solo in un'idea diacronica, ma soprattutto nell'ottica di interrogarsi e confrontarsi sulla cornice di senso entro cui si agisce.

In questa logica, sono stati organizzati alcuni "laboratori" del tramando utilizzando l'approccio dialogico come metodologia per mettere in dialogo professionisti/e e utenti:

- a Bologna: Laboratori del tramando: essere ginecolog*, infermier*, ostetric*, psicolog* nei Consultori Familiari. Tra passato, presente e futuro:
 - o 28 maggio 2021: Laboratori dialogici sulle identità professionali;
 - o 31 maggio 2021: Dialogo nel futuro.
- a Reggio Emilia:
 - o 27 maggio 2021: Laboratorio del tramando: sfide e traiettorie dei corsi di accompagnamento alla nascita: condividere e co-costruire saperi e pratiche interprofessionali

Si riportano di seguito i "timoni" e gli esiti degli incontri.

2.1 Laboratori del tramando "Essere ginecolog*, infermier*, ostetric*, psicolog* nei Consultori Familiari. Tra passato, presente e futuro" a Bologna



Laboratorio del Tramando

Essere ginecolog, infermier*, ostetric*, psicolog*
nei Consultori Familiari
Tra passato, presente e futuro*

Venerdì 28 maggio dalle 14.00 alle 16.30
Lunedì 31 maggio dalle 16.00 alle 18.00



Il laboratorio sarà on-line su piattaforma Teams



Il primo laboratorio del tramando si è tenuto (online) il 28 maggio del 2021. L'evento – rivolto a ginecolog@, infermier@, ostetric@, psicolog@ dei CF dell'Ausl di Bologna è stato strutturato in forma dialogica, attivando in contemporanea tre dialoghi sulle rispettive identità professionali, rivolti alle diverse figure professionali.



VENERDÌ 28 MAGGIO

PROGRAMMA

Ore 14.00: Apertura dei lavori a cura di Marcella Falcieri e Stefania Guidomei (Ausl Bologna)

Ore 14.15: **Presentazione del percorso regionale "I Consultori Familiari: quali traiettorie future?" e delle sperimentazioni territoriali**, a cura di Luigi Palestini, Giulia Rodeschini, Tatiana Saruis (Agenzia sanitaria e sociale regionale)

Ore 14.30: **Tre laboratori dialogici sulle identità professionali** — Conducono Luigi Palestini, Giulia Rodeschini, Tatiana Saruis (Agenzia sanitaria e sociale regionale)

GRUPPO 1 ginecolog* - Per partecipare al gruppo 1: url.it/3d1wm

GRUPPO 2 ostetric* e infermier* - Per partecipare al gruppo 2: url.it/3d1wp

GRUPPO 3 psicolog* - Per partecipare al gruppo 3: url.it/3d1wr

Ore 17.00: Chiusura dei lavori

Link generale per partecipare: url.it/3d1wj



Si riporta di seguito il "timone" utilizzato dai/lle facilitatori/trici per condurre i laboratori.

TIMONE

Metodologia: dialoghi riflessivi

Ore 14.40-15.00: **1° dialogo** in sottogruppi (5 persone)

Domanda: Cosa significa per me essere ostetric*, infermier*/ginecolog*/psicolog* in consultorio oggi?

Chiediamo ad una persona del gruppo di annotare quanto emerge dal gruppo. Per fare questo utilizziamo il padlet.

Un'altra persona prende il tempo.

Ognuno ha 2 minuti di parola, poi viene interrotta da chi tiene il tempo e passa la parola alla persona successiva che riparte da quanto ha detto la persona prima di lei oppure aggiunge altro (interessante lasciare risuonare in voi quello che ascoltate). Una volta finito il primo giro se ne fa un secondo di 1 minuto a testa. Se dopo il secondo giro avanza del tempo prima del rientro in plenaria si può continuare con un terzo giro.

Ore 15.00-15.15: 1° plenaria

Un minuto a gruppo, il gruppo successivo aggiunge

Ore 15.15-15.35: **2° dialogo** in sottogruppi (5 persone)

Domanda: Che cosa mi ha dato/mi dà più soddisfazione nel mio lavoro in consultorio? Che cosa vorrei buttare via?

Chiediamo ad una persona del gruppo di annotare quanto emerge dal gruppo. Per fare questo utilizziamo il padlet.

Un'altra persona prende il tempo.

Ognuno ha 2 minuti di parola, poi viene interrotta da chi tiene il tempo e passa la parola alla persona successiva che riparte da quanto ha detto la persona prima di lei oppure aggiunge altro (interessante lasciare risuonare in voi quello che ascoltate). Una volta finito il primo giro se ne fa un secondo di 1 minuto a testa. Se dopo il secondo giro avanza del tempo prima del rientro in plenaria si può continuare con un terzo giro.

Ore 15.35-15.50: 2° plenaria

1 minuto a gruppo, il gruppo successivo aggiunge

Ore 15.50-16.10: **3° dialogo** in sottogruppi (5 persone)

Domanda: Come vorrei che evolvesse la mia identità professionale a partire dal consultorio? Cosa vorrei diventare da grande?

Chiediamo ad una persona del gruppo di annotare quanto emerge dal gruppo. Per fare questo utilizziamo il padlet.

Un'altra persona prende il tempo.

Ognuno ha 2 minuti di parola, poi viene interrotta da chi tiene il tempo e passa la parola alla persona successiva che riparte da quanto ha detto la persona prima di lei oppure aggiunge altro (interessante lasciare risuonare in voi quello che ascoltate). Una volta finito il primo giro se ne fa un secondo di 1 minuto a testa. Se dopo il secondo giro avanza del tempo prima del rientro in plenaria si può continuare con un terzo giro.

Ore 16.10-16.25: 3° plenaria

1 minuto a gruppo, il gruppo successivo aggiunge

Ore 16.25-16.30: Mentimeter: **Scrivi in 3 parole cosa vorresti portarti dietro al prossimo laboratorio.**

Di seguito si riporta una sintesi degli esiti dei dialoghi.

Laboratorio sull'identità professionali degli/le OSTETRIC@ e INFERMIER@

1° dialogo: Cosa significa per me essere ostetric* in consultorio oggi?

- Punto di riferimento per la famiglia, responsabile della creazione della rete. Portare avanti una relazione;
- figura di confine fra assistenza diretta e triage;
- esserci, essere un filo conduttore e puntare sull'accoglienza;
- comunicazione;
- multitasking. Imparare a fare cose senza mail, telefono;
- ascolto, relazione, spazio, mediazione;
- mancanza di tempo per essere un'ostetrica a tutto campo.

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Mi manca il tempo, lavoro da sola i tempi erano diversi da quelli dell'ospedale ora invece mi manca il tempo non mi sento realizzata (...), vorrei stare di più ad ascoltare ma mi manca da qualche anno il tempo, devo spesso tagliare (...)

Mi piace l'idea di conoscere la donna con le sue prime emozioni per poi seguirla in tutto il percorso anche nel post, il percorso dura quasi un anno, oggi per me significa non riuscire a dare sempre quello che si può dare per una questione legata al tempo perché non posso sfiorare, ci devo lavorare ma è un problema comune.

Mi so focalizzando su screening e gravidanze ma vorrei approfondire il tema del pavimento pelvico quindi assistere su vari aspetti con il tempo e la formazione avrò tempo di occuparmi di varie fasi (...)

Mi piace accompagnare le donne nella vita, ogni mattina si può fare qualcosa di diverso e mi tiene attiva e dinamica (...).

2° dialogo: Che cosa mi ha dato/mi dà più soddisfazione nel mio lavoro in consultorio? Che cosa vorrei buttare via?

Che cosa mi ha dato/mi dà più soddisfazione	Che cosa vorrei buttare via
<ul style="list-style-type: none"> - valorizzare la persona come priorità - la molteplicità dei vari setting - prendersi cura delle pazienti e dei/lle neonat@ - imparare dalle culture - la relazione di fiducia che si crea nella continuità - sostegno genitorialità e allattamento - fare lezione in contesti formativi 	<ul style="list-style-type: none"> - la mancanza di tempo - standardizzazione dei tempi - burocrazia per le donne straniere - mole di lavoro troppo aumentata - mysanità - barriere di accesso ai servizi per chi non ha la tessera sanitaria - problemi informatici - conflitti con le colleghe - chat di lavoro

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Mi piace il concetto di aiutare, sono io la persona che si interfaccia con le donne in qualsiasi fascia d'età per problematiche diverse. L'ostetrica fornisce informazioni e indirizza verso altri servizi, facilitando l'ingresso a questi servizi. Allo stesso tempo mi devo adeguare ai tempi delle varie prestazioni, stringendo i tempi facendo tagli alla comunicazione.

In consultorio mi piace la molteplicità dei vari setting. Si incontrano e si conoscono tante persone. Non mi piace la mancanza di tempo.

Prendersi cura della paziente è un'esperienza bellissima, ma è difficile per la mancanza di tempo.

Imparare dalle culture, sia da chi viene da lontano che da chi viene da vicino. Butto via l'ingestura della tempistica. Emerge l'errore a causa della tempistica cadenzata.

Bella la relazione di fiducia che si crea nella continuità. Trovo impensabile standardizzare i tempi. La prestazione è standard, la persona no, e andrebbe valorizzata l'unicità della persona assistita. Bisogna scegliere fra la scaletta dell'assistenza e la comunicazione.

Terrei il sostegno alla genitorialità e all'allattamento e butterei via la fretta e la mole di lavoro troppo aumentata.

Terrei le relazioni con le persone e con i colleghi, butterei via i malumori, mysanità e la burocrazia e le barriere di accesso ai servizi per le donne senza tessera sanitaria.

Butterei via la burocrazia per i documenti per le donne straniere, per chi non ha il MMG a Bologna ed è difficile, butterei via il fatto di fare prelievi a 30 km ed eco a Porretta. Pesante, pesante, pesante. Con tutta la tecnologia di oggi! E butterei via la fretta.

Mi danno soddisfazione le donne e le creature che nascono.

Ho vari interessi, mi dà soddisfazione anche essere chiamata per fare lezione, le donne che chiedono di te per essere seguite nella seconda gravidanza, quando dicono siete gentili non sono abituata.

Butterei via i problemi sui programmi, i pc e le stampanti, e il fatto che tutti dicono di chiedere di me.

Terrei le mail delle donne che mi ricontattano dopo tempo per salutarmi o chiedere consigli, butterei i conflitti con le colleghe, lo sparlare.

Tengo le cose che la donna mi insegna nelle diverse culture, butterei la quantità di cose da fare poco chiare e definite.

Le cose che ci danno soddisfazione le abbiamo dette, butterei che se mi metto in malattia quando torno ho troppo da recuperare, butterei le chat del lavoro, ho dovuto bloccare i social perché mi cercano i mariti e le donne.

3° dialogo: Come vorrei che evolvesse la mia identità professionale a partire dal consultorio? Cosa vorrei diventare da grande?

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Io tutto sommato sono contenta del consultorio, non saprei... ho il pensiero della pensione... mi vedo così da grande.

In consultorio ho fatto poco ma quello che mi è venuto in mente è che per evolvere bisognerebbe tornare indietro... vorrei l'ostetrica di comunità, puerperi a domicilio, punto di riferimento fuori dalle mura del consultorio. Da grande vorrei essere competente e preparata come ho immaginato da piccola il mio lavoro.

Ostetrica di comunità, comunità amica dell'allattamento, tornare all'ostetrica condotta: ostetrica, farmacista e prete nei paesini avevano molta considerazione dai cittadini. Vorrei sperimentare modelli anglosassoni di continuità assistenziale.

Vorrei usare vecchi corsi e titoli, sto facendo i puerperi a domicilio, mi vedo con più competenze e per il futuro penso alla pensione e alla casa al mare.

Vorrei sperimentare i modelli assistenziali di altri paesi, capisco le colleghe che decidono di fare esperienza all'estero.

Vorrei sviluppare temi quali la genitorialità e la pedagogia.

Dall'estero si sono infiltrate le doule, vorrei fare chiarezza sui ruoli e competenze, vorrei più umiltà e voglia di chiedere e di aiutarsi tra colleghe.

Autonomia, esperienza, miglioramento, crescita per evoluzione personale, confronto, esplorare nuovi ambiti, aumento della responsabilità. Comprensività e inclusività.

Laboratorio sull'identità professionali degli/le GINECOLOG@

1° dialogo: Cosa significa per me essere ginecolog@ in consultorio oggi?

- Relazioni con le pazienti: essere più vicine possibile, essere un punto di riferimento, avere relazioni continuative, fare un percorso con loro;
- avere senso di appartenenza;
- prenotare direttamente gli esami alle pazienti;
- ruolo di accompagnamento nelle varie fasi della vita della donna
- necessità di competenze anche informatiche e relazionali

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Esser più vicini possibile alle esigenze e dubbi delle pazienti. Purtroppo, la fretta e la superficialità spesso hanno preso il sopravvento sulla sensibilità e professionalità di molti professionisti nel pubblico e nel privato (...)

Ci vorrebbero dei canali in cui le donne abbiano dei punti di riferimento fissi. Il tempo visita comprende anche altre cose e toglie tempo alla paziente, però il fatto che la paziente esca già con gli esami prenotati è un bel servizio.

Significa avere senso di appartenenza, relazioni continuative con le pazienti, la possibilità di fare un percorso con loro (...)

Me lo chiede spesso, ogni tanto non so rispondere; condivido la continuità, che è la più grande differenza dall'ospedale e la più grande ricchezza, possibilità di spaziare nell'universo femminile; è un'attività ampia che abbraccia più competenze rispetto all'ospedale, anche con le reti

dei colleghi, è un anello di una catena che abbraccia la donna, che resta al centro ma che è protagonista.

Lavoro in CF da pochi mesi, l'obiettivo è quello di offrire un servizio gratuito di qualità e lavorare come filtro per l'ospedale, questa è l'idea che avevo in mente nel passaggio dall'ospedale al CF.

È una partita di andata e ritorno tra ospedale e territorio, siamo un setaccio, una linea di frontiera, un posto dove la donna ritorna. La rete ha ora meno ostacoli per la donna non solo nella gravidanza, è una ricchezza grande e non scontata nei CF in regione.

Non mi sento come primo livello un gradino più in basso, dopo il covid si deve puntare sulla sanità pubblica, con un livello alto di qualità.

Leggendo i dati del rapporto dell'Istituto superiore di sanità (2018-2019) mi sono sentita orgogliosa di lavorare in questo servizio e sento anche un forte senso di appartenenza. Il senso del lavoro è anche quello che si cerca di condividere le cose, non cadere in tentazione di lavorare da soli.

Il primo livello è quello critico, il momento in cui la persona inizia ad affrontare un problema, ma anche una gravidanza. Il valore di accogliere la persona è un lavoro prezioso.

È cambiata la professione da quando c'è il covid. Le pazienti ci scelgono perché siamo professionali.

Si è persa la predisposizione ad ascoltare le pazienti, non soddisfiamo le loro esigenze di essere ascoltate.

Non c'è solo il percorso nascita, si è spinto molto su questo ma è solo una parte, ci vorrebbero dei progetti a tutto tondo.

2° dialogo: Che cosa mi ha dato/mi dà più soddisfazione nel mio lavoro in consultorio? Che cosa vorrei buttare via?

Che cosa mi ha dato/mi dà più soddisfazione	Che cosa vorrei buttare via
<ul style="list-style-type: none"> - continuità di équipe per le pazienti - ascolto delle persone 	<ul style="list-style-type: none"> - mancanza di tempo - una eccessiva personalizzazione del professionista - l'azione snaturante del CUP

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Non butterei quasi niente, vorrei fosse tenuto in considerazione il fatto che i ginecologi sono al centro delle richieste delle donne e delle famiglie nel centro donne straniere, vorrei che questo modello di lavoro fosse replicato.

La professionalità è sempre data a tutto campo, l'ascolto delle persone è fondamentale, nella relazione tra professionista e paziente viene sottovalutata l'esigenza della donna, si guarda spesso il monitor del pc, si deve ritagliare più tempo/sensibilità per la paziente. Le nuove generazioni andrebbero indirizzate verso l'ascolto. Noto con dispiacere il poco tempo dedicato.

Vorrei poter garantire alle pazienti continuità, non nel senso di vedere sempre la stessa paziente, ma una continuità di **équipe** che accoglie sempre la donna.

Ho iniziato da poco, condivido ciò che è stato detto, aggiungo che vorrei evitare una eccessiva personalizzazione del professionista.

La capacità di un professionista che fa sentire accolte le donne deve essere trasferita a tutta l'**équipe**. Dovrebbe funzionare come un unico insieme, questo è più difficile, le capacità empatiche sono difficili da sviluppare.

In questi decenni c'è stato il problema della formazione del ginecologo consultoriale, che dovrebbe ricevere una formazione specifica. Si potrebbe porre il problema alle università.

Da un anno e mezzo nei CF ruotano gli specializzandi in formazione, è un grande stimolo anche per i professionisti dei CF con l'ospedale è un arricchimento reciproco.

Manca per la parte ginecologica, la donna non è solo la donna gravida; il CUP snatura la vi-

sione d'insieme, è il momento di rilanciare la ginecologia, visto che si fanno sempre meno figli. L'alternativa non è tra ambulatoriale e clinica, è un altro modo di interpretare, ad esempio quando si parla di sterilità si deve parlare anche di quella maschile.

3° dialogo: Come vorrei che evolvesse la mia identità professionale a partire dal consultorio? Cosa vorrei diventare da grande?

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Vorrei un futuro privo di CUP

La valorizzazione delle competenze individuali, percorsi specifici che soddisfano le donne e gratificano i professionisti.

Ricerca di modalità di approccio con le pazienti, mettere a punto espedienti per creare migliori relazioni.

Far capire l'importanza dell'appropriatezza e della medicina dell'evidenza.

Migliorare il rapporto con il paziente e il collegamento con l'ospedale.

Bisognerebbe lavorare sull'inclusione del maschile nel consultorio.

Maggiore collaborazione con le ostetriche.

Messaggio alle giovani: guardare oltre gli strumenti

Mi piacerebbe essere un punto di riferimento e trasmettere la visione che ho conosciuto del consultorio familiare.

Ho un po' di timore per le nuove generazioni: daranno un maggiore input in quanto in maggioranza donne, ma vedo il rischio di troppa attenzione alla tecnologia e quindi di delegare la soluzione dei problemi alla sola tecnologia.

Laboratorio sull'identità professionali degli/Ile PSICOLOG@

1° dialogo: Cosa significa per me essere psicolog@ in consultorio oggi?

- Importante ruolo di snodo;
- lavorare in team e integrazione interprofessionale per una presa in carico condivisa delle pazienti;
- necessità di maggiore integrazione interprofessionale;
- una finestra sul mondo;
- importante lavoro sui traumi;
- ascolto e "accoglimento" fondamentali ma trascurati;

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Il nostro è un ruolo importante, di snodo rispetto alle altre professioni, ma che ha anche necessità di integrarsi meglio nel consultorio.

Ci percepiamo in un ruolo un po' laterale. Noi interveniamo quando ginecologhe e ostetriche ci coinvolgono.

Mi piacerebbe lavorare di più in team per una presa in carico condivisa delle pazienti. Siamo all'inizio di questa integrazione, in fasi diverse nei diversi consultori.

Lavorare al consultorio è una finestra sul mondo: donne straniere da tutto il mondo, mi fa entrare in profondità su quello che ci accade intorno, nella vita e nella cultura delle persone.

Lavoro anche spesso sui traumi, dobbiamo raccordarci con altre figure, l'aspetto della cura sul trauma dovremmo prenderlo in considerazione

Mi piacerebbe fare di più, a causa del carico di lavoro faccio limitatamente l'ascolto, clinico e relazionale, siamo orientati sulla diagnosi, sul trattamento vero e proprio. Per me il consultorio è ascolto e accoglimento e senza volerlo tendiamo a trascurarlo. Attraverso l'ascolto si riesce lentamente a fare un trattamento più adeguato.

Il tema dell'integrazione dell'équipe mi ci ritrovo. Mi sento a volte impotente, non è scarsa volontà ma difficoltà organizzativa: le ginecologhe e le ostetriche vengono in giorni diversi, hanno organizzazioni diverse, abbiamo ritmi diversi e non riusciamo a trovare momenti per équipe.

Rispetto all'équipe: mettere insieme linguaggi ed esperienza è difficile ma tantissimo fa l'aspetto organizzativo, si fa fatica. Siamo poco attrezzati.

Il consultorio dalla nostra prospettiva è di una complessità e interesse importante: la nascita e la gravidanza ma anche le varie fasi della vita, il confronto clinico con le famiglie fragili.

Il discorso dell'ascolto è importante anche sui traumi, parlando di donne, ma anche sui minori: le donne traumatizzate sono poco viste e accolte. L'accoglimento è verbale e non verbale. Per lavorare bene sui traumi su individui e relazioni serve l'accoglimento, non si tratta dell'accoglienza che è dell'ostetrica. Ci viene chiesto di lavorare sui traumi in maniera un po' "massiccia" e psichiatrica.

Ci sono variazioni da consultorio a consultorio: la frammentazione può essere creata da decisioni gestionali. I colleghi ci vorrebbero di più ma manca la fisicità dell'équipe, siamo in stanze lontane e posti differenti. Prima eravamo tutti insieme.

Siamo in un momento di sfide rispetto alle richieste, alle diverse fasi della vita, e alle difficoltà delle famiglie ricomposte, fragili, immigrate, gli adolescenti e le identità di genere. Siamo a confronto con una domanda complessa e anche con traumi: sfide cliniche e complesse da gestire in équipe con varie professionalità. Ma anche sfide interessanti e intriganti.

Sono affaticata dalla necessità di farmi carico di necessità molto diverse che richiedono elasticità e capacità di passare da una situazione a un'altra, richiede molta energia. Sono sempre in colloquio.

Ci sono anche colleghi in condizioni particolari e con proprie difficoltà, non riusciamo a fare équipe anche se ci abbiamo provato. Ci sono occasioni informali di confronto ma non stabili e formali con le ostetriche. Con la ginecologa abbiamo chiesto ma non riusciamo: viene due volte a settimana e le viene riconosciuto solo il tempo con le pazienti e non ce la fa.

2° dialogo: Che cosa mi ha dato/mi dà più soddisfazione nel mio lavoro in consultorio? Che cosa vorrei buttare via?

Che cosa mi ha dato/mi dà più soddisfazione	Che cosa vorrei buttare via
<ul style="list-style-type: none"> - il lavoro con l'utenza - progettare nuove modalità di intervento - sperimentare percorsi nuovi - Il lavoro con le famiglie, i bambini, le coppie e i gruppi 	<ul style="list-style-type: none"> - lavorare come in catena di montaggio - solitudine - mancanza di relazione, pensiero e linguaggio condiviso con altre figure professionali

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Il lavoro con l'utenza è molto bello e intenso, anche se siamo affogate e c'è poco tempo per mettere pensiero sugli interventi. Quando senti che hai fatto stare meglio qualcuno è impagabile.

Non butterei via niente, neanche la fatica. Ho tanta soddisfazione nel rimanere nell'intimità delle persone, ho scelto il mestiere che mi piace, anche i vincoli istituzionali non sono così pressanti, anche se è pressante il carico. Ascolto sempre nuove storie che continuano a sorprendere e sono sempre diverse.

Mi dà soddisfazione poter pensare e progettare nuove modalità di intervento che abbiamo in mente sulle famiglie, lo stiamo facendo e mi dà soddisfazione. Sperimentare modalità e percorsi nuovi è molto interessante e quando si riesce dà sollievo.

L'inserimento dati è anche un momento di rilassamento nella giornata: è un depositare la memoria di quello che ho fatto (...) l'inserimento dati è una cosa che mi dà "allergia".

Il lavoro con le famiglie, i bambini, le coppie e i gruppi mi dà l'idea per migliorare e lavorare per le nuove generazioni.

Siamo una catena di montaggio e questo è da buttare. Si fanno troppe cose e si rischia di farle male, soprattutto difficile integrare il lavoro con i pazienti e l'organizzazione.

La solitudine del carico emotivo se non le possiamo condividere. Anche tra psicologi siamo spezzettati e col covid ci siamo ulteriormente distanzianti. Una volta c'era più condivisione. La solitudine è maggiore nei casi gravosi, che non sono necessariamente quelli gravi.

Le difficoltà di relazione che si vive con ginecologi e ostetriche. Sento che non abbiamo un pensiero e un linguaggio condiviso. Andava meglio con le assistenti sociali.

Nella mia realtà si lavorava bene prima che ci frammentassero per piani: lavorare bene non vuol dire non avere conflitti

Le équipe con le assistenti sociali nella tutela minori, confermo anch'io che erano migliori: facevamo anche colloqui insieme. Qui le occasioni con le ostetriche sono poche, con le ginecologhe anche meno. Abbiamo avuto una piccola ma bella occasione durante il covid, quando riuscivamo a pranzare insieme. Quando bisogna decidere cose complesse si ha bisogno di condividere, come nella tutela succede di più. Al consultorio è meno necessario, si rimane più separati. Nella tutela da soli non si sopravvive.

Le identità sono più distinte, facciamo cose molto diverse. Forse esistono altre forme di integrazione, ma non riusciamo a pensarle: ambiti ostetrico, ginecologico e psicologico, facciamo fatica a integrarli proprio come pensiero.

Sento solitudine nel lavoro in città. Nel distretto della montagna dove le assistenti sociali erano dipendenti sanitarie era diverso, in città appartenendo a istituzioni differenti si sentiva di più la solitudine. Ma non è così in tutti i territori.

3° dialogo: Come vorrei che evolvesse la mia identità professionale a partire dal consultorio? Cosa vorrei diventare da grande?

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Vorrei una maggior qualificazione degli interventi, un incremento delle competenze e percorsi mirati e specifici sui diversi tipi di utenza o problematica (abbiamo iniziato gruppi sulla genitorialità, interventi su separazioni conflittuali). Vorrei interventi più qualificati e specifici come questi.

Vorrei più stretta collaborazione con i colleghi

Vorrei vedermi in pensione, ma questa è la voce della stanchezza e della fatica.

Mi piacerebbe lavorare anche con gruppi di genitori o di mamme e neomamme. Ho fatto esperienze di questi tipo anni fa e adesso mi piacerebbe.

C'è la curiosità di sperimentarmi ancora in nuove tecniche, è ancora molto viva, nonostante le riorganizzazioni e le complicazioni e le fatiche.

Utilizzare delle tecniche di elaborazione del trauma: integrare certe tecniche con altre che vengono messe in sinergia, una volta c'era una separazione, oggi si potrebbe sperimentare.

Penso i consultori con nuovi investimenti, nuovi psicologi, che rimanga un luogo vivo e capace di dare accoglienza.

Che il consultorio rimanga vivo e forte anche con spinte dall'esterno con risorse che sono fondamentale per tenerlo in salute. Negli ultimi anni ci sono stati pensionamenti ed è stato difficile. Mi aspetto che sia valorizzato vista la preziosità del lavoro: è importante che ci sia nella società l'attenzione a questo servizio e anche da parte della Regione, così le cose vanno meglio (come nel circolo della sicurezza).

Vorrei poter fornire delle risposte più specializzate: dare percorsi di gruppo, clinici e terapeutici. Le risposte a questo tipo di interventi sono positive, in termini di risultati.

Mi vedo che riusciamo a mantenere un lavoro di qualità innovativo e che venga visto, che saremo in grado di farlo vedere.

Da soli però non ce la possiamo fare: siamo come criceti nella ruota. Abbiamo bisogno di supporto anche con i dati, che mostrano il nostro lavoro.

Vorrei che ci fosse una difesa del rapporto individuale con i pazienti, oltre ai gruppi. Le donne hanno in prima battuta bisogno di essere accolte e ascoltate con percorsi ad hoc per loro, per questo servono risorse. Mirati alle persone e alle famiglie e alle loro specificità.

Medici e altre professioni non hanno sempre chiaro cosa fa il consultorio, mancano collegamenti e integrazione con questi altri servizi dai quali tanta utenza potrebbe accedere.

Lo psicologo del consultorio ridefinisce la propria utenza in continuazione: "ma come non vi occupate di ...?". Non è mai abbastanza, è una strana impressione che ci rimandano i colleghi quando diciamo "il disturbo d'ansia non è una questione di cui ci occupiamo". È come se tutto ci riguardasse e non facessimo mai abbastanza. Forse andrebbe più valorizzata la nostra professionalità in questo contesto. Anche per evitare che le situazioni vadano in psichiatria. Siamo poco viste, anche forse per responsabilità nostra.

Anche per i colleghi è difficile da capire cosa non facciamo e non facciamo, a volte invii impropri. Sentiamo che ci sono settori che se non ce ne occupiamo noi restano scoperti ma anche col rischio di perdere tutto, la nostra specificità, va ridefinita tra noi questa cosa. Varrebbe la pena ridefinire per primo tra noi, per evitare anche che alcuni bisogni si perdano. Ci sono aree consultoriali che abbiamo dovuto restringere. Il bisogno rischia di essere un buco nero, occorrono dei confini. Ci sono però fasce d'utenza che non hanno risposte. Forse con le case della salute la situazione migliora. I percorsi e la nostra specificità vanno definite bene.

Nel consultorio emerge il ruolo della donna. È nato con i diritti delle donne e un nuovo ruolo. Il consultorio raccoglie le posizioni svantaggiate delle donne. Differenze tra genitori nella cura del neonato, le madri si logorano, lasciare un bimbo di 3 mesi è un problema.

Necessità di interagire con le associazioni di donne sulla libertà di aborto. È un problema su cui anche i consultori dovrebbero intervenire, sui medici obiettori anche la regione dovrebbe intervenire.

Lavoro da molti anni in consultorio e il significato di questo lavoro è fare un intervento clinico specializzato, ma allargato e flessibile per far fronte a situazioni diverse tra loro. Interfacciarsi con ostetriche e ginecologhe su pazienti comuni è auspicabile e dà soddisfazione. Non sempre ci confrontiamo ma riusciamo a essere in sintonia, tenendo conto di altri punti di vista. Ad esempio, se mi assicuro che una paziente abbia supporto per l'allattamento o assistenza alla gravidanza, potenzia il mio lavoro. Si lavora con più figure professionali e non ci si preoccupa di patologia ma di fasi e passaggi delicati dove possono emergere fragilità. Occorre lavorare per l'empowerment della donna stessa. Possiamo anche trovare la patologia, ma anche solo fragilità in alcuni passaggi. È prevenzione anche per le generazioni future, delle coppie, delle famiglie. Sono molto innamorata del consultorio, mi piace come servizio.

Al termine dell'incontro e della restituzione in plenaria sono emerse le seguenti **parole trasversali e risonanze**:

Condivisione/collaborazione/confronto

Accoglienza

Ascoltare/capacità di ascolto/empatia

Consultorio che va verso il territorio

Consultorio inclusivo, per tutt@

Alleanze tra professionist@/integrazione/collaborazione

Linguaggio condiviso

Consultorio che risponde a tante sfide (diverse fasi della vita, famiglie ricomposte, fragili, immigrate, maschile, adolescenti e identità di genere)

Prospettiva/futuro/positività

Continuità assistenziale come cultura del consultorio

Il secondo laboratorio del tramando si è tenuto il 31 maggio del 2021.



LUNEDÌ 31 MAGGIO

PROGRAMMA

Ore 16.00: Apertura dei lavori

Ore 16.15: **Laboratorio sulle pratiche e i saperi interprofessionali** — Conducono Luigi Palestini, Giulia Rodeschini, Tatiana Saruis (*Agenzia sanitaria e sociale regionale*)

Ore 16.30: **Dialoghi in piccoli gruppi**

Ore 17.00: **Plenaria di restituzione**

Ore 18.00: Chiusura dei lavori

Link generale per partecipare: urly.it/3d1ws

TIMONE

Metodologia: dialogo nel buon futuro

Ore 16:00: accoglienza

Ore 16:15-16:30: collegamento con altro incontro e presentazione del buon futuro emerso dal primo incontro.

Avete descritto il consultorio/traiettorie professionali che vorreste, ciascuna tipologia professionale ha raccontato. Vi mostriamo le nuvole. In più ci sono tanti padlet che abbiamo analizzato.

Qualcosa da aggiungere su questo buon futuro? Interventi di un minuto....

Proiezione in un buon futuro (il buon consultorio è in parte già qui, è in alcune storie che noi riusciamo a costruire).

16:30-17:10: Lavoro di gruppo

Vi chiediamo di raccontare una storia in cui un'alleanza tra professionist@ ha portato a un buon esito. Caso che per voi è "cavoli, se fosse proprio così, se potessimo andare in quella direzione"; "Se fosse così sempre il mio lavoro sarebbe davvero soddisfacente".

Ti è capitato di veder realizzato questo consultorio? In un caso in cui sei stata soddisfatta dei risultati? Hai sentito che l'intervento del Consultorio era particolarmente buono e positivo per l'utente ma anche per le persone che lavorano nel consultorio?

Chiediamo di raccontarvela in piccoli gruppi (3 minuti a testa per raccontare)

Chi vuole la racconta, se qualcuno non vuole può restare in ascolto attivo.

Dopo che avete fatto il giro, rispondete a queste domande:

Se queste sono storie in cui hai visto uno spiraglio di futuro, che cosa le ha fatte funzionare?

Cosa è successo che non sempre succede?

Cosa hai fatto tu per farle funzionare?

Chi si potrebbe coinvolgere per farle funzionare?

17:10: PLENARIA

Raccontateci (un minuto/due min a gruppo) in sintesi cosa concretamente ha fatto funzionare le storie che avete raccontato e ascoltato dagli altri?

Cosa vedete di trasversale in quanto emerso?

Che cosa hanno in comune queste storie di successo?

In questi spiragli di futuro vedete una prospettiva per l'identità del consultorio e non legata alle singole figure professionali?

18:00: CHIUSURA

Riportiamo la sintesi di quanto emerso dalle riflessioni.

Elementi che concretamente hanno fatto funzionare le storie raccontate:

- Relazione, comunicazione, fiducia con le utenti:
 - **creare legame** con la donna, soprattutto quando straniera;
 - far sentire la donna **presa in carico** e quindi accolta;
 - **riconoscimento della richiesta** di aiuto della donna;
 - buona **comunicazione** con la donna e con i professionisti
 - costruzione di **fiducia** tra professionisti e utenti
 - **mettere al centro** la bambina;
 - le relazioni non formali funzionano meglio di quelle formali: ci si conosce, ci si parla... il fatto di conoscersi rende più facile il dialogare.
- Attivare e lavorare in rete:
 - la rete è fondamentale sia per le diverse professionalità che per le diverse responsabilità che ogni partecipante della rete ha nel finale complessivo;
 - ho attivato la rete;
 - lavorare alla pari;
 - conoscenza della rete;
 - lavoro di équipe;
 - rete con la pediatra;
 - coinvolgimento di altre figure "in crescendo";
 - contatto con le assistenti sanitarie;
 - ho fatto l'ostetrica case manager, collante della rete;
 - cambio di postura: serve elasticità, uscire dagli schemi professionali

Come mai non sempre le cose vanno così? Perché le relazioni tra professionisti non funzionano sempre in maniera così produttiva ed efficace?

- A volte manca il ritorno delle diverse figure professionali: difficoltà di trovare un percorso se non c'è un indirizzamento comune verso la stessa meta;
- a volte non ascolto, imparare a comunicare meglio, ma anche empatia, passione per il lavoro. Aspetto di reale ascolto che mette l'utente nella condizione di ascoltarsi il passo in più viene spontaneo;
- tema del tempo: alle relazioni occorre dedicare molto tempo; la complessità assistenziale è aumentata, un pochino si lavora per prestazioni e il tempo da dedicare all'ascolto è oggettivamente sempre di meno. Se dedico meno tempo faccio una lettura del bisogno un po' più superficiale e non comprendo quello che quella situazione mi suggerirebbe;
- difficoltà del lavoro in rete: turn over straordinario di professionisti. Mettersi alla ricerca costante di qualcuno che supporti. È un lavoro faticoso, che richiede tempo. Ci vorrebbe qualcuno che come lavoro faccia la manutenzione delle reti;
- è dato molto dalla disponibilità del singolo e a volte può essere che non ci sia questa disponibilità;
- cerchiamo di fare il massimo ma a volte usiamo le domande chiuse per non aprire una voragine? Paura di fare il salto nel buio legata alla paura di non stare dietro agli impegni che queste attività chiedono;
- "gruppi di rete": tutte noi come professionisti, al di là del tempo che è sempre poco, se abbiamo una rete di professionisti che ci supporta e con la quale riusciamo a dialogare (dare e avere) ci si sente più rilassate ad affrontare e prendersi in carico situazioni che per storie personali ci spaventano. Se ho qualcuno con cui confrontarmi il nostro vissuto da operatori e professionisti è migliore;
- i professionisti a volte non hanno riscontro dell'operato, un po' perché lavorano in solitudine, un po' perché se non arriva una verifica, una lamentela, un fatto grave che dice che non ho operato bene non abbiamo contropartite. E non c'è neanche tra operatori. Adesso le ostetriche hanno le loro donne che seguono in gravidanza, i "casi", non c'è una verifica, qualcuno che mi dica: che cosa hai combinato? Neanche per le donne che non tornano più ci sono verifiche;
- fare interagire la famiglia, la donna con tutti gli operatori è spesso un problema.

2.2 Laboratorio del tramando "Sfide e traiettorie dei corsi di accompagnamento alla nascita: condividere e co-costruire saperi e pratiche interprofessionali" a Reggio Emilia

Il percorso sperimentale svoltosi a Reggio Emilia – che ha avuto come oggetto i corsi di accompagnamento alla nascita (si veda il successivo paragrafo) – è iniziato con un laboratorio del tramando svoltosi online il 27 maggio 2021. Si riportano di seguito il volantino dell'iniziativa, il timone e la sintesi prodotta dal gruppo di lavoro di Reggio Emilia.



Laboratorio del Tramando

Sfide e traiettorie dei corsi di accompagnamento alla nascita: condividere e co-costruire saperi e pratiche interprofessionali

Giovedì 27 maggio dalle 14.30 alle 17.30



Il laboratorio sarà on-line su piattaforma Blackboard



GIOVEDÌ 27 MAGGIO

PROGRAMMA

Ore 14.30: Apertura dei lavori, a cura di Barbara Dallatomasina (AUSL Reggio Emilia)

Ore 15.00: **Laboratorio sulle pratiche e i saperi** - Conducono Luigi Palestini, Giulia Rodeschini, Tatiana Saruis (Agenzia sanitaria e sociale regionale)

Ore 17.00: **Restituzione**

Ore 17.30: Chiusura dei lavori

Link per partecipare: url.it/3d1a2



TIMONE

Online su piattaforma Blackboard

Ore 14.30: Apertura dei lavori, a cura di Barbara Dallatomasina (AUSL Reggio Emilia)

Ore 15.00-15.10 spiegazione Laboratorio sulle pratiche e i saperi

Conducono Luigi Palestini, Giulia Rodeschini, Tatiana Saruis (Agenzia sanitaria e sociale regionale)

Divisione in sottogruppi di circa 5 persone

Ore 15.10-15.35: **1° dialogo** in sottogruppi

Come è cambiata l'utenza e i bisogni (rispetto ai corsi preparato) e come sta cambiando il ruolo dell'ostetrica?

Chiediamo ad una persona del gruppo (se presente alla persona della cabina di regia) di annotare quanto emerge dal gruppo sul padlet predisposto.

Un'altra persona prende il tempo.

Ognuno ha **2 minuti di parola**, poi viene interrotta da chi tiene il tempo e passa la parola alla persona successiva che riparte da quanto ha detto la persona prima di lei oppure aggiunge altro (interessante lasciare risuonare in voi quello che ascoltate). **Una volta finito il primo giro se ne fa un secondo.**

Ore 15.35-15.50: 1° plenaria

Un minuto a gruppo, il gruppo successivo aggiunge

15.50-16.00: PAUSA

16.00-16.25: **2° dialogo** in sottogruppi (5 persone)

Pensando ai corsi preparato come sono stati fino ad ora (in presenza e online) cosa salvaguardare e portarsi dietro? Cosa buttare?

Stessa consegna del dialogo 1.

16.25-16.40: 2° plenaria

1 minuto a gruppo, il gruppo successivo aggiunge

16.40-17.05: **3° dialogo** in sottogruppi (5 persone)

Pensando ad oggi (non emergenza pandemica): cosa o chi manca che vorreste nel futuro?

[non si possono nominare: risorse, tempo, formazione]

Stessa consegna del dialogo 1.

17.05-17.20: 3° plenaria

1 minuto a gruppo, il gruppo successivo aggiunge

17.20-17.25: Mentimeter: **Scrivi 3 parole chiave che ti rimangono dell'incontro di oggi**

17.25-17.30: **chiusura dei lavori**

L'incontro si è svolto con la presenza di 41 ostetriche ospedaliere e consultoriali dell'AUSL e ASMN di Reggio Emilia. Barbara Dallatomasina spiega all'inizio dell'incontro che questo percorso rientra nel progetto di riorganizzazione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita dell'AUSL di Reggio Emilia. È un incontro interdipartimentale perché coinvolge anche professionisti/e del Dipartimento materno infantile oltre ai/lle professionisti/e della Salute Donna. L'idea nasce dall'esigenza di creare uniformità e equità in un servizio presente su tutto il territorio. Il primo incontro è rivolto a sole ostetriche e organizzato come un laboratorio dialogico tra professioniste.

Di seguito gli esiti dei diversi dialoghi e del mentimeter finale.

1° dialogo: come è cambiata l'utenza e i bisogni (rispetto ai corsi preparato) e come sta cambiando il ruolo dell'ostetrica?

Utenza

- Donne italiane, piccola percentuale di donne straniere (di seconda generazione);
- donne alla prima gravidanza;
- donne con istruzione alte e fortemente motivate;
- donne lavoratrici;
- donne informate/disinformate rispetto alla rete;
- donne che hanno già frequentato corsi;
- donne sole (famiglie distanti), scarse relazioni e solitudine da pandemia;
- donne miste per età;
- mancanza dell'utenza con fragilità e immigrate per barriera linguistica;
- gravidanze programmate;
- donne con scarsa conoscenza del proprio corpo fisico-emozionale;
- donne con meno coinvolgimento, tendono a delegare.

Bisogni

- fasce orarie flessibili per esigenze lavorative e coinvolgimento dei padri;
- ruolo dei padri;
- attività fisica durante il corso perché la maggior parte delle donne è sedentaria;
- consapevolezza della maternità e del figlio in arrivo;
- affrontare il dolore del travaglio spostato dall'interesse all'epidurale;
- scegliere il luogo del parto;
- imparare ad ascoltare i segni del corpo;
- creare relazione e rete di mamme;
- ridotto numero di incontri e inizio ritardato.

Ostetrica

- saper filtrare le tante informazioni delle donne;
- favorire l'empowerment;
- capacità di ascolto;
- riattivare le competenze materne-fisiologiche della nascita;
- richieste molte informazioni a 360°;
- conoscenze multiculturali;
- attivare le capacità del gruppo e creare un gruppo affiatato;
- nuovi strumenti: video, siti oltre a libri;
- competenze tecnologiche per online: si raggiungono donne con difficoltà a partecipare in presenza ma si hanno anche donne collegate e distratte in altre attività, scarsa possibilità di coinvolgimento e di attività fisica;
- formazione costante;
- lavorare in gruppo è diverso che lavorare con le singole donne;
- si preferisce corsi in presenza.

2° dialogo: pensando ai corsi preparto come sono stati fino ad ora (in presenza e online) cosa salvaguardare e portarsi dietro? Cosa buttare?

Cosa salvaguardare

- promozione di salute e benessere materno;
- coinvolgimento e ascolto attivo delle donne;
- strutturare i corsi sui desideri delle donne;
- argomenti: relazione madre-bimbo, travaglio, parto, allattamento, rientro a casa, pavimento pelvico, sessualità, genitorialità;
- nozioni di salutogenesi;
- esercizi fisici;
- attività rilassanti;
- le donne come protagoniste, ruolo attivo;
- visita della sala parto;
- importanza del gruppo, creare rete mail-list, condivisione telefoniche;
- modalità in presenza;
- modalità online perché chi non può partecipare di persona

Cosa eliminare

- conduzioni direttive, poco coinvolgenti, frontali;
- pregiudizi;
- informazioni troppo tecniche-mediche
- difficoltà orari e degli spazi
- inizio ritardato e concentrato del corso
- modalità online per la necessità di riassumere, sintetizzare. Per le donne poco coinvolgenti e difficoltà a seguire
- corsi troppo numerosi.

3° dialogo: pensando ad oggi (non emergenza pandemica): cosa o chi manca che vorreste nel futuro? [non si possono nominare: risorse, tempo, formazione]

Cosa manca

- offerta attiva-invito;
- eterogeneità delle donne;

[illegible]

Dopo il laboratorio del tramando riportato nel precedente paragrafo, il percorso a Reggio Emilia ha visto la realizzazione di:

- 93



3.1 Laboratorio dialogico con le mamme partecipanti ai corsi pre-parto

Il laboratorio si è tenuto il 16 ottobre 2021 in modalità online ed è stato finalizzato ad ascoltare il vissuto delle utenti dei corsi preparto. Si riportano di seguito il timone e quanto riportato dalle partecipanti, seguito dallo stimolo conclusivo riportato dalla facilitatrice del dialogo.

TIMONE

Ore 14.30-16.30

14.40: Introduzione Barbara: progetto riorganizzativo e mandato

14.50: **1° DIALOGO**

GRUPPO 1 (circa 10 persone): 2 minuti a testa = 20 min

Dirci il vostro nome...

Cosa salvereste e cosa buttereste cosa è mancato nel corso di accompagnamento alla nascita che avete frequentato?

15.40: **2° DIALOGO**

GRUPPO 2 (circa 10 persone): 2 minuti a testa = 20 min

Cosa vedete nel futuro? Chi vorreste incontrare (professionisti e non)? Come? In che modalità e in quali tempi?

GRUPPO 1 (circa 10 persone): 1 minuto a testa = 10 min

Cosa vi è risuonato ascoltando le altre mamme? Avete qualcosa da aggiungere?

CABINA DI REGIA: 2 minuti a testa = 10 min

Cosa vi è risuonato ascoltando i due gruppi? Avete qualche riflessione da aggiungere o domanda da fare?

INTERVENTI LIBERI di massimo 1 minuto per un totale di 10 min

Ore 16.30: chiusura

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

1° DIALOGO

Cosa salvereste e cosa buttereste cosa è mancato nel corso di accompagnamento alla nascita che avete frequentato?

Gruppo 1:

Ho partecipato al corso on line con l'ostetrica F. Corso molto interessante, la visualizzazione deivideo, lo psicologo, la visita virtuale dell'ospedale di Reggio. Non butterei niente, siamo riu-

scite a instaurare un rapporto con le future mamme anche se non è come in presenza. Per me è stato tutto chiaro.

Ho partecipato al corso da remoto l'anno scorso e sono riuscita a fare anche il post-parto. Molto bene poterlo fare, non so come è in presenza. Diversamente da quello che ha detto B., non siamo riuscite a mantenere un rapporto con le mamme, forse perché era un periodo di chiusura iniziale, e anche perché molte provenienti dalla provincia piuttosto che da Reggio Emilia e io abito a Reggio. **Cosa mi è mancato: un aspetto, che poi ho approfondito da sola, riguarda il portare il bimbo con supporti ergonomici.** È un aspetto che si fa fatica a conoscere perché i supporti ergonomici non sono venduti nei negozi. È un aspetto che se non voi ostetriche penso che nessuno ce ne potrebbe parlare. Ho passato alcuni mesi con il supporto non ergonomico e poi una mamma in spiaggia mi ha spiegato come procurarmi informazioni. Al corso qualche indicazione ma non tutto. Non butterei via niente, a partire dai video pillole, utilissimi perché puoi rivederli con il papà. Magari il post-parto un po' più lungo. **Quello di cui abbiamo più bisogno è l'accudimento nel post-parto.** Sono un'assidua frequentatrice del latte e coccole perché nell'accudimento mi piace affidarmi ai vostri consigli.

Io ho fatto sia il corso preparto in presenza sia il post-parto 3 volte in presenza e poi via zoom. Il preparto è stato stupendo. **Essere col mio compagno è stato fondamentale** per la coppia, per me e per lui. Si è trovato pronto su alcune situazioni per essermi di aiuto. Avevamo un bellissimo gruppo di condivisione anche con i papà. Quindi **altra cosa che salvo sono le relazioni che si sono venute a creare.** Mi sono piaciute molto le descrizioni dettagliate di quello che sarebbe successo al nostro corpo, anche con disegni. Questo mi ha dato la possibilità di sentirmi più pronta anche a gestire il dolore. L'ostetrica E. ci ha spiegato l'importanza del dolore ed è stato molto utile. Ricordo il rapporto che si è creato con le ostetriche del pre e post-parto. Inoltre **arrivare in ospedale conoscendo già qualcuno ti fa stare molto serena.** Non toglierei niente, anzi, se si potesse arricchire lo farei più lungo ancora. Dalla mia esperienza mi sarebbe piaciuto avere queste informazioni anche prima, non solo all'ultimo, durante la gravidanza.

Non toglierei assolutamente nulla. È stata un'esperienza unica, irripetibile. Ho fatto il corso prima del covid all'ospedale Franchini con P. e M. È stato un nascere mamma, diventare consapevole delle proprie potenzialità, perdere le paure che questa società... percorso di crescita bellissimo, si è creato un rapporto bellissimo con le ostetriche con cui siamo ancora in contatto, sono riuscite a creare un bellissimo gruppo, ci troviamo spesso e volentieri. Essendo coppia di mamme **hanno saputo accoglierci** in un modo che non è spiegabile a parole.

Io ho fatto il corso a luglio, ho partorito i primi di agosto. Abbiamo avuto un **gruppo molto coeso** e ci siamo sentite molto sia prima che dopo. Non toglierei nulla, eravamo tutte molto diverse e un corso così vario può aiutare tutto. A me una cosa **sarebbe servita: l'argomento dell'osteopata.** A me ha aiutato molto perché avevo il bacino girato e avrei avuto problemi a partorire. Ho avuto un parto molto liscio, non so se grazie alle manovre dell'osteopata. **Aggiungerei anche informazioni aggiuntive sui problemi dell'allattamento,** tipo ragadi e mastite. Su una ero pronta, sull'altra no. Ho avuto altri aiuti esterni, ma un'informazione prima può prevenire. Per il resto è stato tutto esaustivo, mi sono sentita pronta.

Ho fatto il corso preparto nel 2016/2017 e l'ho fatto in presenza a Scandiano. A me come esperienza è piaciuta soprattutto perché **abbiamo creato un gruppo molto molto coeso.** Con le mamme ci vediamo tutt'ora, ed essendo tutte di Scandiano anche i bimbi si conoscono. È stata un'esperienza bella, però avendo avuto poi un'alta gravidanza ed essendo passati tre anni ho scoperto tante cose che al corso preparto non vengono dette. La mia seconda bimba io l'ho partorita in casa con M. e al corso non ci era stato detto; se l'avessi saputo forse anche il primo l'avrei fatto in casa. La seconda è nata in casa in piena pandemia... **dare l'informazione sulla possibilità e i benefici che si possono avere nel parto a domicilio è importante.**

Cosa butterei via? Forse adesso, perché sono mamma bis e ci ho ragionato sopra, **toglierei tutta la spiegazione di quello che succede durante il parto.** Siamo persone diverse, ogni parto è a sé e qualcuno a volte può idealizzare il parto perfetto quando magari il parto perfetto non è e può prendere più paura di quello che dovrebbe essere. Anche a noi **forse non è stata data tanta spiegazione sull'allattamento.** Ci è stato detto: dopo venite tranquillamente a latte e

coccole, ma sono i primi giorni quelli importanti... La montata, quando arriva, come potresti sentirti... **potrebbe essere importante far partecipare qualche mamma che ha avuto esperienze di parto positivo/negativo.** Mettere veramente a confronto queste cose.

Gruppo 2

Cosa vi è risuonato ascoltando le altre mamme? Avete qualcosa da aggiungere?

Io ho fatto il corso con L., si è creato un rapporto bellissimo con le ostetriche. In sala parto era come se fossi a casa mia. È stato tutto davvero molto bello, nonostante ci siano state delle cose che non mi aspettavo, a cui non ero preparata. T. e M. dell'ospedale di Montecchio sono state condivisione delle loro conoscenze dopo la nascita dei nostri bimbi per tanto tempo, quindi davvero da lodare. Il **discorso dell'allattamento**, che era stato affrontato, ma non snocciolato in tutti i suoi aspetti, forse è quello che anche le altre mamme hanno tirato fuori. Per me non è stata una passeggiata l'allattamento al seno, ma grazie alle ostetriche è stato un successo e ho potuto allattare al seno fino all'anno e mezzo.

Anch'io ho partorito a casa nel 2019 e ho fatto il corso parto per le coppie insieme a F. e poi abbiamo seguito insieme anche il corso post-parto online perché con i bimbi piccoli siamo entrati in pandemia. Ho partorito a casa, è stata un'esperienza magica, bellissima e mi sentivo davvero fortunata di aver scoperto questa possibilità prima, perché sono d'accordo che non si parla subito di questa opportunità che qui in Emilia-Romagna c'è. E., che ha tenuto il corso parto, ne aveva parlato, ma ha inserito l'argomento un po' tardi. Il messaggio che mi viene da dare è che nel mio caso **era tutto il percorso di accompagnamento, sia il parto, sia il post-parto**, poi sono stata seguita durante la gravidanza da L. del consultorio e poi ho conosciuto le altre ostetriche che mi hanno accompagnato al parto a domicilio. **Ho vissuto tutto come un percorso.** Quello che aggiungerei è quello di **viverlo fin dall'inizio, non solo come corso parto, ma come percorso che inizia quando scopri la gravidanza e l'accompagna nei primi mesi del bambino.** Anticipando tanti argomenti già nella prima fase potrebbe essere un vantaggio, innanzitutto per la mamma e per i bimbi. Ognuno di questi elementi per me era perfetto ma **pensandolo come unico percorso** si poteva inserire qualche argomento prima, qualcun altro magari un po' dopo. **Non essendo strutturato fin dall'inizio come percorso unico questi elementi vengono inseriti troppo presto, troppo tardi oppure mai.**

Sono di Parma, ma ho fatto il corso parto di coppia con l'associazione X. Online l'anno scorso. Bello perché eravamo in pochi, argomenti diversi ogni volta. Per quanto riguarda il parto a casa e... io invece ho dovuto fare un cesareo e quello che mi è capitato è che **durante il corso parto non è stato parlato molto di cesareo.** Anche durante il corso parto a Parma non se n'è parlato molto. Molto sofferto perché idealizzavo qualcosa di diverso. Tra l'idealizzazione e il terrore, paura che può suscitare il corso parto con tanti dettagli ci può essere nel mezzo un percorso che possa essere davvero un continuum. È un flusso complesso che non può essere diviso tra pre e post. Io post non ho fatto corso ma ostetrica privata. Il cesareo è il punto che volevo toccare, anche dal punto di vista delle ostetriche non è stato trattato in maniera chiara e onesta, non dal mio corso, ma è un atteggiamento che ho notato. Purtroppo, **quando bisogna farlo è un'altra esperienza che sarebbe importante trattare sia nel pre che nel post, che abbracci la donna nel suo insieme.**

Effettivamente **quello che manca sono le informazioni sull'allattamento e le relative difficoltà che si possono incontrare.** Poi è vero che in ospedale sono disponibilissime e il servizio latte e coccole è fondamentale. Ricordo che un'amica aveva chiesto al suo corso perché non trattavano in modo più dettagliato dell'allattamento e le avevano risposto che approfondire l'allattamento significa approfondire un aspetto distante. Dopo ci sono supporti notevoli, quindi i servizi ci sono e forse hanno i loro motivi per non approfondirlo molto durante il corso parto. (...) è stato proprio un cammino, **mi piace che si chiamino corsi di accompagnamento, e non parto, perché mi sono sentita proprio accompagnata in una fase della mia vita.**

Ho da portare una doppia testimonianza. Ho fatto il corso a Montecchio con E. nello stesso periodo di P., tra l'altro sarà svelata anche la mia scomparsa dal gruppo con cui mi trovavo molto bene. Ho avuto due corsi parto, il primo con E. che è andato benissimo, di coppia,

in presenza, con tutte le aspettative del primo bimbo. È mancato l'evento che non si vorrebbe sentire: alla fine della mia prima gravidanza ho perso il mio primo bambino, e ancora adesso faccio molta fatica a parlarne e ad affrontarlo. E. mi è stata molto vicina, l'ho superato talmente bene che a distanza di un anno preciso ho avuto il mio primo bimbo. Gravidanza più travagliata, ma non ero pronta. Rispetto alla precedente esperienza... non c'è stato nessun problema, non ci sono stati rischi e pericoli, era tutto perfetto... Quindi secondo me **quello che può mancare, non durante il corso preparto, è un corso di accompagnamento in questi casi, un corso per la perdita, un supporto per la perdita, magari qualche informazione in più durante la gravidanza, magari sin dall'inizio ci avrei fatto più caso.**

Il secondo corso preparto l'ho vissuto un po' come "rifacciamolo", non avendolo fatto a Montecchio c'erano problemi anche con la chiusura e apertura dell'ospedale. Una cosa che mi manca perché non ho partorito neanche la seconda volta a Montecchio. **Le informazioni sul post mi sono mancate anche durante il secondo corso.** Quelle sono fondamentali. L'osteopata, avere la possibilità di parlare con loro, magari c'è qualche problema prima. E poi durante la seconda gravidanza c'è stato un momento in cui la ginecologa che mi seguiva mi ha detto che poteva essere necessario un cesareo, ma nessuno mi ha spiegato... **ero completamente impreparata al cesareo, ero preoccupatissima...** poi non è successo, ma **ho subito un'induzione e anche su questo non ero per nulla preparata.** Ho avuto il palloncino, poi dovevano farmi lo scioppo ma non l'hanno fatto, poi ossitocina per 11 ore, è stato atroce, indescrivibile, una roba che non auguro a nessuna, io non la auguro a nessuna. Queste cose sono mancate completamente. **Vale la pena informare, dare la possibilità, come ci si può trovare in un parto che non si aspettava.**

CABINA DI REGIA

Cosa vi è risuonato ascoltando i due gruppi? Avete qualche riflessione da aggiungere o domanda da fare?

Mi è venuto in mente che manca molto rispetto all'allattamento quello che può avvenire subito dopo il parto. Vi lancio una domanda: quando siete in gravidanza e state affrontando il corso preparto, vi entrano le informazioni sul post-parto o siete più concentrate su quello che sarà il parto e le altre informazioni fanno più fatica a rimanere impresse? L'allattamento richiederebbe un corso a parte, perché anche per noi ostetriche è davvero un argomento grande. La mente sarebbe aperta per ascoltare l'argomento allattamento durante la gravidanza?

Vi chiedo se c'è qualcosa oltre all'allattamento di cui sentite di aver sentito la mancanza di una rete formata, le persone attorno a voi... avete avuto tutti dei racconti molto importanti e significativi. C'è un proverbio che dice che per crescere un bambino servirebbe il supporto di un intero villaggio. Quali sono i canali a cui potremmo chiedere un sostegno per le future mamme?

Tempi, orari, incontri di coppia, più incontri con il papà. Focus su papà/co-mamme e loro partecipazione.

Nel nostro cercare di organizzare questa giornata c'era stato il pensiero di avere un gruppo di utenti rappresentativo... quanto sia importante la presenza di una certa ostetrica o di fare gruppo. Non credo sia un caso che siate qui voi e un numero maggiore. Mi dà un'altra riflessione su come e dove possiamo migliorarci. Vi chiederei perché vi siete connesse oggi?

RISPOSTE:

Forse **bisognerebbe iniziare il corso preparto togliendo le fisse che si hanno sul parto.** Siamo tutte lì a pensare al parto, le contrazioni... bisognerebbe trovare un modo per svicolare da questo pensiero e affrontare altre cose, soprattutto il periodo dopo il parto. Il mio bimbo è stato l'ultimo del corso: mi sono vista tutti i cuori, le cose... e ho chiesto: ma nessuno si è trovata col bimbo e non sapeva cosa fare?

Io non ho trovato la rete, nel senso che la formazione delle persone che ti seguono è diversissima. Trovi persone che appoggiano una scuola di pensiero e altre che ne appoggiano un'altra. Ho conosciuto tante mamme che sono andate in confusione: un giorno incontri una persona che ti dice una cosa e un'altra che ti dice l'opposto. Il villaggio lo crei avendo tutti quanti una linea di pensiero, modificando il pensiero rispetto a chi trovi davanti.

Serve un villaggio e a Montecchio l'abbiamo trovato, non mi limito solo al corso parto ma proprio una rete. Si vede il parto come momento di fine e non di inizio; quindi, è difficile essere aperte a quello che avviene dopo. Difficile appianare questa cosa perché è molto soggettivo, ma **sicuramente abbiamo trovato molto ascolto**. Tutte hanno trovato ascolto da parte delle ostetriche, prima, durante e dopo. Anche dopo chi aveva necessità sull'allattamento ha sempre trovato una risposta pronta.

Sugli incontri per i papà: importantissimo soprattutto per la persona che ti sta a fianco... per la nostra esperienza.

Su accudimento e allattamento il corso post-parto molto esaustivo. È stata un'ottima occasione per darci consigli a vicenda con la guida delle ostetriche. È stato super esaustivo, si è parlato anche dell'osteopata. Io sarei dell'idea di **iniziare un corso quando si rimane incinta e finire quando il bambino ha due anni**. Corso post-parto molto poco pubblicizzato, ne sono venuta a conoscenza solo grazie al passaparola. **Presenza papà al corso assolutamente fondamentale**, perché noi siamo pronte ma loro hanno quell'occasione per prendere coscienza del loro ruolo durante il parto e il post-parto. Oggi mi sono connessa perché ho moltissima stima delle ostetriche e quando mi hanno chiesto... non ci ho pensato due volte. La mia bimba è stata portata in neonatologia, mi sono trovata a casa con le tette dolorosissime e l'ostetrica mi ha ascoltata anche di notte.

Così come sono arrivata prontissima all'argomento del dolore, E. è stata bravissima a prepararci, invece con l'allattamento ho avuto un piccolo trauma, non ero pronta per questo dolore.

Ero proiettata per arrivare al giorno del parto e non ero pronta per il resto. Il corso post-parto è stato fondamentale, anche se poco pubblicizzato. (...) **Fondamentale la presenza del compagno.** La presenza fisica cambia tutto, quello da remoto non è stato così forte... anche se è stato fondamentale avere questo contatto con altre mamme e ostetrica.

Importanza di avere il compagno. All'inizio non era molto convinto, ma poi serata dopo serata... **aiuta molto loro e a supportare le mamme dopo.** Tante volte la mamma va in frenesia, in agitazione, non riesce ad essere lucida e il papà è quello che fa da contrappeso, che riesce ad avere una visione più lucida in questi momenti. Il motivo per cui ho scelto di partecipare, visto che era un'occasione di condivisione volevo portare la mia esperienza e sentire anche altre esperienze.

Allattamento: prima del parto siamo concentrate come prima di un esame. A me prima di un esame venite a parlarmi di quello che succede dopo e vi mangio (...)

Coinvolgere il papà potrebbe essere utile perché lui non ha in quel momento la paura del parto, quindi potrebbe concentrarsi di più. Mi collego perché abbiamo avuto delle difficoltà di coppia che continuano perché continuano perché continua l'allattamento e il papà fa tutti i lavori di casa. Io non ero pronta a fermarmi completamente, lui non era pronto ad attivarsi completamente. Quindi il papà che partecipi... lui è riuscito a partecipare perché era in remoto e lavoravamo da casa. Anche qualche incontro dedicato solo al padre, anche nel periodo del post-parto, in cui la mamma è in delirio e magari il padre è più tranquillo, dorme la notte, non capisce perché la mamma è depressa...

Il post-parto e l'allattamento: sento che servirebbe un "ramo" del corso di accompagnamento anche per il/la compagno/a in questo senso, io personalmente ero più proiettata al post durante le gravidanze; i canali di connessione post-parto: non esiste una comunicazione efficiente a riguardo, soprattutto se si viene fuori dalla provincia; corsi a coppie e in presenza sicuramente sono l'ottimale, ma capisco che non sia possibile in una situazione come questa. Perché partecipo: Perché spero di essere d'aiuto a qualcuno dopo...

2° dialogo

Cosa vedete nel futuro? Chi vorreste incontrare (professionisti e non)? Come? In che modalità e in quali tempi?

Utili degli incontri prima della nascita. Esperienza con ospedale di Montecchio dove vengono organizzati incontri con pediatra, neonatologo... quindi anche queste figure di cui hanno parlato le altre mamme come l'osteopata, magari non includerli in tutto il corso ma fare incontri che

possano dare degli spunti per poi implementare la conoscenza su aspetti che sentono più vicini al loro sentire.

Queste figure invece che fare un incontro ciascuno potrebbero essere nominativi con dei contatti insieme al tipo di supporto e filosofia che abbraccia. Un po' come la bibliografia di approfondimento in fondo ad un libro. In cui potrebbe esserci anche qualche consulente dell'allattamento, consulenti del portare e pediatri a favore dell'allattamento. Per me molto diversa l'esperienza con primo pediatra con aggiuntina e seconda che mi ha sempre supportato.

Noi l'abbiamo fatto alla sera e questi orari davano la possibilità ai compagni di esserci. Quindi come tempistica molto bene. Per il futuro spero che ci sia l'occasione di farlo per più tempo partendo già durante la gravidanza.

Avere lo stesso riferimento dall'inizio alla fine. Vorrei riconoscere alle ostetriche la capacità di rendere speciale ogni momento. E questo non è poco.

Al termine dell'incontro sono state condivise alcune traiettorie di analisi che sono state poi approfondite nei successivi incontri. In particolare:

- cambio di paradigma: da pre e post parto a continuum; da corso a percorso;
- superare i conflitti interprofessionali e ampliare la partecipazione di altre professionalità;
- integrazione tra i nodi della rete;
- idealizzazione vs realtà: verso un "allenamento all'incertezza", cercare di non idealizzare il parto fisiologico o l'allattamento presentando anche esperienze reali;
- una postura aperta anche a quando le cose non vanno bene: saper accompagnare.

3.2 Scambiateche "I percorsi di accompagnamento alla nascita e oltre" e "Verso il documento 'Percorsi di accompagnamento alla nascita e ai primi 1000 giorni'"

A partire dagli esiti e dalle riflessioni scaturite dai due laboratori territoriali appena presentati, il gruppo di lavoro di Reggio Emilia e la cabina regionale hanno valutato importante aprire un confronto con gli altri territori, per condividere quanto emerso nei laboratori e confrontarsi sulle pratiche delle diverse realtà. È stata così organizzata una "scambiateca", da intendersi come uno spazio di dialogo e confronto, dal titolo "I percorsi di accompagnamento alla nascita e oltre". La scambiateca si è tenuta in modalità online il 18 gennaio 2022 e nello specifico ha messo in dialogo i territori di Reggio Emilia, Parma e Cesena. Sono state invitate all'evento tutte le persone coinvolte nei processi di sperimentazione dei diversi territori. Riportiamo di seguito il timone della giornata e gli esiti dell'incontro.

TIMONE

Ore 14.00: Introduzione dei lavori a cura di Giulia Rodeschini

Ore 14.20

PRIMO GIRO: 15/20 min – 3 min a testa

Reggio Emilia: cosa avete fatto e rielaborato fino ad oggi?

Quali dubbi, cosa vi preoccupa, cosa vi interessa sapere dagli altri territori?

Ore 14.40:

SECONDO DIALOGO: CESENA

Come avete organizzato i vostri corsi di accompagnamento alla nascita? Come li state ripensando?

Quali figure avete introdotto? (pediatra, psicologo...)

Come lo strutturare in termini di argomenti e materiali?

Ore 15.00:

TERZO DIALOGO: PARMA

Cosa ha risuonato ascoltando le colleghe di Reggio Emilia e di Cesena? Cosa potete raccontarci di peculiare del vostro territorio?

Ore 15.20:

A tutt@ (dialoganti, pubblico, regione): Vi chiedo di dirci "che pensieri, emozioni, immagini vi sono venuti in mente mentre ascoltavate?" Quali elementi utili per nuove traiettorie future?

Per rispondere vi chiedo di pensare tra di voi ad alta voce a turno, dandovi 1 o 2 minuti.

Ore 15.40: Quali traiettorie future vedete?

Dopo aver ascoltato tutte le suggestioni emerse, quali sono gli elementi che avete identificato o che vi sono venuti in mente che ci permettono di andare oltre?

Come andare oltre?

Ore 16.00: chiusura

Di seguito si riporta l'analisi del materiale raccolto durante la scambioteca in connessione a quanto emerso negli incontri precedenti.

RIFLESSIONI TRASVERSALI

VERSO UN CONTINUUM DI PERCORSI

- Da corsi pre e post nascita a **PERCORSI** di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità
- Verso una **linea «comune»** con attenzione alla personalizzazione e alle specificità territoriali
- **Percorsi «in connessione»**
- **Percorsi «spalmati»** temporalmente

CAMBIO DI POSTURA

- **Realtà vs idealizzazione:** allenamento all'incertezza, non idealizzazione eccessiva e aspettative non solo positive
- Postura aperta anche quando le cose non vanno bene

TEMA 1: AMPLIARE LA RETE E SVILUPPARE UNA «REDE VIVA»

- **Ampliare lo sguardo** verso l'intero sistema che ruota attorno al tema della nascita e della genitorialità → **creare conoscenza e connessioni**

- **Continuità** tra territorio e ospedale e tra CF e CPF
- Apertura verso la **multidisciplinarietà**
 - Più figure professionali «satelliti»
 - Riflessione su cosa significhi essere «dentro»
- **Abitare tanti spazi** anche fuori dai servizi
- Attenzione alla **relazione pubblico-privato**

TEMA 2: AMPLIARE LA PARTECIPAZIONE E L'ACCESSIBILITÀ AI PERCORSI

- Da utente ideale a **utente reale**, dal singolo soggetto alla sua **"mappa esistenziale"**: a chi ci rivolgiamo? Chi è l'utente?
 - maggior coinvolgimento di tutte le donne
 - maggior coinvolgimento del secondo genitore, o figura di accompagnamento o altre figure vicine a mamma e bimbo/a e della loro rete e mappa esistenziale
 - maggiore inclusività di tutti i tipi di famiglie, andando oltre alla famiglia "tradizionale"
- **Rendere i percorsi più accessibili:**
 - differenziazione di orari e giorni
 - diversificare le metodologie
- Stimolare una **partecipazione attiva** dei/le partecipanti
 - lasciare alcuni spazi destrutturati e «aperti»
 - metodologie non solo frontali
 - proporre degli approfondimenti per temi di interesse
 - creare ambienti sicuri e liberi

TEMA 3: VERSO UNA FORMAZIONE SITUATA E UNA COMUNICAZIONE EQUA

- **VERSO UNA FORMAZIONE «SITUATA»**
 - **Formazione specifica e tematica** anche in ottica interdisciplinare
 - **Formazione situata** che permetta spazi di riflessività e scambio di competenze nei contesti
- **VERSO UNA COMUNICAZIONE EQUA**
 - Necessità di un'uniformità di informazione
 - Opuscoli (anche in lingua) diffondibili con QR code
 - Comunicazione/cartella tra territorio e ospedale
 - Newsletter periodiche
 - Corsi/percorsi in lingua/con mediatrici per donne straniere
 - Rivolti alla comunità: campagne di informazione sui corsi/percorsi
 - Siti web/pagine social

TEMA 4: CONTENUTI - COSA NON DEVE MANCARE

- Non limitare gli argomenti del corso a semplici informazioni relative a travaglio-parto-allattamento, ma **affrontare i cambiamenti** del corpo, nella coppia, il ruolo del partner, essere donna-madri...
- **Temi attuali** non sempre trattati o non trattati al momento giusto
- Temi sanitari, sociali, ma anche più di «socializzazione»
- Occuparsi del "buon trattamento" (OMS)

A partire da quanto emerso dalla scambioteca e dai precedenti incontri il gruppo regionale ha iniziato a scrivere un documento che potesse fungere da riferimento per i territori interessati ad un ripensamento e ad una riorganizzazione di alcuni aspetti dei percorsi di accompagnamento alla nascita.

Prima di arrivare alla versione finale del documento si è deciso di organizzare una seconda scambioteca per attivare un confronto con i/le professioni/e del sociale e del sanitario coinvolti/e nei percorsi di sostegno alla gravidanza e alla genitorialità. In particolare, sono stati invitati/e professionisti/e dei CF, della Pediatria di comunità, dei Centri per le famiglie, dei punti nascita e ai/lle pediatri/e di libera scelta per dare una forte impronta multiprofessionale e multiprofessionale alla riflessione. La scambioteca si è tenuta in modalità online il 7 giugno 2022 e ha visto la partecipazione di circa 100 professionisti/e oltre che di alcune utenti dei corsi. I/le partecipanti all'incontro sono stati/e invitati/e a dividersi in 4 gruppi per dialogare sui diversi temi emersi e definire cosa inserire nel documento finale.

Il documento è stato poi discusso anche durante la giornata formativa del 19 ottobre 2023 e nel prossimo paragrafo si riporta la versione finale. In nota sono state riportate alcune esperienze territoriali, consapevoli che non si tratta di una mappatura esauriente delle buone prassi presenti nei territori emiliani-romagnoli, ma portandole come singoli esempi.

Si riporta nel prossimo paragrafo la versione finale del documento.

3.3 Documento “Percorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità: elementi e spunti organizzativi, tematici e di qualità”

Percorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità: elementi e spunti organizzativi, tematici e di qualità

Indice documento

1. Riflessioni trasversali

1.1 Verso un continuum di percorsi

1.2 Cambio di postura

2. Traiettorie di lavoro

2.1 Ampliare la rete e sviluppare una rete “viva”

2.2 Ampliare la partecipazione e l'accessibilità ai percorsi

2.3 Contenuti, setting e metodologie

2.4 Tendere ad una formazione situata

1. Riflessioni trasversali

1.1 Verso un continuum di percorsi

- Dai corsi pre e post parto verso un'idea di “**percorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità**”
- Necessità di riorganizzare i corsi e traghettarli verso la visione più ampia di PERcorsi, ma anche di avere una **linea comune** sulla conduzione, struttura, offerta dei percorsi (a livello locale tra territorio e ospedale, ma più in generale a livello aziendale e regionale), senza togliere il valore aggiunto della “personalizzazione” e delle specificità territoriali.
- **Percorsi in connessione**, che permettano facilmente alle/agli utenti di conoscere le attività e i servizi del pre e post nascita.
- **Percorsi “spalmati”** durante tutta la gravidanza (non solo negli ultimi mesi) e i primi 1000 giorni (e oltre): “parlare delle cose utili al momento utile”²⁰.

1.2 Cambio di postura

- **Realtà vs idealizzazione**: allenamento all'incertezza, non idealizzare eccessivamente il parto fisiologico e l'allattamento; non creare un'aspettativa solo positiva, ma accogliere e riconoscere anche le ansie e le preoccupazioni e fornire gli strumenti per affrontare le difficoltà.

²⁰ <https://csbonlus.org/lefficacia-delle-guide-anticipatore-nel-sostegno-alla-genitorialita/>

Esperienza S. Ilario d'Enza (RE): intervento di prevenzione a basso costo, vengono inviate 8 newsletter (guide anticipatorie) ai genitori nei diversi momenti delle età dei/delle bambini/e, negli USA e in GB hanno dimostrato che questo approccio funziona nelle fasce deboli, ha costi quasi nulli, è basato su consigli anticipatori rapportati alle tappe di sviluppo, sono inseriti anche suggerimenti di interazione bimbo/a-genitore, le informazioni sono date con molte immagini e poco testo per superare le possibili difficoltà linguistiche. L'obiettivo è quello di promuovere uno stile genitoriale responsivo, favorendo la relazione e rafforzando l'autoefficacia dei genitori.

- **Una postura aperta anche quando le cose non vanno bene:** riconoscere e saper accompagnare nei momenti e situazioni di disagio e sofferenze (disagio materno/paterno, violenza domestica, aborti, parti difficili, accompagnamento al lutto)

2. Traiettorie di lavoro

2.1 Ampliare la rete e sviluppare una rete "viva"

1) Ampliare lo sguardo verso l'intero sistema che ruota attorno al tema della nascita e della genitorialità creando conoscenza e connessioni²¹. Oltre alle attività di rete "ordinarie", avere dei progetti comuni aiuta a dare concretezza al fare rete²².

- **Continuità tra territorio e ospedale:**
 - o corsi co-condotti da ostetriche ospedaliere e territoriali per strutturare e consolidare il continuum del percorso nascita;
 - o maggiore comunicazione tra territorio e ospedale (anche attraverso la condivisione delle cartelle cliniche).
 - **Trait d'union tra Consultori Familiari e Centri per le Famiglie** per promuovere una forte contaminazione tra sanitario, sociale ed educativo e permettere alle donne e alle famiglie già durante la gravidanza di vivere e conoscere spazi anche fuori dall'ambito sanitario e avere connessioni con i CpF per il post nascita e in generale sui primi 1000 giorni²³:
 - o sinergia tra i corsi pre-nascita organizzati dai CF e i corsi post-nascita organizzati dai CpF;
 - o scambi tra professionisti* dei due servizi per contaminare i diversi corsi;
 - o utilizzo degli spazi dei CpF anche durante i corsi dei CF per favorire la successiva fruizione delle opportunità (prevenzione primaria).
 - **Alleanza con il terzo settore (in particolare le associazioni e i gruppi di auto-mutuo aiuto)** con attenzione alla relazione pubblico-privato. "Frequentare" le associazioni (ad esempio coinvolgendole all'interno del Tavolo nascita e neogenitorialità²⁴) permette di conoscersi meglio e dare riconoscimento ai diversi ruoli senza "temersi".
- 2) Ampliare lo sguardo verso la multidisciplinarietà**, in modo strutturato o per esigenze specifiche
- **Rendere i percorsi il più possibile aperti (in diverse forme) alle diverse professioni**, quali ginecolog*, ostetric*, infermier*, fisioterapist*, psicolog*, pediatri* ospedaliere* e di libera scelta, pedagogist*, assistenti sociali, anestesisti*, assistenti sanitari*, educatori/trici professionali e di comunità. Possibilità di coinvolgere anche studenti dei corsi universitari.
 - **Dare spazio ad altre figure** – quali l'osteopata, la doula, la peer counselor – che, in sintonia e in alleanza con i servizi, possano contribuire ad aiutare la donna, la coppia, la famiglia.
 - **Apertura dei percorsi "inclusiva" e non "divisiva"**: non "dividersi" i corsi ma pensare a modalità di aggancio di diverse figure e servizi; chi c'è, chi non c'è, chi dovrebbe esserci? Attenzione a non procedere con una sommatoria o spartizione del monte ore dei percorsi, ma pensarli insieme. Alcune figure professionali sono centrali e guidano in specifiche fasi, ma sempre mantenendo uno sguardo di *progettazione corale* che aiuti a rispondere ai diversi bisogni.

3) Abitare diversi spazi dentro e fuori dai servizi:

- Individuare luoghi idonei ai diversi momenti dei percorsi e funzionali alle finalità e alle attività da svolgere:
 - o individuare per i percorsi pre-nascita anche luoghi non sanitari (ad esempio CpF);
 - o vivere gli spazi pubblici (biblioteche²⁵, centri sociali, palestre...) con attività varie (corsi cucina,

²¹ Progetto "Essere al mondo. Mettere al mondo. Una rete che accoglie", Unione Terre di Castelli <http://www.terredicastelli.mo.it/files/file/essere%20al%20mondo.pdf>

Proposta di istituzione di un gruppo operativo locale che si riunisca almeno due volte l'anno e che coinvolga AUSL, CpF, associazioni e asili nidi con il coordinamento dei Direttori di distretto.

²² Progetto "Spazio alle famiglie", Unione Terre di Castelli. https://www.unione.terredicastelli.mo.it/welfare_locale/servizi_alla_comunita_e_politiche_giovanili/centro_per_le_famiglie/spazio_alle_famiglie_attraversare_i_cambiamenti.htm

²³ Esperienza di Scandiano con attivazione di uno "scambio ore" tra CpF e CF: il CpF offre ai corsi in consultorio un approfondimento sul *maternage* e il CF offre ore di psicologhe al CpF.

²⁴ Esperienza del Tavolo nascita e neogenitorialità del Distretto Ceramico a cui partecipano oltre ai servizi della rete sociale e sanitaria (Ospedale di Sassuolo, Consultorio Familiare Azienda USL, Casa della Salute pediatrica di Formigine, Pediatri di Libera scelta Distretto Ceramico, Servizio Coordinamento 0-6 e Servizio Politiche per la Famiglia, Infanzia, Adolescenza dell'Unione dei Comuni Distretto Ceramico e Centro per le Famiglie Distrettuale) alcune associazioni (Associazione SoS Mama, Associazione Nascere a Modena, Associazione La Via Lattea).

²⁵ Esperienza di Ausl Bologna in Biblioteca Sala Borsa (Bologna) "Diventare genitori": percorso nuovo, in contesto non connotato, che mette insieme tutt* i/le professionisti* che si incontrano dalla gravidanza in poi (ostetric* e ginecolog*).

corsi di massaggio infantile, incontri su allattamento...) per aiutare la donna, la coppia, il gruppo, la socialità, la conoscenza di altri spazi/servizi;

- o sfruttare anche spazi all'aperto (es. parchi) per alcune parti dei percorsi, agganciando implicitamente il tema dei sani stili di vita.
- Promuovere le visite domiciliari (home visiting) con priorità alle famiglie e alle donne selezionate in base a criteri di fragilità entro il primo mese di vita (da coinvolgere in base alle singole necessità sono: pronto intervento sociale – PLS, ostetric*, assistente sanitari*, assistente sociale, ed educatore/trice). Favorire inoltre la possibilità di ulteriori visite di carattere socio-educativo e di sostegno alla genitorialità (a cura dei CpF)²⁶; ampliare la platea consente, infatti, di investire precocemente sul benessere familiare e la salute dei diversi componenti.

2.2 Ampliare la partecipazione e l'accessibilità ai percorsi

1) Ampliare l'idea di utente: da utente "ideale" a utenti "reali"

- Riconoscere come utenti tutte le donne, in particolare quelle storicamente assenti²⁷.
- Non focalizzare l'attenzione solo (o maggiormente) sulla madre e il/la bimb*, ma coinvolgere attivamente anche il padre o la co-mamma o la figura di accompagnamento o altre figure della rete e della mappa esistenziale della mamma e del/la bimb*, attraverso, ad esempio:
 - o promozione della presenza dell'altro genitore o di altra figura durante il percorso nascita, durante il travaglio e il parto e anche in sala operatoria durante il taglio cesareo se adeguatamente preparato;
 - o promozione e sostegno del "pelle a pelle" con l'altro genitore;
 - o promozione dell'accudimento da parte dell'altro genitore o di altre figure oltre alla madre.
- Essere maggiormente inclusivi rispetto a tutti i tipi di famiglie, andando oltre alla famiglia "tradizionale" (es. famiglie omogenitoriali, monogenitoriali, famiglie divise, migranti).

2) Rendere i percorsi più accessibili e facilitare la partecipazione

- Rendere flessibile l'offerta oraria dei percorsi, andando incontro ai ritmi di vita delle donne e delle loro reti, per facilitare l'accesso a persone con esigenze diverse.
- Diversificare e moltiplicare i luoghi dove tenere i corsi: non centralizzare in un unico luogo, ma coinvolgere anche i CpF o altri spazi in periferia e provincia.
- Differenziare gli orari e i giorni offrendo incontri anche in orari serali o al sabato.
- Offrire incontri sia online che in presenza, differenziando il setting a seconda degli incontri e delle esigenze dell'utenza. Ad esempio proporre:
 - o incontri tematici anche in diretta social;
 - o incontri di gruppo non solo in presenza ma anche in videochiamata per chi è impossibilitat* a raggiungere fisicamente la sede dei corsi.
- Prevedere degli incontri periodici, con argomenti prefissati, anche alla presenza di mediatori/trici culturali.
- Attivare peer operator e educatori/trici di comunità con funzioni di mediazione tra la comunità e i servizi e di supporto nell'individuazione delle situazioni di fragilità genitoriale.
- Attivare gruppi di sostegno alla genitorialità fragile ("Circle of security").
- Attivare incontri/percorsi specifici per genitori adolescenti presso gli Spazi Giovani.
- Attivare incontri/percorsi in lingua o con mediatrici per donne e famiglie straniere.
- Attivare incontri specifici per i papà o le co-mamme.
- Attivare gruppi di incontro dopo la nascita (presso CpF, nidi, biblioteche...) ²⁸.

dei punti nascita e del territorio, psicolog*, dietolog*, anestesist* ...). https://www.bibliotecasalaborsa.it/ragazzi/eventi/diventare_genitori_5a7988c580cd2

²⁶ Esperienza di Forlì home visiting rivolte a tutte le donne che frequentano i corsi di accompagnamento alla nascita-Gruppi Cicogna <https://www.informafamiglie.it/romagna-forlivese/prima-e-dopo-la-nascita/dopo-il-parto/consulenze-dopo-la-nascita-e-visite-domiciliari>.

²⁷ Rientrano nel gruppo di donne assenti dai corsi di accompagnamento alla nascita quelle con prevalenti problematiche sociali: nomadi o migranti in situazioni di irregolarità, coppie e famiglie con pregresso abbandono o allontanamento o grave trascuratezza di minorenni, madri minorenni, donne con difficoltà di assunzione del ruolo materno, donne/coppie e famiglie con grave precarietà abitative. Possono essere connesse alle problematiche di tipo sociale anche situazioni di: tossicodipendenza, patologie psichiatriche, disabilità. Allo stesso tempo è importante aprire la riflessione alle donne assenti per un tipo di vulnerabilità più "fluida", che non è dettata da problematiche sociali ma da situazioni lavorative o esistenziali che non permettono l'accesso ai corsi.

²⁸ Esperienza degli spazi-incontro a cadenza settimanale proposti nel territorio forlivese: Gomitolino (0/12 mesi e neo-genitori), Gomitolino dei papà, Gomitolino free (in autogestione), Gomitolo (bambini 0/36 mesi e adulto di riferimento)

3) Attivare una promozione e comunicazione equa, che possa raggiungere l'intera popolazione

- Condividere contenuti e testi tra servizi sanitari e non per favorire l'utilizzo di un linguaggio corretto e semplice (non squisitamente scientifico).
- Brochure non solo cartacee ma anche digitali e diffondibili tramite QR code.
- Diffondere le brochure dei percorsi anche negli ambulatori privati.
- Attivare newsletter periodiche, tenere aggiornati i siti web e le pagine social.
- Organizzare incontri pubblici aperti alla cittadinanza presso CpF o in altri spazi.
- Presentazione e promozione dei percorsi da parte di mediatori/trici culturali in coordinamento con i CF e i CpF nelle diverse comunità straniere, sensibilizzando alcune figure particolari (ad esempio gli Imam) e coinvolgendo anche i padri per incentivare la partecipazione delle madri.

2.3 Contenuti, setting e metodologie

1) Setting e metodologie

- Creare un ambiente sicuro in cui i/le partecipanti si sentano liber* di condividere le proprie esperienze, come le paure e le ansie.
- Stimolare una partecipazione attiva dei/lle partecipanti.
- Creare un setting in cui si comunicano le informazioni mantenendo una forte propensione esperienziale. Il periodo della gravidanza e della nascita sono occasione di apprendimento e crescita, operatori e operatrici "non insegnano" ma piuttosto favoriscono lo sviluppo di risorse personali sostenendo l'autostima dei/lle partecipanti.
- Utilizzare metodologie non solo frontali.
- Lasciare alcuni spazi destrutturati per dare la possibilità di proporre argomenti/domande di interesse.
- Avere come obiettivo nei corsi la formazione dei gruppi e il confronto tra pari per evitare il rischio di isolamento e solitudine. Ad esempio: stimolare il confronto tra pari con una figura di facilitazione, attivare gruppi di auto-mutuo aiuto con mamme/donne tutor volontarie.
- Prevedere un momento di conoscenza con colloquio individuale o di coppia per accompagnare l'ingresso nel gruppo.
- Mantenere la possibilità di setting in presenza e/o online a seconda dei corsi, dei temi trattati e delle necessità. Ad esempio, fornire registrazioni/collegamenti online di alcuni incontri informativi²⁹, offrire alcuni corsi solo online per chi impossibilitat* a partecipare in presenza.

2) Struttura dei contenuti e materiali

- Proporre i diversi contenuti al momento giusto, "spalmandoli" nei 3 trimestri della gravidanza e nelle fasi successive con le diverse figure professionali più idonee. I temi attuali non sempre sono trattati o a volte non sono trattati al momento giusto.
- Ampliare la proposta di argomenti durante il corso e dare la possibilità di approfondire i temi di interesse personale, mantenendo i percorsi "flessibili", che partano anche dai bisogni dei/lle partecipanti³⁰.
- Fornire materiale diverso, aggiornato e facilmente fruibile (brevi filmati/link/foto).
- Proporre anche attività volte a socializzare toccando argomenti utili per il percorso genitoriale. Ad esempio: corso di cucina per papà.
- Dare gli strumenti per capire quali siti utilizzare per informarsi, come distinguerli da quelli che riportano fake news, per vivere più serenamente e in maniera informata la gravidanza e la genitorialità. Ad esempio: SaPeRiDoc, www.informafamiglie.it.
- Non limitare gli argomenti del corso a semplici informazioni relative a travaglio-parto-allattamento, ma ampliare lo sguardo sui cambiamenti esistenziali, personali e relazionali connessi alla genitorialità.
- Attenzione a temi "nuovi" rispetto ai temi tradizionalmente trattati negli ultimi decenni, connessi ai diversi stili di vita delle donne e della popolazione. Ad esempio: obesità/alimentazione (questione aperitivi in gravidanza), fumo, vaccinazioni, benessere emotivo, disagio emozionale, depressione post partum, genitorialità, cambiamenti nella coppia, conciliazione famiglia-lavoro, diagnosi prenatale e scelte assistenziali durante la gravidanza, il parto e il post-parto.
- Porre attenzione anche ai temi connessi a situazioni di disagio e sofferenza. Ad esempio: disagio materno/paterno, violenza domestica, aborti terapeutici, parti difficili, accompagnamento al lutto, alla morte endouterina fetale.

²⁹ Esempio esperienza "Ostetriche in rete", AOSP Sant'Orsola, Bologna: <https://www.aosp.bo.it/it/content/ostetriche-amiche-sui-canali-social-del-santorsola>.

³⁰ Esempio esperienza all'Ospedale di Bentivoglio "Colazione con l'ostetrica": https://www.youtube.com/watch?v=--mSzenzl6U&ab_channel=FedericaMelis.

- Proporre i temi che riguardano la parte sanitaria e medica del parto, ma con forte attenzione al parto come evento sociale, agli aspetti di salutogenesi e di demedicalizzazione
- Informazioni sulla rete: come richiedere aiuto, la rete servizi locali sanitari, educativi, ricreativi, culturali, risorse di mutuo aiuto e associazionismo, ecc.
- Dare spazio al sostegno alle competenze genitoriali e attenzione al "buon trattamento" (OMS) attraverso informazioni su* bambin* e i principi dell'attaccamento per prevenire la psicopatologia; chiavi di lettura e informazioni da fornire ai genitori per la loro autonomia ed empowerment delle competenze.

Segue una panoramica dei possibili argomenti da trattare e soggetti da coinvolgere per ogni periodo della gravidanza e del post-parto³¹.

PERIODO	ARGOMENTO	UTENZA COINVOLTA (mamma, papà co/mamma, rete, bimb*, nonn*...)	SERVIZI O ASSOCIAZIONI COINVOLTI E TIPOLOGIA DI LUOGO	PROFESSIONIST* COINVOLT*
Primo trimestre della gravidanza	Sani stili di vita: alimentazione e movimento; fumo e alcool	Donne in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF o CpF	Nutrizionista e counselor quando necessario, assistenti sanitarie
	Laboratori di attività fisica con camminate	Donne in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CpF e associazioni di volontariato	Ostetrica/o, volontari/e
	Laboratori di cucina sana	Donne in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CpF e associazioni di volontariato	Esperti/e
	Diagnosi prenatale	Donne in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF, ospedale e associazioni	Genetist*, ginecolog*, neonatolog*
	Scelte assistenziali durante la gravidanza	Donne in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF	Ostetric* e ginecolog*
Secondo trimestre della gravidanza	Benessere emotivo in gravidanza	Donne in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF	Psicologo/a
	Malattie infettive e prevenzione	Donne in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF (in presenza o online)	Pediatra di comunità
Terzo trimestre della gravidanza	Cambiamenti nella coppia, attesa di un bimb*, aspettative/organizzazione	Donna in gravidanza/coppia	CpF	Psicolog*
	La preparazione del corpo	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF	Ostetric*
	Scelte assistenziali durante il parto	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF	Ostetrica/o e ginecolog*
	Il travaglio e il parto	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF	Ostetric*
	Controllo del dolore nel parto	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	Punto nascita, in presenza o online	Anestesista, ginecolog*, ostetric*
	L'allattamento e la cura del/la neonato/a (sonno, shaken baby, pianto, attaccamento...)	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF e associazioni allattamento	Ostetric* o consulente allattamento, educator* professionale o di comunità, psicolog*
	Il ruolo del/la partner nella cura del/la neonat*	Accompagnatore/trice e donna in gravidanza	CF e CpF	Ostetrica*, psicolog*, educator* professionale o di comunità
	Il dopo parto, la ripresa della sessualità, la contraccezione	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CF	Ostetric*, psicolog*
	La genitorialità e genitorialità responsiva, i bisogni de* bambin*	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	CpF e CF	Psicolog*, educator* professionale o di comunità, pedagogista
	Incontro con la UO di ostetricia	Donna in gravidanza e accompagnatore/trice che lo desidera	Punto nascita	Ostetric*

³¹ La tabella prende spunto da un precedente lavoro svolto dall'Ausl Romagna a Cesena. Si rimanda anche al seguente documento: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf

Quarto trimestre della gravidanza	Baby shower	Genitori e accompagnatore/trice che lo desidera + bimb*	CF e CpF	Educator* professionale o di comunità, ostetrica/o e referenti CpF, psicolog*
	Incontro su cura del neonato/puericultura e interventi precoci (allattamento, lettura, trasporto sicuro, sicurezza in casa, sani stili di vita sicurezza e altro)	Genitori e accompagnatore/trice che lo desidera + bimb*	CF o CpF	Personale medico e infermieristico di area pediatrica e/o expert* su temi prevenzione/sicurezza
	Incontro sulle offerte proposte dai CpF nel quarto trimestre e nei primi 1000 giorni	Genitori e accompagnatore/trice che lo desidera	CpF	
	Gruppi di incontro/confronto tra neogenitori insieme a* bimb*. Ad esempio: - incontro su rielaborazione del parto e sostegno al puerperio - massaggio a* neonat* (supporto attaccamento e benessere) - incontri con expert* della rete territoriale dei servizi - incontro su valutazione della qualità percepita - arteterapia...	Mamma o genitori e accompagnatore/trice che lo desidera + bimb*	CpF o CF	A seconda degli incontri: Educator* professionale o di comunità, psicolog*, ostetric*

3.4 Tendere ad una formazione situata

Oltre alla formazione specifica di ogni professione:

- Attivazioni di dispositivi organizzativi permanenti per permettere una formazione situata. Ad esempio:
 - o Creare spazi di riflessione tra tutt* le/i professionist* che si occupano dei percorsi alla nascita e alla genitorialità su un territorio per generare un background culturale comune e condividere le conoscenze e le diverse prospettive multidisciplinari per dare un'idea di continuità.
 - o Formazione attraverso partecipazione condivisa durante attività già esistenti (ad esempio: Circle of Security Parenting, incontri sull'attaccamento genitori-figli/e; Nati per Leggere, Nati per la musica, Nati per muoversi...)
- Formazione (se possibile fatta da personale interno nella logica di scambio di competenze) specifica su:
 - o metodologie per comunicazione e gestione dei gruppi;
 - o coerenza di linguaggio tra i diversi servizi che erogano corsi;
 - o risorse e funzionamento della rete.

4. Spazi giovani adulti e accoglienza del maschile (Modena)

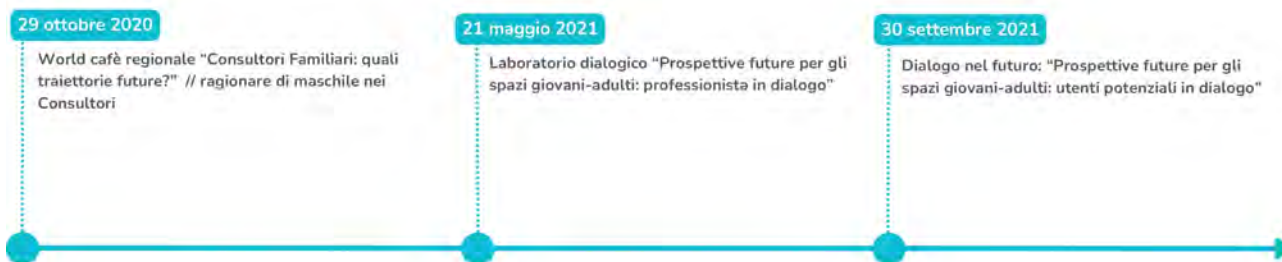
La cabina di regia del territorio di Modena, dopo diversi incontri di confronto e dialogo, ha valutato di forte interesse l'attivazione di una riflessione sulle prospettive future per gli Spazi giovani adulti³² e, in questo contesto, sul tema dell'accoglienza del maschile.

Il percorso ha visto la realizzazione di un primo world café regionale "Consultori Familiari: quali traiettorie future?" e di due laboratori dialogici: il primo, dal titolo "Prospettive future per gli spazi giovani-adulti: professionist@ in dialogo", è stato rivolto a professionisti/e degli Spazi giovani adulti e ha attivato dei cerchi di dialogo; il secondo, rivolto a utenti (reali o potenziali) in dialogo con professionisti/e degli Spazi giovani adulti, ha utilizzato la tecnica del dialogo nel futuro.

Di seguito presentiamo i "timoni" e gli esiti dei diversi incontri.

³² Per un approfondimento tecnico su questi spazi si veda il seguente link: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/consultori/spazio-giovani-adulti>

OGGETTO	Spazi giovani adulti e accoglienza del maschile
TERRITORI	Modena



4.1 World café regionale "Consultori Familiari: quali traiettorie future?"

TIMONE

ore 9.00: ACCOGLIENZA PARTECIPANTI (ognuno dice il suo nome mentre aspettiamo che tutt@ si connettano) e APERTURA DEI LAVORI

ore 9.30-11.00: WORLD CAFE'

3 gruppi in tre "stanze" teams con un/a facilitatore/trice in ogni stanza che gira e "si porta dietro" il suo tema.

Ore 9.30-10.05: PRIMO GIRO WORLD CAFÉ

Accoglienza del gruppo

Identificazione del "silente dell'inatteso" a cui si chiede di scrivere *cosa sente di inatteso, inaspettato nella discussione*. Gli/le chiediamo di inviarci, al termine dell'incontro, gli appunti per riportarli nel report della giornata.

NB: durante la discussione si può dichiarare che le parole ridondanti non si possono utilizzare, sono vietate

Gruppo 1:

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per ragionare di **maschile** nei Consulitori?*

Domanda 2: Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro?

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Gruppo 2:

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per intendere **i primi mille giorni**?*

Domanda 2: Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro?

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Gruppo 3:

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per parlare di **accoglienza come rete viva**?*

Domanda 2: Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro?

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Ore 10.05-10.40: SECONDO GIRO WORLD CAFÉ

- Accoglienza del gruppo
- Identificazione del "silente dell'inatteso" a cui si chiede di scrivere *cosa sente di inatteso, inaspettato nella discussione*. Gli/le chiediamo di inviarci, al termine dell'incontro, gli appunti per riportarli nel report della giornata.

NB: durante la discussione si può dichiarare che le parole ridondanti non si possono utilizzare, sono vietate

Gruppo 2

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per ragionare di **maschile** nei Consulitori?*

Domanda 2: Tenete presente che il gruppo precedente ha lavorato su questa parola (...) proponendo queste strategie (...).

Aprire la possibilità di: A) Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro? B) continuiamo a lavorare sulla parola proposta dal gruppo precedente

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Gruppo 3

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per intendere **i primi mille giorni**?*

Domanda 2: Tenete presente che il gruppo precedente ha lavorato su questa parola (...) proponendo queste strategie (...).

Aprire la possibilità di: A) Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro? B) continuiamo a lavorare sulla parola proposta dal gruppo precedente

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Gruppo 1

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per parlare di **accoglienza come rete viva**?*

Domanda 2: Tenete presente che il gruppo precedente ha lavorato su questa parola (...) proponendo queste strategie (...).

Aprire la possibilità di: A) Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro? B) continuiamo a lavorare sulla parola proposta dal gruppo precedente

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Ore 10.40-11.15: TERZO GIRO WORLD CAFÉ

- Accoglienza del gruppo
- Identificazione del "silente dell'inatteso" a cui si chiede di scrivere *cosa sente di inatteso, inaspettato nella discussione*. Gli/le chiediamo di inviarci, al termine dell'incontro, gli appunti per riportarli nel report della giornata.

NB: durante la discussione si può dichiarare che le parole ridondanti non si possono utilizzare, sono vietate

Gruppo 3

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per ragionare di **maschile** nei Consulitori?*

Domanda 2: Tenete presente che i gruppi precedenti hanno lavorato su questa/e parola/e (...) proponendo queste strategie (...).

Aprire la possibilità di: A) Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro? B) continuiamo a lavorare sulla/e parola/e proposta/e dal gruppo precedente

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Gruppo 1

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per intendere **i primi mille giorni**?*

Domanda 2: Tenete presente che i gruppi precedenti hanno lavorato su questa/e parola/e (...) proponendo queste strategie (...).

Aprire la possibilità di: A) Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro? B) continuiamo a lavorare sulla/e parola/e proposta/e dal gruppo precedente

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Gruppo 2

Domanda 1: *Quali parole nuove/innovative e quali parole ridondanti/che non volete più sentire per parlare di **accoglienza come rete viva**?*

Domanda 2: Tenete presente che i gruppi precedenti hanno lavorato su questa/e parola/e (...) proponendo queste strategie (...).

Aprire la possibilità di: A) Identifichiamo una parola tra le nuove emerse: quale parola ci vogliamo portare dietro? B) continuiamo a lavorare sulla/e parola/e proposta/e dal gruppo precedente

Domanda 3: A partire da questa parola, quali prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione per lavorare su questo tema?

Ore 11.15 – ore 12.00: Restituzione plenaria

Tutti e 9 i/le silenti (oppure solo i silenti del terzo giro) riportano in plenaria **l'inatteso più grosso**

I/le facilitatori/trici aggiungono brevi commenti o considerazioni

Esiti

1) ACCOGLIENZA COME RETE VIVA

Parole nuove	Parole ridondanti
<ul style="list-style-type: none"> – ascolto – presenza totale e non solo fisica – accesso libero – vicinanza – sempre (mi danno sempre una risposta, mi accolgono sempre, sono organizzati e quindi mi danno la risposta che possono darmi. Sempre, adesso e per dopo) – orientamento della domanda e del bisogno – scelta – bisogni dell'utenza – persona (e non utente/paziente) – accesso libero – apertura (mentale e non solo come orari. Magari la soluzione non ce l'abbiamo in casa ma è vicina, apertura nel senso di innovazione nella comunicazione) – accoglienza nei termini di spazio fisico (colore delle pareti, benessere ambientale, riviste, creare un ambiente accogliente) – valorizzazione dell'accoglienza 	<ul style="list-style-type: none"> – prenotazione – caso particolare – paziente di... (la presa in carico è dell'équipe non del singolo professionista) – mancanza di tempo – mancanza di personale/risorse

Prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione

- **ACCOGLIERE QUALSIASI DOMANDA (ANCHE) CAMBIANDO LA DOMANDA INIZIALE:**

- Anche se non c'è la risposta, la risposta che ci piacerebbe **dobbiamo accogliere la domanda**, non possiamo mai dire non lo so, non è un problema nostro. Non è immediatezza, magari puoi **cambiare la tua domanda iniziale**. Ad esempio, donna che riferisce violenza: non la metti in prenotazione ma la accogli subito, il personale deve essere formato, ci si prende il tempo per delle risposte successive.

- Manca il **decodificare il bisogno spesso non espresso** (donna che ha problema con l'allattamento ha in realtà altre necessità)

- **Ripensare un'organizzazione che non è più orientata ai bisogni.**

- Apertura verso cosa? I bisogni delle donne (spesso ci si concentra sui bisogni della struttura)

- **ACCOGLIENZA COME PRIORITÀ**

- Vorrei che **tutti avessero la stessa sensibilità**. La mancanza di personale è relativa perché dipende dalle priorità. E l'accoglienza non è più una priorità:

- **Ostetrica o Assistente sanitaria anche per il front-office.**

- Ostetriche sensibili che sappiano leggere il bisogno delle donne.

- **APERTURA VERSO IL TERRITORIO**

- Aperture nel senso di **muoversi sul territorio, entrare nella comunità, superare gli spazi fisici**, camper per girare sul territorio e promuovere le attività di ascolto attraverso azioni itineranti, interazioni con i luoghi, andare nelle università e parlare alle studentesse, come raggiungere i giovani over 19 che non studiano più dove li troviamo? Occorre andare nei luoghi frequentati da loro, sportello, comprendere l'importanza che ricoprono i social. Come aprire alla popolazione maschile? Probabilmente dobbiamo rivolgerci ai luoghi da loro frequentati.

- **Avere delle allieve ostetriche e/o specializzandi** per far conoscere il territorio e non solo l'ospedale

- **APRIRSI COME OPERATORI/TRICI**

- Apertura può riflettersi anche in "operatore come rete"

- Negli ultimi anni è venuto a mancare l'approccio multidisciplinare (scarsità della presenza dello psicologo ad esempio), **non smistare ma raccogliere**, accoglienza come accettazione

- Quali strategie di aperture verso gli altri servizi? Servono delle **figure dedicate**, si devono formalizzare percorsi validati nei quali tutti gli attori presenti siano responsabilizzati sul loro ruolo.

- Mancanza di giudizio

- **Sistema informatico** che possa essere collegata con tutti gli applicativi. La persona apre un solo applicativo ed ha tutto.

- **Sistema telefonico unico** per gli operatori.

2) RAGIONARE DI MASCHILE NEI CONSULTORI

Parole nuove	Parole ridondanti
<ul style="list-style-type: none"> - Salute riproduttiva - Spazio giovani - Mascolinità - <u>Consultorio per tutti ("normalità" del consultorio per la figura maschile)</u> - Contraddizione – conciliare le attese di tutti senza sentirsi in colpa - Parlare di uomo non come genere umano - <u>Bisogni di cura (da capire)</u> - Sensibilizzazione degli operatori - Superamento della visione come accompagnatore - Partner del percorso di cura - Accettazione delle culture e dei relativi ruoli di genere (per le famiglie straniere) - Paternità - Promozione salute adolescenti - Maltrattamento - Presenza – c'è spazio anche per loro e per i loro bisogni - Spazio fisico - Formazione – perché non siamo abituate - Partecipazione (salto mentale per utenti e operatori) - Non ci sono solo i papà (come figure maschili della famiglia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnatore come etichetta per il partner - Futuro papà (superare l'idea del padre che nasce con la nascita del figlio, mentre la donna diventa mamma con l'inizio della gravidanza) - Assenza - Ostetriche "contente" per questa assenza

Prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione
<ul style="list-style-type: none"> Riflessioni incentrate sul fatto che nei CF esista o vada creato uno spazio per il maschile, anche e soprattutto nella mentalità e nelle modalità di lavoro delle operatrici. Riflessioni non tanto su cosa fare, ma piuttosto sul <i>come</i> e sul riconoscere il doppio fronte di "incomunicabilità" tra CF e maschile. <p>APERTURA VERSO IL MASCHILE ESPLORANDO E INTERROGANDOSI</p> <ul style="list-style-type: none"> Non partiamo a testa bassa – prima di avanzare delle proposte, è necessario leggere i bisogni della popolazione maschile (anche in funzione dell'età). Interrogarsi su come possiamo rendere facile far arrivare anche gli uomini al consultorio, perché al momento è difficile anche per gli uomini più proattivi. Ripartire dal lessico che usiamo: siamo abituate a scrivere – e di conseguenza a pensare – solo al femminile. È necessario prima di tutto implementare una rilevazione dei bisogni, ma prima di tutto dotarsi di strumenti che siano in grado di leggerli; in altre parole, dobbiamo riflettere anche su come e dove andiamo a interrogare il maschile sulle sue necessità. È fondamentale capire non solo cosa vorrebbero gli uomini dal consultorio, ma anche come approcciarli; in questo senso, la prima cosa da fare sarebbe studiare l'esistente e vedere se ci sono esperienze già avviate e funzionanti dalle quali mutuare idee al riguardo. <p>RIPENSARE LO SPAZIO DEL/PER IL MASCHILE</p> <ul style="list-style-type: none"> Ricollocare il maschile nel consultorio richiede spazi fisici, ma anche mentali (sia nell'idea di chi ci lavora, sia in quella di chi accede). Strutturare incontri per temi prettamente maschili. Progettare incontri dedicati alla popolazione maschile. Corsi preparto (o porzioni di questi) dedicati solo ai papà, per coinvolgerli maggiormente nel percorso Usare i corsi preparto come momento per parlare di salute per tutti (non solo per le donne, non solo nel momento della gravidanza; es. sul fumo, non ci si può limitare a dire <i>"smetti di fumare perché fa male a tu" figli</i>). Usare il momento in cui una ragazza si avvicina allo spazio giovani per richiedere una contracccezione come aggancio per coinvolgere la coppia, ricontestualizzare la domanda come qualcosa che coinvolge entrambi e parlare non solo di riproduzione, ma anche di salute. va facilitata la lettura del consultorio anche per gli uomini, ovvero va ricollegata la lettura dei bisogni al fatto che nel pensiero maschile il consultorio si collochi come luogo in cui può trovare una risposta (e non solo come "gineceo" o posto in cui accompagna la partner durante l'eventuale gravidanza, o servizio a cui la partner si rivolge per prendersi carico della contracccezione). Lavorare sugli operatori/le operatrici presenti perché durante i percorsi per la gravidanza si rivolgano anche al partner in modo inclusivo e non lo trattino come un accompagnatore più o meno interessato. Ripensare le modalità di comunicazione per le scuole in quanto biglietto da visita del consultorio (oggi sono ancora troppo incentrate sulla salute femminile). Ripensare gli spazi del consultorio anche al maschile significa mettere in discussione le modalità di accesso al servizio (es. sull'uso di strumenti da remoto che hanno esteso la partecipazione dei papà ai corsi preparto). Inoltre, l'accessibilità dovrebbe rispecchiarsi anche in una riconoscibilità del maschile nel servizio – e quindi andrebbero bilanciate le quote di genere degli operatori e introdotti spazi leggibili come "non solo femminili" da un uomo che accede <i>[aggiungo una riflessione mia in questo senso, sollecitata da una battuta sul mettere un campo da calcetto vicino al consultorio: si tratta di creare spazi riconoscibili nel CF o di far entrare il CF in spazi riconoscibili al maschile?]</i> Da dove possiamo cominciare? <i>"Li faccio venire al consultorio e poi trovano solo donne"</i>: un primo step può essere iniziare a bilanciare la presenza maschile anche tra gli operatori, sia come aspetto di visibilità, sia perché per alcuni uomini potrebbe essere più semplice e meno imbarazzante rivolgersi a un operatore dello stesso sesso. Lavorare su aspetti culturali legati agli operatori (ad es. la tendenza a una presentazione paternalistica delle opportunità offerte dai consultori), ma anche alla società in generale: possibile presenza di uno stigma se un uomo si rivolge a un servizio storicamente codificato come femminile. Armarsi di pazienza e non aspettarsi risultati sconvolgenti nel breve/medio periodo. <p>CREARE ALLEANZA TRA PROFESSIONISTI</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavorare sull'invio da parte dei MMG.

3) COME INTENDERE I PRIMI 1000 GIORNI

N.B: spesso le parole nuove sono anche parole ridondanti, nel senso che alcune parole "abuse" se ne parla tanto ma non si riescono ad attualizzare e concretizzare. Riescono però così uno svuotamento di significato. Alcuni esempi: rete, famiglia, genitorialità.

Prospettive di lavoro, idee da mettere in campo, strategie di azione

RENDERE LA RETE VIVA

- Fare rete e renderla viva tra i servizi e le diverse istituzioni rimane sempre un tema, se ne parla molto ma renderla concreta è sempre molto difficile. Invece sarebbe estremamente necessario interconnettere gli argomenti e le azioni.
- **Si discute molto sulla necessità di fare rete ma questo non si sostanzia mai in azioni pratiche**, c'è bisogno di concretezza e di innovazione.
- Ci sono ancora troppi tavoli di lavoro che non producono pensieri congiunti e azioni concrete, dove invece ci si siede e si può già scrivere il verbale di quello che avverrà prima che le persone parlino. Non ci si conosce davvero, al massimo si hanno informazioni su ciò che gli altri fanno ma manca interconnessione.

SUPERARE L'IDEA TRADIZIONALE DI FAMIGLIA

Questi sono esempi di parole, come rete, che sono nuove e ridondanti allo stesso tempo. I servizi quando parlano di famiglia e genitorialità hanno in mente una visione di famiglia "classica e canonica", banalizzando possiamo dire che si ha in mente sempre una famiglia composta da babbo, mamma, tendenzialmente due figli e un cane.

Non si è pronti né preparati alle molte forme famigliari che oggi sono presenti nella nostra società; si fa fatica a vederle, a trattarle, a sostenerle, prendersene cura.

L'idea di famiglia dei servizi è obsoleta. Oggi ci sono famiglie multiforme che portano nuovi bisogni ed esigenze ai servizi che non sempre riescono a cogliere.

PRENDERSI CURA DEI PARTNER

Vi è poi anche una **enorme difficoltà a coinvolgere il partner**, la concentrazione è quasi esclusiva sulla donna. Un esempio può essere quando si esegue lo screening alle forme di violenza e il partner è invitato ad uscire. Quale è il senso di questa azione ma soprattutto **chi si prende cura anche del partner?**

Questa situazione di poco coinvolgimento dei partner si è anche andata amplificando **in emergenza Covid dove le azioni che si sono attuate erano quasi totalmente focalizzate sulla donna** e sulla donna in relazione al bambino

COINVOLGIMENTO E SCONFINAMENTO

- **Ospedale/territorio:** *coinvolgimento* è una parola spesso abusata ma sempre attuale, è necessario lavorare di più sull'integrazione, in modo particolare tra Ospedale e Territorio. E questa integrazione si deve fare non solo attraverso la condivisione di strumenti e azioni ma anche attraverso una condivisione di pensiero ed idee. Tutti gli operatori dei nodi dovrebbero non rispondere mai *"non è di mia competenza, non lo posso prendere in carico..."*. **Bisogna imparare a sconfinare.**
- **Coinvolgimento delle Direzioni Aziendali:** oggi purtroppo c'è ancora molto divario tra ciò che avviene nei Servizi a livello operativo e ciò che viene pensato e deciso a livello di Direzioni aziendali. C'è bisogno di azioni di sensibilizzazioni che possano colmare questo gap tra ciò che si decide e ciò che è possibile e necessario fare.
- **Partecipazione e Comunità:** il Consultorio dovrebbe attivare più azioni di partecipazione con la propria Comunità, dovrebbe interrogarsi su quali sono i confini del Servizio. Spesso si chiede fiducia alle persone e in generale alla Comunità ma non ci si chiede mai se i Servizi e gli Operatori sanno dare fiducia e in questo modo i Servizi e gli operatori in generale hanno un atteggiamento paternalistico e prescrittivo.

Sensibilità degli operatori sanitari verso tutto ciò che è salute mentale: c'è ancora molta attenzione alla salute fisica della donna e molto poca verso la sua salute mentale. Esiste ancora uno stigma forte a parlare e trattare questi temi. C'è invece necessità di introdurre il tema della salute emotiva delle donne, o meglio delle famiglie. Salute emotiva è una parola nuova

Tempo: per prendersi cura delle famiglie e delle persone che le compongono è necessario avere più tempo per curare le persone, per conoscerle e per entrare nella loro quotidianità.

Inoltre, spesso si è concentrati nel sostegno dei primi tre mesi di vita del bambino, nelle ultime fasi ci si perde.

Politica: Oggi ci vorrebbe una politica che faccia la politica che sappia prendere delle decisioni su dove si vuole andare e di conseguenza sappia dare delle linee di indirizzo chiare. Il sostegno alla genitorialità non è sempre un tema prioritario nell'agenda dei politici.

Non dobbiamo poi dimenticare i Consultori come nascono, la loro storia e forse ripartire da lì.

I consultori nascono dai movimenti femministi, allora la dimensione politica dell'agire era molto forte, oggi si è persa e invece sarebbe necessario recuperarla. E non solo recuperare di lavorare in modo sistematico con le Associazioni di Donne ma con tutta la Comunità organizzata e in modo particolare con le Associazioni che portano avanti i diritti e i bisogni di quelle categorie di persone che fanno ancora fatica ad essere viste, come ad esempio le nuove famiglie, gli adolescenti, etc.

PLENARIA CONCLUSIVA: le "silenti" riportano in plenaria gli inattesi più grossi

A.: maschile: c'è un **bisogno da parte degli operatori di una formazione specifica**, bisogno di avere uno **spazio fisico/mentale dedicato** (chi va dove? Andiamo noi verso di loro oppure viceversa?), cosa si aspettano gli uomini dal consultorio?

V.: **fatica generale dello stare a discutere sul maschile**, difficoltà a immaginare parole specifiche per il maschile. Per quanto riguarda l'accoglienza **bisogno di apertura spostandosi nel territorio**, ritorno alla vita di comunità, ritorno alle origini.

G.: **valorizzazione dell'accoglienza** (che non è segreteria ma qualcosa di più ampio); apertura come mettersi in gioco e aperture nel senso di équipe (aperture verso gli altri professionisti)

S.: *L'inatteso*: **NOI ABBIAMO TUTTO**, quindi non è questione di personale, tempo, formazione, spazio, risorse, le nostre donne non si presentano come pazienti di. Quindi forse solo questione di organizzazione o forse di disponibilità?

E poi: **VORREI CHE TUTTI AVESSERO LA STESSA SENSIBILITÀ**. Quindi, **come rendere istituzionale un atteggiamento**, che pure è necessario?

La proposta operativa: **aprire lo spazio del consultorio alle allieve ostetriche e alle specializzande di ginecologia**, così che imparino l'accoglienza e conoscano questo mondo diverso dall'ospedaliero.

M.: parole nuove sui 1000 giorni: mascolinità e paternità/fare, fattibilità. Parole abusate: genitorialità e rete. Il tema legato alla mascolinità è un tema avvertito all'interno del consultorio ma è anche un tema difficile da maneggiare. Scarsa collaborazione con i pediatri (occorre agganciarli di più). Come avere un ruolo più informativo?

L.: primi mille giorni: parola ridondante: rete ciò che mi ha colpita: salute emotiva della famiglia e volontà di accompagnare famiglie non tradizionali.

Parole ridondanti RETE, difficoltà, fatica, mancanza di risorse, mancanza di tempo. Parole dietro le quali ci si nasconde. Sensibilità verso la salute emotiva della famiglia, al di là del sanitario. Aspetto più ampio verso tutti i momenti di questo percorso dei mille giorni di vita, non tanto sulla professionalità ma proprio sulla capacità di un operatore ad avere una **visibilità a 360 gradi**.

Esistenza di diverse tipologie di famiglie, che la diversità di approcci e culture che fanno sì che vengano visti i ruoli e le competenze in modo diverso, quindi capacità di accogliere questo mondo che nasconde una molteplicità di famiglie, gay, ricostruite, affidatarie, adottive. La volontà di accompagnare queste famiglie che non sono tradizionali.

C.: Partire dai bisogni e prenderli in carico.

Sensibilizzazione e formazione degli operatori, ma anche una **divulgazione al mondo maschile** delle possibilità che ci sono in consultorio, formazione nelle scuole per far diffondere i nostri servizi.

Capire qual è il maschile dei consultori familiari. Espresso il concetto che il maschile nel consultorio può non essere necessaria o utile. Esempio donne che richiedono interruzione di gravidanza dove i mariti sono assenti; può essere difficile o fuori luogo chiamarli dentro. Attenzione alle donne straniere richiedono un approccio al maschile stesso. In alcuni percorsi è più facile.

maschile partire dai bisogni, serve un approccio al maschile stesso

M.: La cosa che mi ha colpito di più ma mi è anche dispiaciuta è che per fare dei miglioramenti è stato detto che non ci sono dati validi per costruire un miglioramento. È un peccato perché è tutto informatizzato e questa informatizzazione molto faticosa. Ci vorrebbe solo un piccolo miglioramento. Manca il colloquio tra l'utilizzatore e l'informatico.

Mi ha colpito che le parole da non mettere sono: allattamento e rete

4.2 Laboratorio dialogico "Prospettive future per gli Spazi giovani adulti: professionist@ in dialogo"

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Regione Emilia-Romagna

SAVE THE
DATE

Laboratorio on line

**Prospettive future per
gli spazi giovani-adulti.**
Professioniste in dialogo

Venerdì 21 maggio dalle 14.00 alle 17.00



Il laboratorio è rivolto ai/le professionisti degli spazi giovani-adulti ed è accreditato ECM.

Sarà su piattaforma Teams: seguirà il programma dettagliato e le informazioni per l'iscrizione



TIMONE

Ore 14.00: benvenuto e presentazioni

Ore 14.15: apertura lavori

Stefania Travagli, responsabile dei Consultori familiari di Modena, apre i lavori dicendo brevemente perché siamo qui e cosa le piacerebbe portarsi a casa da questo incontro

Ore 14.30: presentazione percorso regionale e delibera di istituzione degli spazi giovani adulti

La facilitatrice introduce brevemente il percorso regionale "I Consultori Familiari: quali traiettorie future?" e le sperimentazioni territoriali e chiede alle colleghe regionali di raccontare la genealogia e i contenuti della delibera:

- Da dove e perché è nata l'idea di creare questi Spazi giovani adulti?
- Che indicazioni si trovano nella delibera?

Ore 14.50: presentazione struttura dell'incontro

A partire da quanto ascoltato sino ad ora, diamo ora inizio al laboratorio vero e proprio. L'idea è quella di creare uno spazio di dialogo in cui confrontarci collettivamente sulle prospettive future di questi spazi.

Strutturazione dell'incontro a grandi linee: divisione in 3 gruppi e 3 giri di dialogo. Ogni giro di dialogo sarà introdotto da un sondaggio in cui ognuno potrà portare delle parole chiave di stimolo alla discussione.

Iniziamo!

PRIMO GIRO: GRUPPO 1

Ore 15.00

MENTIMETER 1: Tre parole chiave su cosa porta l'utenza negli spazi giovani adulti oggi (come bisogni ma non solo)

(Il primo giro durerà circa mezzora e sarà diviso in diversi momenti)

Iniziamo dando al gruppo 1 20 minuti di tempo per rispondere ad alcune domande stimolo.

Per farlo vi chiediamo di utilizzare questi 20 minuti con dei turni di parola di 2,5 minuti: ognuno di voi si prende 2,5 minuti, dopodiché la parola passa alla collega

Specificare che:

- se c'è silenzio restiamo nel silenzio fino alla fine dei 3 minuti, perché anche quello può essere un momento importante
- dopo il turno di parola ci si interrompe, dove si è arrivati si è arrivati, quindi non è obbligatorio o necessario che tutte rispondiate a tutte le domande, ma stimoliamo la ricchezza dei diversi punti di vista.

DOMANDA

Cosa ti risuona dalle parole chiave nella nuvola? Quali bisogni non arrivano? Che risposte riuscite a dare? Quali risposte non riuscite a dare?

(utenza reale e potenziale; risposta reale e potenziale)

Ore 15.20

10 minuti

Riflessione aperta di GRUPPO 2 e 3 + altri

Consegna: Vi chiedo di dirci **"che pensieri, emozioni, immagini vi sono venuti in mente mentre ascoltate il gruppo 1?"**

Per rispondere vi chiedo di pensare tra di voi ad alta voce a turno, dandovi 1 o 2 minuti.

Specifico che questa evocazione ha come finalità quella di consentire al gruppo 1 di essere stimolato dalla vostra riflessione. Il gruppo 1 potrà quindi ascoltarvi per aggiungere poi in risposta alcune questioni che potrebbero emergono proprio grazie alle vostre riflessioni

Ore 15.30

5 minuti

GRUPPO 1 risponde (max 1 min testa) dopo la riflessione: **cosa vi ha colpito delle riflessioni che avete sentito?**

[la riflessività ha la funzione di aiutare a stare in ascolto e a pensare; far risuonare le loro esperienze ponendosi degli interrogativi]

SECONDO GIRO: GRUPPO 2

MENTIMETER 2: Tre parole chiave per dire cosa significa essere un operatore/trice dello spazio giovani adulti

Iniziamo dando al gruppo 2 20 minuti di tempo per rispondere ad alcune domande stimolo.

Per farlo vi chiediamo di utilizzare questi 20 minuti con dei turni di parola di 2 minuti e mezzo; ognuno di voi si prende 2 minuti e mezzo, dopodiché la parola passa alla collega

Specificare che:

- se c'è silenzio restiamo nel silenzio fino alla fine del tempo, perché anche quello può essere un momento importante;
- dopo il turno di parola ci si interrompe, dove si è arrivati si è arrivati; quindi non è obbligatorio o necessario che tutte rispondiate a tutte le domande, ma stimoliamo la ricchezza dei diversi punti di vista.

Domanda aperta: **Cosa ti risuona dalle parole chiave nella nuvola? Cosa rafforza e cosa blocca lo sviluppo di questo senso di identità? Che cosa è che mi fa fare il salto verso un'identità di operatore dello spazio giovani adulti (dico: sono un operatore del consultorio, come faccio a dire sono un operatore dello spazio giovani adulti)?**

Ore 15.50

10 minuti

Riflessione aperta di GRUPPO 1 e 3 + altri

Consegna: Vi chiedo di dirci **"che pensieri, emozioni, immagini vi sono venuti in mente mentre ascoltate il gruppo 2?"**

Per rispondere vi chiedo di pensare tra di voi ad alta voce a turno, dandovi 1 o 2 minuti.

Specifico che questa evocazione ha come finalità quella di consentire al gruppo 2 di essere stimolato dalla vostra riflessione. Il gruppo 2 potrà quindi ascoltarvi per aggiungere poi in risposta alcune questioni che potrebbero emergono proprio grazie alle vostre riflessioni

Ore 16.05

5 minuti

GRUPPO 2 risponde (max 1 min testa) dopo la riflessione: **cosa vi ha colpito delle riflessioni che avete sentito?**

[la riflessività ha la funzione di aiutare a stare in ascolto e a pensare; far risuonare le loro esperienze ponendosi degli interrogativi]

Ore 16.10

TERZO GIRO: GRUPPO 3

MENTIMETER 3: Tre parole chiave: contracccezione ma non solo... Quali potenzialità degli spazi giovani adulti?

Domanda aperta: **Verso dove potrebbero andare questi spazi?**

Ore 15.50

10 minuti

Riflessione aperta di GRUPPO 1 e 3 + altri

Consegna: Vi chiedo di dirci **"che pensieri, emozioni, immagini vi sono venuti in mente mentre ascoltate il gruppo 2?"**

Per rispondere vi chiedo di pensare tra di voi ad alta voce a turno, dandovi 1 o 2 minuti.

Specifico che questa evocazione ha come finalità quella di consentire al gruppo 2 di essere stimolato dalla vostra riflessione. Il gruppo 2 potrà quindi ascoltarvi per aggiungere poi in risposta alcune questioni che potrebbero emergono proprio grazie alle vostre riflessioni

10 min

Tutti insieme **"Qualcosa di importante da aggiungere che non è ancora stato detto?"**

5 min

cosa porto via – parola di chiusura

Ore 17.00: Chiusura dei lavori

Esiti del laboratorio:

LA PAROLA A@ PROTAGONIST@...

Primo giro

Gruppo 1

Sondaggio mentimeter: Tre parole chiave su cosa porta l'utenza negli spazi giovani adulti oggi (come bisogni ma non solo)

Cosa ti risuona dalle parole chiave nella nuvola? Quali bisogni non arrivano? Che risposte riuscite a dare? Quali risposte non riuscite a dare? (utenza reale e potenziale; risposta reale e potenziale)

*Siamo orientati al femminile ma stiamo facendo lo sforzo di **aprire al maschile**. I ragazzi non vengono per la contraccezione perché la delegano al femminile. Vengono a chiedere se sono a posto e se riusciranno a fare sesso senza problemi. Stiamo facendo fatica ad avere i ragazzi, andiamo dai ragazzi, a fare chiacchierate nelle scuole, extra lezione così i professori non si lamentano, offriamo visite nelle scuole che si fa in piedi senza bisogno del lettino. Dobbiamo rimboccarci le maniche e andiamo dai ragazzi visto che non vengono da noi.*

*Concordo, **i maschi sono pochissimi** e qualcuno si è lamentato per la misura dei profilattici che sono di misura standard: è venuto una volta, è tornato a lamentarsi e poi non più. Sono pochi. Rimango sui maschi. L'approccio col maschio da noi ostetriche non è fluido. Ho avuto l'esempio di un ragazzo amico di mio figlio, è andato dal medico di base e il medico non l'ha mandato nel posto giusto. Alla fine, è andato nel privato. I medici lo conoscono questo spazio? Il covid ci ha dato limiti: abbiamo dato appuntamento per i contraccettivi e abbiamo dovuto lasciare la parte fisiologica per parlare della sessualità e dell'avere figli. È stato un limite di questi ultimi tempi e spero si possa portare a compimento.*

Di maschi ne vediamo pochi. I bisogni sono tanti. *Le ragazze portano richieste di contraccezioni ma la fascia d'età è ampia e mi colpisce questo aspetto. Lo spazio è orientato alla contraccezione ma ci sono molte questioni, come sovrappeso e disturbi alimentari dove non abbiamo risposte da offrire. Anche sulla coppia, a volte non è facile trovare risposte e percorsi adeguati. **L'ampiezza dei bisogni non aiuta sempre a offrire le risposte giuste.***

*Vengono per contraccezione ma poi portano richieste su benessere e sessualità. **Dietro queste richieste c'è molto altro su stile di vita e coppia.** Mi ha colpito che le malattie sessualmente trasmissibili fosse scritto piccolo, forse è un tema che non arriva molto in termini di interesse e richieste. Io almeno percepisco questo. **Sulla figura maschile siamo in difficoltà**, soprattutto come ostetriche a dare risposte. Cerchiamo di inviare da un'altra parte.*

*In questi pochi mesi, ho visto che **la parte maschile è poco coinvolta**. Mi è capitato qualche ragazzo nello spazio giovani. Forse dopo pensano che l'ambiente del consultorio sia legato a problematiche femminili e non lo prendono in considerazione. A scuola si riesce a dare informazione, nella fascia successiva manca. Vengono per contraccezione gratuita, ma lì va sfruttato su tutte le informazioni da dare su stili di vita, su malattie sessualmente trasmissibili e dopo la contraccezione, pianificare gravidanza... anche lì andrebbe più coinvolta la parte maschile.*

Mi è capitato di confrontarmi e ho sentito la necessità di maggiore intervento psicologico per ragazzi e ragazze più grandi. Mi chiedevo se ci fossero altri bisogni, anche quelli psicologici e se siamo in grado di rispondere. Posso rispondere anche come utente perché ho 34 anni, e se penso al mio contesto so che le informazioni sono molto poche. Forse c'è differenza tra territori ma l'esigenza che sento è di essere più coinvolto per dare maggiore spazio a questi bisogni che possono rimanere silenti.

Gruppo 2

*Si è intesa la contraccezione come qualcosa di limitante. **La contraccezione è come una fessura dove metti la lancia per spaccare la roccia. Da questo emergono molte più cose.** Chi la vive da dentro vive altre cose. Mi è piaciuta la definizione di **bisogni silenti**. Sempre il maschile poco presente e il nostro obiettivo di una **maggiore promozione**, come dal medico di base o*

*andare nelle scuole, ma forse anche nei luoghi di lavoro e nelle università, dobbiamo **cambiare setting**.*

*Spazio proprio fisico, quindi un luogo dove questa popolazione lavora. Il nostro spazio temporale è uno spazio in cui questa popolazione lavora; quindi, **va ripensato anche in termini di orario**. Lo spazio giovani adulti non si è ancora concretizzato, è nello spazio giovani. Il tempo orario a cui dedichiamo a questa fascia, è una popolazione che ha usufruito dello spazio giovani e ha capito che non è solo contraccezione e screening ma dove affrontare necessità diverse. A volte i bisogni si livellano con l'offerta, se non sa o non trova risposta. Vale soprattutto per la popolazione maschile che richiederebbe una formazione e esperienze diverse. Le conoscenze delle opportunità che diamo non sono diffuse. Il rapporto con i medici di base salta sempre fuori, la relazione non è stretta.*

*Mio figlio ha quasi 30 anni è sano sportivo e dal medico di medicina generale non ci va, solo quando si ammala (poco) o per il certificato di malattia. Quindi ritorno all'idea dell'andrologo **per includere il maschile dobbiamo rivolgerci ai luoghi frequentati dalla parte maschile**: università, palestre, società sportive. Forse è questo il luogo per includere il maschile. Altra cosa: il passaggio di informazione può arrivare allo spazio giovani nelle scuole, forse informare lì che c'è anche lo spazio giovani adulti.*

*Da operatrice, **abbiamo i nostri limiti nell'ascoltare**: quando arrivano questi ragazzi col problema della contraccezione se riusciamo a entrare in contatto al paziente, riusciamo ad aprire uno squarcio su un nuovo mondo. Dobbiamo essere in questa disposizione, la contraccezione può non essere l'unica esigenza. Il nostro atteggiamento dobbiamo tenerlo presente.*

È come se lo spazio giovani adulti avesse molta potenzialità ma ancora in potenza, come se non avesse ancora iniziato o non fosse nel pieno delle sue capacità. Molti hanno collegato spazio giovani adulti e spazio giovani. Il secondo è conosciuto, il primo è conosciuto per il canale principe della contraccezione che può aprire nuovi spazi. Ma al momento non abbiamo ancora preso il via in questo spazio

*La fascia a cui ci dedichiamo è di là dalla scuola. Ma non c'è dissenso nell'andare noi dai giovani adulti. In due realtà a Modena e Castelfranco abbiamo un ambulatorio per l'andrologia che possono rientrare come percorsi dagli spazi giovani (accesso diretto) e giovani adulti (tramite cup). Io sono per **andare in fabbriche e altri luoghi** per visitare i giovani.*

Secondo giro

GRUPPO 2

SECONDO MENTIMETER: Tre parole chiave per dire cosa significa essere un operatore/trice dello spazio giovani adulti.

DOMANDA: Cosa ti risuona dalle parole chiave nella nuvola? **Cosa rafforza e cosa blocca lo sviluppo di questo senso di identità? Che cosa è che mi fa fare il salto verso un'identità di operatore dello spazio giovani adulti (dico: sono un operatore del consultorio, come faccio a dire sono un operatore dello spazio giovani adulti)?**

È la domanda che mi piace. Ho una risposta. Mi occupo dello spazio giovani, e anche prima dell'apertura di questo spazio ho sentito l'esigenza di continuità a queste ragazze che accedevano a un servizio dove erano coccolate e ascoltate e poi al compimento del ventesimo anno di età si trovavano nel nulla. Mi sono sentita fare questa domanda: e adesso? La nascita di questa nuova opportunità per me è stata una notizia bellissima in cui mi sono ritrovata tanto e mi sono offerta di occuparmene. A volte il percorso comincia con ragazzine di 15 anni e poi me le ritrovo in un rapporto coltivato e per fortuna oggi ho l'opportunità di portarlo avanti. A me è risultato facile e semplice.

Adegua ai tempi, tra le parole. L'ho collegato col discorso che abbiamo fatto: occorre un luogo che sia consono per trovare i giovani adulti. Non è stato più possibile andare in questi luoghi. Forse pensiamo di aver fatto passi avanti ma forse non è così. C'era il furgoncino che veniva per le lastre, non solo nelle scuole ma anche nelle fabbriche. I giovani adulti frequentano palestre, cinema... lo spazio giovani adulti è **uno spazio che può andare verso, aprirsi per quel target**.

Lo spazio ha una identità poco definita e così è poco definita anche la mia. Mentre ho abbastanza chiara l'area dell'adolescenza e il consultorio per la gravidanza e puerperio. Il centro giovani adulti **ha a che fare con la molteplicità e la complessità** come un ventaglio che si apre nella vita, per cui nell'adolescenza si sta elaborando, coi giovani adulti: **a questa età si aprono diverse aree di sviluppo**: la coppia stabile, fertilità, sessualità... faccio fatica a definire le aree di bisogno. Ho l'esigenza di sentire le aree di questa fase così ampia della vita di una persona e di una coppia. Sento che è un'area da potenziare.

Necessità degli operatori di **essere formati su nuove forme di coppia, modalità di vivere la coppia o la sessualità**. Le coppie di 30-30 anni e i più adulti hanno un divario sul modo di vivere e concepire l'affettività, la sessualità. C'è divario con adolescenti ma anche con i giovani adulti. Al passo coi tempi, occorre che ci informiamo e non precludiamo nulla. Nello spazio giovani adulti dove c'è una maggiore definizione di sé è importante.

Mi viene da fare un confronto con lo spazio giovani. Mi è piaciuto moltissimo ogni volta che mi si conferma questa cosa: le parole che vengono fuori sono sempre ascolto, accoglienza, disponibilità. È una dote rara negli operatori socio-sanitari. Nei consultori un filo comune lo abbiamo nel nostro essere. **Cosa manca: avere un'identità di équipe**, non solo del singolo distretto ma tutti. Siamo 25 persone e questo può aiutare a fare il salto che ancora non c'è stato. Negli spazi giovani sono anni che si lavora a mettere in rete tra servizi, abitudine a confrontarsi ecc.

Per me il passaggio è da sessualità a coppia, a genitorialità. Sulle modalità relazionali nella coppia, questo è specifico degli spazi giovani adulti e così si include anche la maschilità

Vengo dall'ospedale, sono in consultorio da pochi mesi. la parola che mi risuona è **competenza**. Io credo di aver bisogno di formazione. Dal lavoro in ospedale a qui vedo un'apertura al miglioramento. Questo nuovo spazio è poco conosciuto.

Lo spazio giovani è più conosciuto. Meno persone conoscono questa possibilità. Si possono agganciare le persone dallo spazio giovani. La fascia d'età è caratterizzata da complessità: c'è di tutto dalla richiesta di contraccezione a fastidi intimi, poi si passa a parlare alla coppia, alle malattie e alla vita di coppia. Serve tempo per l'ascolto e non sempre c'è. Serve spazio per dare alle donne modo di dire la vera ragione per cui sono lì: si passa dalla perditina a problematiche complesse.

Continuità tra spazio giovani e giovani adulti è evidente. Lo vedo il passaggio di consegne. C'è un passaggio quasi automatico. Facendo anche lo screening per PAP test molte donne le ho indirizzate a questo spazio proprio perché venivano fuori delle cose. Mi è venuto spontaneo ascoltare e inviare lì per trovare risposte.

Una delle parole è **percorsi**: diventa nel consultorio un percorso della ragazza dai 14 anni fino alla menopausa con un percorso quasi tutto coperto. È un lungo percorso in cui come consultorio ci siamo in molte fasi. È bello e fondamentale.

Lo spazio dovrebbe servire ad acquisire una responsabilità e una consapevolezza sulla sessualità e la salute. È fondamentale per far acquisire questa responsabilità di vivere la propria sessualità in salute. Tante volte in ambulatorio della contraccezione dei giovani adulti e ci si ferma a parlare di questo.

Chi viene per una visita preventiva che è uno dei nostri traguardi talvolta non sa che problemi ha. C'è una sorta di ignoranza sessuale per cui non si sa che problemi può dare un prepuzio poco elastico, con cui hanno convissuto e non sanno che problemi potrebbero avere.

Lavoro territoriale significa prendersi cura di una popolazione, di una fetta di popolazione che ha problemi o bisogni di tutta la sfera sessuale, gravidanza, coppia. **Il rapporto è col territorio e la comunità da prendere in carico**. Dalla mamma che ti accompagna al consultorio perché il ciclo non è preciso fino alla menopausa. **Sui bisogni maschili è tutto da fare**. È tutto rivolto ai bisogni femminili, se non in parte alla coppia.

Lo spazio giovani adulti è un investimento sulla salute e sul prendersi cura di una fetta di popolazione, non un luogo dove si fa solo diagnosi e terapia ma un'occasione per una maggiore consapevolezza e cura del proprio essere. Sull'aspetto maschile io non sarei in grado e ha messo in risalto delle lacune condivise dalle ostetriche. Prima di prenderci cura di questa parte che

vediamo come il papà o l'uomo con problemi di fertilità ma se ci occupiamo di coppia e del maschio, occorre preparazione.

Ci deve essere l'andrologo. Ma le ostetriche che lavorano allo spazio giovani già ragionano di frenulo e prepuzio e danno consigli anche al ragazzo, a partire dal profilattico. È questione di formazione ma non possiamo formarci come un andrologo, è anche questione di abitudine.

L'approccio life course della donna deve diventare non solo della donna. Si vedono mamme che venivano allo spazio giovani e portano le loro figlie, diventa uno spazio che marcia da solo. Quando siamo andati a fare visite gratuite nelle scuole, ricordo che il primo anno sono venuti il 30% e il secondo anno l'80%. Quando scoprono che non li uccidi vengono.

C'era un progetto andrologico in regione che proponevano visite delle scuole. Qualcosa forse è rimasta in Romagna. L'andare verso, la prossimità è un po' l'indicazione predominante. Così come avviene nello spazio giovani andando nelle scuole o chiamando le scuole da loro.

Terzo giro

Gruppo 3

MENTIMETER: Tre parole chiave: contraccezione ma non solo... Quali potenzialità degli spazi giovani adulti?

DOMANDA: **Verso dove potrebbero andare questi spazi?**

La prima idea che mi viene è una creazione di uno spazio giovani adulti che sia un facsimile di quello che è lo spazio giovani. **Uno spazio in cui ci sia compresenza di ginecologa, ostetrica, ginecologa e androloga se parliamo di un futuro ideale.** Questo sarebbe il top. Come è lo spazio giovani adesso che funziona proprio per questa compresenza. In questo modo non sarà solo contraccezione gratuita dove vengono fuori altri bisogni ma dove c'è anche spazio per consulenza di ginecologa ostetrica psicologo e andrologia hanno un proprio spazio. In questo modo può venire fuori stili di vita sessualità, ecc. **devono essere spazi flessibili e aperti a nuove figure professionali** in grado di accogliere i nuovi bisogni, le cose cambiano in fretta.

Una cosa che sento molto è che **l'azienda debba essere più smart:** pubblicizzare se non possiamo andare in spazi adeguati come università e fabbriche. I giovani vanno su facebook e instagram e sarebbe bello pubblicizzare queste informazioni.

Sono molto social e alcuni mi chiedono se c'è la possibilità di avere informazioni su questi canali. Se si potesse potenziare la pubblicizzazione degli spazi e anche su sessualità, vaccini hpv ecc. ma anche comunicare con noi anche via mail o telefono, sarebbe molto utile. Le potenzialità sono moltissime. Molti colleghi non inviano le ragazze per la contraccezione gratuita, lo fanno dall'amica e non dal medico o ginecologo di riferimento. Quindi si potrebbe potenziare l'informazione ai colleghi. Anche la parte su alimentazione ed endocrinologia potrebbe essere potenziata con colleghi che possono dare indicazioni. Anche chi cerca una gravidanza può cercare informazioni su alimentazione e questa parte.

Credo allo spazio giovani come promotore della salute a 360 gradi, ci occupiamo del benessere della persona e c'è un impatto sul futuro. Credo che **i canali di comunicazione e la multidisciplinarietà dell'équipe vada potenziata** perché è una fascia complessa. E l'inserimento della figura maschile va pensato con questa nuova professionalità da introdurre.

Concordo con la possibilità di definire lo spazio con determinati professionisti, come compresenza di orari per far sì che questo spazio sia come lo spazio giovani e il consultorio il tassello di una rete allargata dove si sa a chi inviare le persone. Se lo spazio giovani adulti diventa un tassello della rete sarebbe importante. Occorre formazione e competenza degli operatori sul maschile, ma anche l'omosessualità e l'identità di genere. **Dobbiamo essere smart non solo nel pubblicizzare questo spazio ma anche su come renderci più competenti in questo spazio.**

Occorre apertura verso i ragazzi per tutela della salute a 36° gradi. Attraverso canali di comunicazione che loro utilizzano. E multidisciplinarietà dei professionisti. Ci sono tante mamme che vengono al posto dei ragazzi che lavorano o sono impegnati all'università. C'è un delegare facilmente. Occorre attenzione alla responsabilità che deve essere acquisita. È una criticità che vedo dettata dal tempo che manca ma non è positivo.

Ho lavorato 8 anni negli spazi giovani nella provincia. Ora mi occupo di SGA. Noto differenza tra le ragazze: le vedo più attente a questi argomenti a questa età rispetto alla fascia precedente. È necessario sfruttare questa loro voglia di sapere e approfondire questi temi. Forse non funzionano più le serate a tema ma Instagram può funzionare di più. Tutta l'équipe del consultorio dovrebbe collaborare con l'équipe dello SGA, perché se vedono problematiche inerenti alla nostra sfera possano creare un collegamento e un invio. **Formazione operatori da potenziare:** stili di vita, andrologia, sessuologia, per dare una prima risposta e fare invio adeguato. Chiedono app per prenotare appuntamenti.

Formazione e compresenza professionisti, sapere dove inviare. Andare oltre la prima richiesta di una ragazza per capire se si può dare di più a bisogno che emerge tra le righe.

Si parla di educazione alla salute fino alle superiori, poi finisce tutto. Abbiamo fatto un webinar con le donne di Arci gay e sono della fascia d'età dei giovani adulti. Quello che emergeva era **timore ad avvicinarsi alla visita ginecologica al consultorio e come questa venisse considerata eteronormata**. Difficoltà ad approcciarsi a questo tipo di cura. Così come ci si allontana dallo screening. Se c'è un trans con anagrafe variata al maschile ma con genitali femminili non viene convocato allo screening. Non percepiamo queste difficoltà, ma in queste fasce ci arrivano.

Accessibilità. È stato una criticità in questo periodo. Difficoltà di mettersi in contatto, prenotare le visite, e questo a volte è frustrante e può aver portato alcune di loro a rivolgersi altrove. Ci siamo chieste come intervenire per migliorare accessibilità telefonica e fisica. Se deve diventare un percorso è necessario migliorare anche questo aspetto.

Riguardo ai genitori, alle mamme: noi non diamo mai la contraccezione alle mamme a meno che non ci sia una situazione emergenziale. E alla fine si organizzano.

Rispetto al senso di appartenenza: ritrovarsi accade in spazi giovani e consultori, ma non negli SGA, **non c'è il trovarsi e parlarsi come équipe**. Nella delibera c'è la stessa équipe dello spazio giovani. Era auspicata anche la presenza dell'andrologo e l'invio a professionisti dedicati. Una contaminazione con lo spazio giovani dove le tematiche come identità di genere ci deve essere. La pubblicizzazione la vedo come step successivo. Prima occorre équipe, ci formiamo sui bisogni, poi ci pubblicizziamo. Il passaparola è stato fortissimo sulla contraccezione.

Accesso: per richiamare i maschi, ci potrebbe essere opportunità con app. Avvicinare la coppia su maternità/paternità, anche per coppie omosessuali. Collegamento con il consultorio. Lancio una domanda: parlavate di sostegno alle coppie, vi ritrovate negli interventi su genitorialità fragile in ambito sociale? Per capire se siete collegati o vorreste avere un ruolo? Migranti e seconde generazioni trovano in voi riferimento?

Su genitorialità, come consultori siamo nei PdZ sui primi mille giorni. Non gli SGA, ma su maternità fragile c'è contatto col sociale. Su Modena c'è protocollo di sostegno alle famiglie fragili con i servizi sociali comunali. Non c'è problema a lavorare in rete anche con gli SGA, ma ancora non c'è una connessione con questo servizio.

Come servizio di psicologia del consultorio, ci siamo dotati del circle of security che usiamo come metodologia nel consultorio. Lo usano anche in altri servizi, trasversale. È usato per genitorialità anche nella tutela minori e nel CSM e neuropsichiatria ad esempio. Lo usiamo nella genitorialità.

Parole: competenza, futuro, salute, risorse, continuità, fiducia, opportunità, collaborazione, prendersi cura, ascolto, opportunità, andare verso, immaginazione, rete, multiprofessionalità, squadra, fecondità, rimboccare le maniche, rete, risorse, sentiero, la cura, futura.

Sintesi dei tre focus group (a cura di Roberta Valentini)

Cosa porta l'utenza negli Spazi giovani adulti oggi

"Siamo orientati al femminile ma stiamo facendo lo sforzo di aprire al maschile..."

"L'ampiezza dei bisogni non aiuta sempre a offrire le risposte giuste..."

"Vengono per contraccezione ma poi portano richieste su benessere e sessualità. Dietro queste richieste c'è molto altro su stile di vita e coppia..."

Cosa significa essere un/a operatore/trice dello spazio giovani adulti

"Salto di qualità..."

"Rapporto con il territorio e con una comunità che prendi in carico..."

"Investimento sulla salute..."

"L'esigenza di continuità per gli utenti spazio giovani..."

"A questa età si aprono diverse aree di sviluppo: la coppia stabile, fertilità, sessualità..."

"Necessità degli operatori di essere formati su nuove modalità/forme di coppia, modalità di vivere la coppia o la sessualità"

"Divario tra adolescenti e giovani adulti..."

"Manca avere un'identità di équipe, non solo del singolo distretto ma tutti..."

Quali potenzialità degli spazi giovani adulti?

"Spazio definito per compresenza, per orari e per multiprofessionalità..."

"In questo modo non sarà solo contraccezione gratuita dove vengono fuori altri bisogni ma dove c'è anche spazio per consulenza di ginecologa, ostetrica, psicologo e andrologia hanno un proprio spazio..."

"Devono essere spazi flessibili e aperti a nuove figure professionali in grado di accogliere i nuovi bisogni, le cose cambiano in fretta..."

"I giovani vanno su facebook e instagram e sarebbe bello pubblicizzare queste informazioni..."

"Molti colleghi non inviano le ragazze per la contraccezione gratuita, lo fanno dall'amica e non dal medico o ginecologo di riferimento..."

4.3 Dialogo nel futuro "Prospettive future per gli Spazi giovani adulti: utenti potenziali in dialogo"

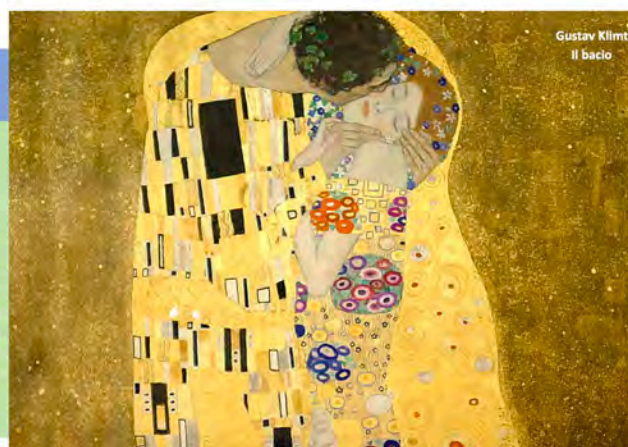


Prospettive future per gli Spazi Giovani Adulti: potenziali in dialogo

Giovedì 30 settembre 17.30 – 19.30

L'incontro è finalizzato a costruire il futuro di questi servizi ed è aperto a chiunque abbia voglia di contribuire alla riflessione

Gli Spazi Giovani Adulti sono presenti all'interno dei Consultori familiari e si rivolgono ad una popolazione di età compresa tra i 20 e 34 anni. Sono a libero accesso (senza impegnativa del medico) tramite appuntamento e offrono assistenza ostetrica, psicologica e medica nei seguenti ambiti: malattie sessualmente trasmissibili e prevenzione AIDS, pianificazione familiare, stili di vita e salute riproduttiva, preconcezione, dolore pelvico e alterazione del ciclo mestruale, patologie andrologiche più frequenti in età giovanile, problematiche sessuali, relazionali di coppia ed infertilità di coppia.



TIMONE

Ore 17.30-19.30

Siamo nel settembre 2022 e gli Spazi giovani adulti sono diventati dei luoghi fantastici, che rispondono ai bisogni emersi dall'utenza, da professionisti, ma che sono andati addirittura oltre ai bisogni espressi. La partecipazione della popolazione è molto ampia, come fortissima è l'alleanza con i professionisti e le professioniste.

1° giro: **Come sono le cose per te, dal tuo punto di vista, ora che va tutto bene? Come funzionano questi spazi? Chi li abita? A che bisogni rispondono?**

2° giro: **Da quell'incontro nel settembre 2021, cosa hai fatto tu per fare andare bene le cose? Chi ti ha aiutato? Chi hai coinvolto? Come?**

Nel fare le domande cerchiamo di stimolare su inclusione del maschile e strategie di comunicazione con l'utenza.

Quando si ritorna nel presente si cerca di fare un'agenda condivisa per il prossimo futuro.

Si riportano di seguito le diverse fasi del dialogo nel buon futuro.

1° giro – domanda rivolta alle/agli utenti: Come sono le cose per te, dal tuo punto di vista, ora che va tutto bene? Come funzionano questi spazi? Chi li abita? A che bisogni rispondono?

Ho trovato un consultorio che accoglie le persone lgbt, non ha dato per scontato che fossimo eterosessuali, mi sono sentita accolta, non c'è stato nessun tipo di fraintendimento ed è andato tutto bene...

C'è un servizio di contraccezione gratuito diviso in due: spazio più farmacologico e distribuzione contraccettivi, che è diventata più capillare rispetto al consultorio. Il consultorio si è messo in rete con discoteche, associazioni... capillarizzazione della contraccezione non solo farmacologica ma di quella contraccettiva.

È un luogo dove arrivano i ragazzi anche adolescenti che magari hanno degli incidenti di percorso e che non devono chiedere agli insegnanti.

Anni fa avevo fondato un gruppo di ragazzi di seconda generazione. Per quel che riguarda un percorso psicologico io stessa ho riscontrato difficoltà rivolgendomi al privato, perché mi sono sentita di dover raccontare anche quelle che sono le mie origini e il mio essere italiana nera in questo paese. Allora da un servizio pubblico, da un percorso di consultorio mi aspetto più apertura e sensibilità per quel che riguarda gli stranieri e i figli di stranieri. Quando intendo sensibilità, vedendomi nera ma sentendomi parlare italiano spero di trovarmi di fronte una psicologo/a che ha già visto ragazzi come me e dà per scontato questa tematica che spesso richiede tempo. Del resto da utente io mi sono sempre trovata molto bene al consultorio.

In cosa hai trovato lo spazio giovani adulti più inclusivo?

Durante il pap test ho trovato un'ostetrica che non ha indagato sulla mia presunta verginità, non mi ha fatto troppe domande. È stata accogliente e mi ha ringraziata per aver comunque fatto il pap test e mi ha invitato a fare una visita ginecologica e una senologica, perché mi ha spiegato che anche le donne delle comunità lesbica devono fare visite, prevenire... e addirittura un mio amico trans F to M, in transizione dal sesso biologico femminile e quello maschile ha ricevuto a casa la lettera per fare lo screening perché si è superato il problema della M e della F sul tessero sanitario. Ha potuto fare l'accesso gratuito senza doversi dichiarare come trans. Addirittura un'altra mia amica che è una persona non binaria anche in questo caso ha trovato personale che era assolutamente formato e preparato che l'ha accolta come persona non binaria, senza chiedere molte cose se non quale pronome voleva utilizzare.

Funziona grazie ad una forte implementazione dei social che è stata una chiave di volta di questo implementamento e finalmente l'AUSL è riuscita proprio ad andare nei luoghi di aggregazione, parrocchie, scout... hanno smesso di essere semplicemente interlocutori ma sono diventati produttori di salute. Per primi sono stati responsabilizzati nel loro ruolo di raccogliere comunità variegata ed eterogenea e sono diventati dei centri di salute, effettivamente medici, psicologi... sono usciti dai consultori per andare ad esercitare la salute all'interno dei luoghi frequentati dai giovani adulti.

Per entrare in questo consultorio non sono dovuto andare alla casa della salute ma sono entrato in una stanza a scuola.

2° giro – domanda rivolta alle/agli utenti: Da quell'incontro nel settembre 2021, cosa hai fatto tu per fare andare bene le cose? Chi ti ha aiutato? Chi hai coinvolto? Come?

Ho coinvolto le persone, fatto pressione sulla Regione, abbiamo provato a esportare le nuove pratiche modenesi al resto della regione. Abbiamo provato a portare le nostre posizioni anche a tavoli più alti, ministeriali. E in un qualche modo iniziare a lavorare in territori dove le tematiche lgbt... già non ci sono i consultori, figurati... comunicati stampa, siamo usciti sui giornali ma anche sui social, sui bollettini che arrivano ai sanitari. Noi come Arcigay ci siamo resi disponibili per fare formazioni specifiche per parlare di noi e della nostra comunità, che è complessa e dove i giovanissimi ci mettono sempre in discussione... sono un fiume in piena... nessuno deve fare una faccia strana quando sente le parole intersex, asex...

Mi sono accorta che non conoscevo alcune persone... mi sono impegnata a partecipare ad alcuni incontri online. Con X e Y mi sono vista alle manifestazioni cittadine e quei momenti non

sono stati solo di critica verso le istituzioni ma sono stati anche momenti costruttivi, dove ci siamo posti dei quesiti e si sono riusciti a realizzare. Mi è venuto in mente anche il passaparola, perché è importante la comunicazione sui social ma quello che ha sempre funzionato di più è il passaparola rispetto agli inviti sui social, quindi un'esperienza positiva raccontata da amici e conoscenti è sicuramente un modo più efficace. Se io stessa ho usufruito dei servizi e ne sono stata contenta sicuramente racconterò la mia esperienza ad altri. E poi l'educazione sentimentale. Io insegno alle medie, faccio tutt'altro, ma magari qualche lezione di educazione sentimentale può aiutare i ragazzi più giovani.

Io mi sono sempre sentito molto centrale come attore in questo lungo processo di cambiamento perché da una parte ho una formazione da volontario, e quindi membro del terzo settore come Arcigay, e dall'altro ho anche una formazione da medico. Da una parte mi permette di responsabilizzare il mondo sanitario per fargli comprendere che non è sufficiente avere ottimi medici se non si riesce a raggiungere la popolazione target, dall'altra ho la possibilità con la rete di responsabilizzare altri soggetti (Croce Rossa etc.) sul fatto che... perché una polisportiva dovrebbe mettere fuori un cestino con i preservativi per i propri associati. Oppure perché in una discoteca non si dovrebbe mettere un camper dove fare un controllo senologico alle ragazze. Quello che ho fatto in quest'anno è spiegare perché è importante che tutti gli attori abbiano un ruolo nella salute.

Dialogo tra le professioniste

Da quell'incontro nel settembre 2021, cosa hai fatto tu per fare andare bene le cose? Chi ti ha aiutato? Chi hai coinvolto? Come?

Sono molto contenta di questi incontri perché sono abbastanza giovane come professionista negli spazi giovani adulti. Mi sono segnata due cose che mi sono piaciute moltissime: il consultorio che va fuori. Abbiamo dovuto uscire da questo territorio, abbiamo cercato associazioni e persone che ci hanno aiutato nella distribuzione dei contraccettivi. Fondamentale perché aver fatto entrare l'elemento del maschile vuol dire farlo anche in questo modo. Grazie alle associazioni siamo riusciti a portare dentro anche l'elemento maschile. Nel contatto con queste associazioni fondamentale è stato il rapporto informazione/formazione, che non è solo a senso unico, ma bivalente.

Oltre a quello già espresso, ad aver costruito uno spazio aperto, ad essere andata fuori, aver attivato questa bidirezionalità necessità per capire anche cosa voler fare nel futuro, nel 2023, solo grazie a questo scambio continuo... rappresentare ai singoli utenti un link, un collegamento per mettere in rete loro stessi singoli con tutto ciò che li interessa, che può coinvolgerli o aiutarli, riuscire a orientare anche chi viene da me e io riesco a dargli qualcosa non solo collegato alla salute ma anche al suo benessere. Ho viaggiato tanto, sono stata tanto fuori, ho parlato tanto, ho ascoltato, ho mantenuto vivi i momenti di confronto. È facile confrontarsi una volta ma tenere la comunicazione costantemente è difficile.

Io penso che le istituzioni sanitarie siano molto lente a cambiare, noi invecchiamo sempre di più e abbiamo i nostri stereotipi e i nostri saperi vecchi. Io ho sempre imparato molto dagli utenti. Credo sia molto vero che noi dobbiamo uscire ma che le associazioni devono entrare. Tantissime cose noi non le sappiamo. Io credo che relativamente a molti temi siamo molto indietro. Abbiamo fatto tante cose...

Vedo che finalmente lo spazio giovani adulti è diventato un punto di riferimento ed è diventato accessibile, facile... siamo uscite noi, siamo entrati in contatto con molte realtà, c'è stato uno scambio reciproco che ci ha permesso di crescere e colmare lacune che avevamo. L'abbiamo fatto parlando, mettendoci in gioco, creando un gruppo di lavoro che forse nel 2021 non c'era. Siamo riusciti a darci un'identità e ad essere più riconoscibili per i ragazzi/e e per il terzo settore. Siamo riusciti a crearci un'identità sulla falsa riga dello spazio giovani ma con diversità dell'utenza, popolazione più ampia, con esigenze diverse e abbiamo lavorato tanto come gruppo di lavoro per riuscire...

È stato un lavoro molto duro, abbiamo lavorato con la Regione e abbiamo capito con la regione dove volevamo andare e abbiamo costruito una rete con le associazioni per fare una

co-progettazione. È stato un aspetto più complesso perché costruire delle reti vuol dire anche dare del tempo. E quindi con le diverse associazioni abbiamo cercato di sviluppare percorsi e attività di promozione alla salute. Se siamo arrivati a dare profilattici alle polisportive è perché facciamo promozione di salute. Riverbero con le associazioni, ma anche lavoro con la regione per capire in qualche modo verso dove stiamo andando. In qualche modo cambiamo un po' la nostra mission, andando fuori.

Io sono uscita da quell'incontro con due idee: una che con molte persone che dovevano usare lo spazio giovani adulti o consultorio rischiavamo di non essere accoglienti e flessibili. L'altra idea che era venuta fuori di uscire dal consultorio. Quindi uscita dall'incontro ho cercato di capire intanto di trasmettere queste informazioni ai colleghi psicologi che lavoravano negli spazi giovani e spazi giovani adulti e capire quali cambiamenti e davvero diventare un gruppo di lavoro visibile come spazio giovani adulti, capire che tipo di risorse c'erano nel nostro gruppo di lavoro. Poi ho preso contatti con la Regione, per capire se potessimo anche introdurre qualche elemento nei progetti di prevenzione che facciamo da sempre; qualche elemento per poter far sì che chi ancora non era un possibile utente sapesse con certezza che c'era uno spazio importante che poteva aspettarlo. Insieme all'altra mia collega ci siamo parlate per vedere come poter utilizzare le associazioni che potessero formarci perché in effetti è importante anche questo pezzo... e poi abbiamo strutturato dei percorsi di formazione con l'altra collega.

La formazione è importante, un linguaggio comune è fondamentale, diciamo integrazione... nello spazio giovani abbiamo fatto tantissima formazione sul linguaggio, l'accoglienza, nel progetto "Viva l'amor" lo diciamo sempre che non dobbiamo entrare nelle classi dando per scontato che parliamo con persone eterosessuali. Con lo spazio giovani l'abbiamo fatto... serve contaminarsi con i consultori. Lavorato molto sull'accoglienza.

Mi ha colpito che ora il consultorio sia più inclusivo su tanti fronti ma soprattutto non dia per scontata l'eterosessualità, non dà per scontato trovarsi di fronte a categorie predefinite. C'è stato un grande incremento su contraccezione gratuita e distribuzione preservativi perché si è andato verso l'esterno. Si è cercato di entrare in nuovi ambiti, come sport e associazioni; quindi abbiamo raggiunto obiettivi soddisfacenti con azioni di diverso tipo: passaparola comunicati stampa, contattate molte associazioni in ottica non interlocutoria ma organizzando dei momenti insieme a loro formativi e informativi, siamo andati fuori, siamo andati verso e abbiamo portato dentro dei saperi, abbiamo costruito una rete che è sempre più solida tra operatori e associazioni e regione. È stata fatta anche molta pressione sulle associazioni proprio perché venissero importate nuove prassi, anche perché fossero riportate nei piani, nel PSSR. Lo sforzo maggiore mantenere vivi questi momenti di confronto nel tempo, ci stiamo lavorando e continueremo a lavorarci. Abbiamo costruito una rete, ma una rete viva.

Un'agenda condivisa per il prossimo futuro

Ampliamento di un'iniziativa già fatta: partire dal terzo settore, dai contatti che già si hanno, da quei contatti allargare la maglia della rete che si va creando. Dobbiamo ampliarci, partiamo senz'altro dalla formazione in doppio senso, soprattutto un discorso che deve essere fatto dal sanitario al terzo settore è il discorso della responsabilizzazione, della responsabilità che hanno nel contesto della salute. Quello è il primissimo step da fare, coinvolgere teatri, polisportive... e dire: non siete solo luoghi di cultura o sport, ma avete la responsabilità di connessione con le popolazioni target.

Sto vivendo che stiamo andando nelle associazioni, nelle comunità di stranieri a promuovere la campagna vaccinale e ti rendi conto che è molto semplice questo contatto, bisogna solo impegnarsi un attimo e farlo. Dobbiamo cambiare questa mentalità, quindi uscire noi verso loro... mentre parlavamo di vaccini abbiamo parlato di contraccezione.

Andare sui luoghi di aggregazione è una carta vincente soprattutto se non si chiede loro di fare qualcosa ma dare l'opportunità... esempio di controcultura. Un'esperienza con... cultura alternativa... andare nei luoghi e produrre con il linguaggio consono a quei luoghi perché spesso è dove ce n'è più bisogno. Catene virtuose, funzionano molto bene, diventano catene che escono dai servizi e diventano catene della rete sociale.

Lo dico da sociale... è emerso bisogno e risposta. Manca qualcosa in mezzo, non certo dalla parte degli utenti che sono rappresentanti di diversi stili di vita, di scelte, di orientamento... c'è una parte molto importante che è una riflessione che devono fare i professionisti sanitari, riflessione che hanno fatto su diverse situazioni e caratteristiche di popolazione, c'è bisogno di condividere dei punti di vista... bisogno di avere un momento di confronto tra di noi. Manca un momento di riflessione tra noi su temi nuovi ma che non sono mai stati un elemento condiviso, compreso quello di ragionare su stereotipi e pregiudizi. Parte che va più curata. Lavoro di contaminazione è fondamentale. Scelta che deve avere il servizio. Non dobbiamo muoverci come monadi. Avere avuto la capacità di riflettere e poi avere la capacità di scegliere.

5. Identità di genere e orientamenti sessuali (Parma)³³

I Consultori familiari dell'Ausl di Parma hanno focalizzato l'attenzione sulla medicina di genere attraverso la stesura del progetto sperimentale "Consultori familiari, salute riproduttiva in una prospettiva di genere" volto a migliorare la capacità del servizio di intervenire in maniera trasformativa sulle disuguaglianze basate su genere e orientamento sessuale creando condizioni di equità. Il concetto di "medicina di genere", già nella fase di stesura del progetto, è stato pensato come inclusivo non solo delle differenze di genere tra maschile e femminile, ma come concetto ombrello capace di rendere conto delle molteplici declinazioni identitarie raccogliibili nell'acronimo LGBTQ+. Il lavoro sul campo ha poi condotto l'attenzione principalmente sull'utenza LGBTQ+.

Dopo una prima rilevazione dei bisogni svolta dall'équipe di lavoro del Consultorio di Parma attraverso focus group con l'associazionismo femminile, femminista e LGBTQ+ del territorio si è proceduto alla co-progettazione di un percorso di formazione-intervento rivolto a tutto il personale dei Consultori della AUSL pensato per creare uno spazio di lavoro condiviso tra professionisti/e e attivisti/e che si configurasse non solo come occasione di apprendimento di nuove conoscenze, ma soprattutto come dispositivo generativo di nuove "posture" del servizio consultoriale. Il percorso si è svolto da marzo 2021 a marzo 2022 e ha coinvolto complessivamente 90 persone provenienti da 27 Consultori dei distretti di Parma, Fidenza, Sud-Est e Valli di Taro e Ceno, nonché rappresentanti di 8 associazioni del territorio e della regione. Dato il periodo pandemico in cui si è svolto il percorso tutti gli incontri si sono svolti da remoto attraverso la piattaforma Zoom.

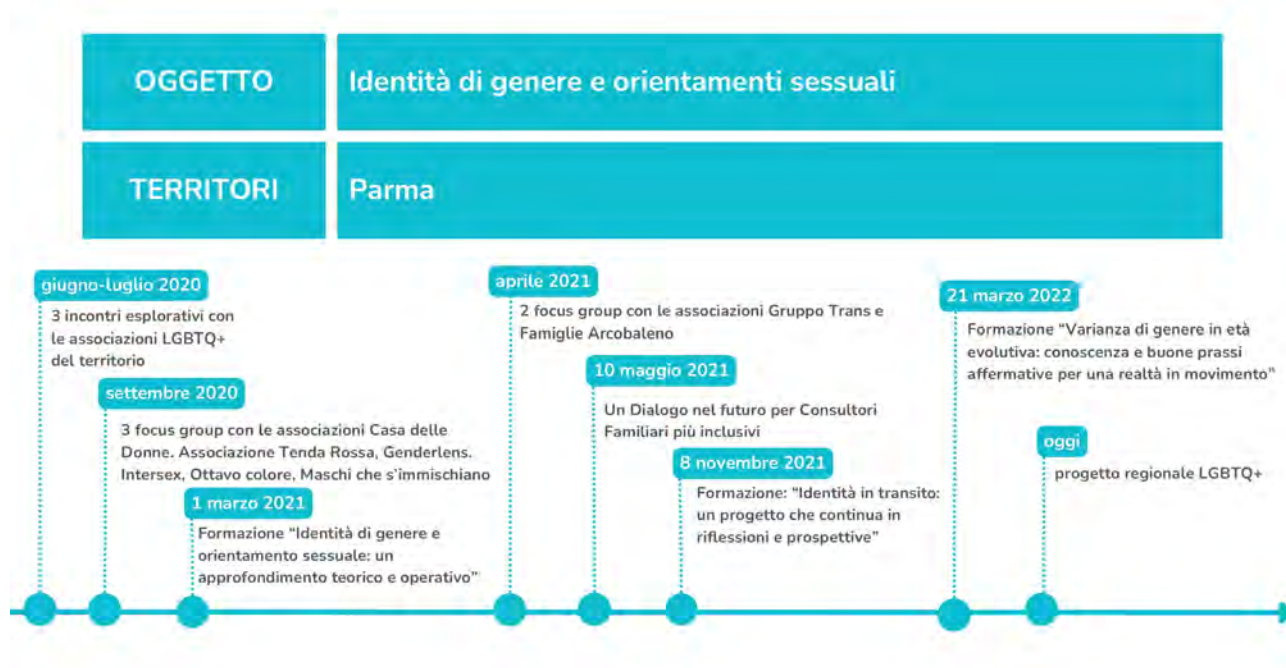
In sintesi, dal 2020 al 2022 sono stati svolti dall'équipe del Consultorio di Parma 3 incontri esplorativi con le associazioni LGBTQ+ del territorio e 5 focus group con alcune di queste associazioni, mentre in collaborazione con la cabina di regia regionale sono stati organizzati: un laboratorio dialogico "Dialogo nel futuro per Consultori Familiari più inclusivi" e 3 giornate di formazione/riflessione dai seguenti titoli:

- "Identità di genere e orientamento sessuale: un approfondimento teorico e operativo";
- "Identità in transito: un progetto che continua in riflessioni e prospettive"
- "Varianza di genere in età evolutiva: conoscenza e buone prassi affermatrice per una realtà in movimento".

Questo percorso, in sinergia con altre esperienze regionali, ha portato allo sviluppo del progetto "Il benessere delle persone LGBTQI+ nel sistema dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari della Regione Emilia-Romagna" – coordinato dall'Area Innovazione sociale del Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali - Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Umane dell'Università di Verona e il Dipartimento di Giurisprudenza, Studi Politici e Internazionali dell'Università di Parma – che prevede la realizzazione di un percorso di conoscenza ed analisi del fenomeno finalizzato alla progettazione e realizzazione di percorsi formativi che coinvolgano, con diverse modalità, la rete dei servizi.

Di seguito si riportano metodologie ed esiti dei diversi incontri.

³³ L'introduzione del paragrafo e i paragrafi 5.2 e 5.3 sono stati scritti da Giulia Selmi, ricercatrice dell'Università di Parma che ha partecipato come esperta e docente a parte del percorso. Una sua più ampia riflessione si trova nel saggio "Dis/orientamenti. Co-costruire pratiche inclusive con la comunità LGBTQ+ nei Consultori familiari" pubblicato nel volume a cura di Vincenza Pellegrino e Giulia Rodeschini "Il welfare pubblico partecipativo. Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale", edizioni FrancoAngeli, pp. 128-142. Il volume è disponibile in open-access al seguente link: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1137>.



5.1 Focus group con le associazioni del territorio

(A cura di Valentina Moglia e Carla Verrotti di Pianella)

A luglio del 2020 i membri dell'équipe hanno pianificato i focus group definendone gli obiettivi e individuando le domande da porre ai partecipanti. Si è così definita una traccia da utilizzare durante i focus group e da modellare in base dei partecipanti.

Si è deciso di effettuare tre incontri, in modalità online a causa dell'emergenza sanitaria, con al massimo 6 persone e della durata di due ore (il martedì dalle 14.00 alle 16.00). L'obiettivo principale è stato di tipo esplorativo: raccogliere esperienze, idee, pensieri, aspettative rispetto alla realtà consultoriale.

Gli obiettivi specifici si sono focalizzati sulla raccolta di informazioni in merito: all'esperienza diretta/indiretta con la realtà consultoriale; alle modalità impiegate nel prendersi cura del proprio benessere psico-fisico per comprendere l'accesso ai servizi; alle aspettative rispetto al consultorio e a come concretizzarle.

Le domande utilizzate sono state:

- Nella vostra vita è capitato di rivolgervi al Consultorio?
- Per quale motivazione?
- Come avete saputo dell'esistenza del consultorio?
- Che ricordo ne avete?
- > Se non avete mai fatto accesso ne avete sentito parlare?
- Da chi, come?
- Avete una qualche idea rispetto a come funzioni?
- Come lo immaginate, avete pensieri rispetto ad esso?
- Come vi prendete cura di voi stessi?
- In caso di bisogno a chi vi rivolgete per trovare assistenza? Sia in caso di salute fisica che mentale
- Quali criteri di scelta usate nella ricerca della cura?
- Quali caratteristiche cercate in un servizio?
- Quali caratteristiche cercate in un operatore?
- Il genere dell'operatore è un criterio di scelta nella ricerca della cura?
- Riconoscete delle mancanze rispetto ai vostri bisogni?
- Come calereste le vostre idee nella realtà concreta sanitaria.
- Cosa avreste voluto trovare?
- Come avreste voluto essere accolte?
- Cosa avreste voluto sentirvi dire?

Visto il periodo emergenziale gli incontri si sono dovuti svolgere in modalità online. Si sono iniziati gli incontri ricordando alcuni aspetti importanti: la libertà di espressione rispettando i propri limiti nel racconto delle esperienze soggettive; la sospensione del giudizio da parte di tutti i partecipanti; il rispetto reciproco e la privacy rispetto ai contenuti emersi.

5.1.1 Focus group con le associazioni di volontarie a sostegno delle donne

L'incontro si è tenuto il 15 settembre 2020 con la partecipazione dell'Associazione Casa delle Donne e l'Associazione Tenda Rossa.

Dai racconti delle partecipanti emerge come l'immaginario adolescenziale delineava il consultorio come un luogo *"mistico"*, qualcosa di *"proibito"*, soprattutto in età adolescenziale, *"un luogo per risolvere problemi"* come gravidanze indesiderate o malattie sessualmente trasmissibili. Il primo contatto è stato un accesso al bisogno sia diretto e personale (contraccezione) che per motivi di lavoro (accompagnamento donne vittime di tratta). Le esperienze sono state sia positive *"mi sono sentita accolta, non giudicata. Ho trovato un contatto umano e non solo sanitario"* che negative: un operatore ha utilizzato un linguaggio non accogliente che ha fatto sentire la persona *"spaventata, sfiduciata e triste"*.

Ad oggi nonostante le esperienze passate continuano ad usufruire del consultorio sia per visite personali che per motivi lavorativi: attraverso le associazioni in caso di problematiche ginecologiche o sessuali indirizzano adolescenti o donne al consultorio.

Per quanto riguarda il prendersi cura del proprio benessere è emerso che per quanto riguarda aspetti fisiologici generalmente si affidano al MMG oppure si basano su un passaparola, cercando operatori sanitari su consiglio di persone di cui si fidano (amici/parenti). Il rischio è che affidarsi a diversi operatori possa creare *"confusione"*, per cui si tende ad affidarsi a un unico professionista. Mentre una delle partecipanti tende a rivolgersi prevalentemente alla sanità pubblica sia per fiducia che per efficacia maggiore, *"trovare un percorso completo/una rete che le dà più fiducia. Nel privato i percorsi sono più spezzati"*, l'altra si affida all'ambito privato. Per quanto riguarda la salute mentale entrambe tendono a prendersene cura coltivando gli ambiti della quotidianità che favoriscono stabilità (famiglia, sport ecc.).

I criteri di scelta dell'operatore. Per quanto riguarda il genere mentre per una persona *"non è mai stato un criterio di scelta"* dell'operatore sanitario a cui rivolgersi, per l'altra è fondamentale che un *"operatore sia donna solo nell'ambito ginecologico, negli altri ambiti è indifferente"*.

Più che il genere sembrano importanti caratteristiche personali: oltre alla competenza dell'operatore, che è difficile da giudicare da parte dell'utente, l'empatia, l'ascolto, il sentirsi accolta, la disponibilità (anche telefonica) e il *"non sentirsi un numero"*.

Non sono gradite *"la ruvidità o l'eccessiva freddezza/franchezza"*, un linguaggio, comportamenti che non appaiono accoglienti verso il paziente, ad esempio *"il non avere lo sguardo dell'operatore che continua a scrivere e non ascolta"*.

Le caratteristiche che idealmente si vorrebbero trovare in un servizio sono: *"disponibilità oraria per target di persone che si rivolgono (es. adolescenti non possono accedere al mattino). Igiene e pulizia degli ambienti. Disponibilità di accogliere/informare gli utenti che hanno bisogno e non dare per scontato che essendo operatore sanitario anche l'utente sappia"*.

"Non sentirsi un numero. Quando si rivolge ad un servizio, si pensa che il proprio problema sia enorme e non comune/che può succedere". Inoltre, fondamentale appare la chiarezza delle informazioni. Le info devono essere chiare, dirette senza indurre l'utente a rivolgersi ad altri.

Come associazione, rispetto ai servizi per donne, sentono il bisogno di creare una rete, una presa in carico con collegamento tra i diversi servizi (soprattutto nell'ambito ostetrico e ginecologico con un approccio multidisciplinare).

Per quanto riguarda quello che manca nei consultori e che le donne vorrebbero trovare si evidenziano:

- gruppi, cerchi delle donne su tematiche ben definite, es. aborto, con ostetriche dove le donne con diverse esperienze possano parlare, confrontarsi e trovare conforto;
- creare momenti di confronto per poter condividere una riflessione con chi ha una formazione in ambito medico, ad es. sul tema della violenza ostetrica *"attraverso il consultorio si fa politica ma dobbiamo trovare il tempo per decostruire il consultorio e fare attività extra-ordinarie anche di confronto e ascolto"*;
- *"incontri/focus group appoggiarsi ad associazioni può agevolare l'accesso degli utenti. Il lavoro di rete può migliorare l'accesso dei cittadini/umanizzare il medico che esce dal pro-*

prio ambulatorio e si mette al livello/conosce degli utenti". È importante pensare a spazi al di fuori del servizio consultoriale ma appartenenti al consultorio. È un modo per tornare a vivere uno spazio, come consapevolezza di sé, gruppo di associazione che esce e arriva/partecipa ad incontri in consultorio";

- rispetto all'implementazione delle comunicazioni si riflette sull'utilità di un contatto telefonico/chat con operatore consultoriale per fascia adulti. La comunicazione social funziona su info precise e circoscritte.

5.1.2 Focus group con le associazioni a sostegno delle persone LGBTI

Il focus group ha visto la partecipazione delle associazioni Genderlens, Intersex e Ottavo Colore. Di seguito la sintesi degli esiti.

Il primo contatto è stato sia per esperienza personale che lavorativa (correlata alle associazioni, accompagnando qualche utente). A livello personale emergono esperienze soprattutto vissute come negativamente e correlate ad un atteggiamento dell'operatore non attento al linguaggio o poco informato su alcune patologie *"la carenza è la conoscenza rispetto alla mia malattia e al mondo LGBTQ+. Difficoltà di relazionarsi e trovare personale formato sulla malattia specifica (rara) con carenze che non dipendono dalla volontà dell'operatore ma manca l'approccio all'utenza nel modo più delicato possibile"*. In alcuni casi definita come *"traumatica"*: *"la difficoltà delle persone trans è dover spiegare ogni volta chi si è, perché si fa e nella stessa situazione, comprendere anche la difficoltà dell'ostetrica di capire"*, questo nel caso di un pap test per un ragazzo trans. *"Le persone LGBT+ e trans hanno paura di accedere in consultorio perché si sentono vittime quando vengono giudicate. Poche sue conoscenze vanno a fare visite in consultorio. Tutti vanno a Collecchio dove hanno trovato persone formate e sensibili riguardo a questa tematica"*.

Per quanto riguarda il prendersi cura del proprio benessere è emerso che le persone tendono a rivolgersi privatamente e spesso fuori città o regione dove sanno di trovare persone esperte della problematica e anche dove sentono di trovare un approccio empatico dove non devono raccontare per l'ennesima volta la loro storia. Emerge anche il tema del coming out: *"dal punto di vista ginecologico ha visto diverse professioniste, dichiarava tranquillamente di essere omosessuale. La dichiarazione è forzata sulla base di risposte che deve dare ad alcune domande. Racconta (sbigottita) di quando durante il pap test, l'ostetrica le ha detto che era la prima volta che una ragazza si dichiarava omosessuale così liberamente"*.

I criteri di scelta dell'operatore: *"I punti di forza dipendono dall'operatore: ci sono operatori bravissimi altri che dovrebbero cambiare mestiere"*. Un operatore deve essere *"sensibile"* riferendosi all'eloquio e alla forma non verbale: *"usa parole giuste"*.

Diventa quindi fondamentale la formazione del personale. *"Formare l'operatore all'assenza di giudizio davanti a qualcosa che non conosci sia nel linguaggio verbale che corporeo"*. *"Dovunque ci dovrebbe essere una formazione rispetto al mondo cisgender perché la realtà è molto complessa"*.

"Le basi sono carenti di informazioni, non si parla di identità di genere e dell'orientamento sessuale. È indispensabile quietare e informare che non esistono più i fiocchi rosa e azzurro. O perlomeno evitare di enfatizzare l'aspetto binario: non è detto che i genitali esterni coincidano con l'orientamento futuro". *"Mettere in discussione la realtà e le convinzioni attuali delle famiglie (future o già formate) e degli studenti, dando info anche riguardo alle diverse sfumature. Non è importante sapere dall'ecografia se il feto è maschio o femmina perché questa informazione ingabbia la società e il suo immaginario."*

Risulta quindi fondamentale l'approccio tra operatore e utente soprattutto all'inizio: cercare empatia, attenzione al linguaggio, astensione al giudizio.

Rispetto alle caratteristiche che deve avere un servizio come il Consultorio emergono: umanità, *"necessità di un punto di accoglienza in struttura pubblica con personale formato dal punto di vista non solo medico/sanitario ma soprattutto umano (accoglienza deve essere particolare, strutturata su esperienza e verbale/non verbale ad hoc) per fornire assistenza personalizzata"*. *"Basarsi solo sulla superficie porta gli operatori a guardare il patologico dove forse non c'è e porta l'utente trans/intersex/omosessuale a non avere fiducia nei confronti di medici "piuttosto che finire nelle mani di chiunque, non faccio visite": terrore, paura, pregiudizio."*

La necessità di una rete: *"l'idea della rete e di comunicazione con le altre strutture è indispensabile ed è ciò a cui auspica. Suggerisce un luogo dove ci sia la "funzione sportello"*. *"Creare rete vuol dire mandare meno in panico l'utente che non sa a chi chiedere e/o il MMG non è sempre informato/ha tempo di ascoltare e trovare risposte"*. *"La rete è necessaria per creare diverse figure"*

professionali. Esplicitare l'ovvio, fare attività nelle scuole/università, creare una pagina ad hoc sul sito Ausl e non avere paura di essere ridondanti".

Per quanto riguarda quello che si vorrebbe trovare in un consultorio:

- formazione del personale in rete con le associazioni. *"Le ostetriche e le diverse figure accedevano alla associazione per dare più info all'utente che scopriva i diversi tipi di professionisti nelle strutture consultoriali (spazio giovani: psicologo, nutrizionista, psicologo etc.)."*
- momenti di confronto dentro e fuori il consultorio *"I confronti devono essere aperti a tutti, non solo alle associazioni. Deve essere di interesse di tutti, non solo per i trans o solo per il gruppo LGBT. Le info devono circolare. La collaborazione e il fatto che l'istituzione esca e dia informazioni in scuole (ad esempio) è importante, indispensabile per rendere l'idea della psicologa come non solo per chi ha problemi ma per tutti."*
- una rete e collaborazione continua *"È fondamentale la continuità della collaborazione nel tempo, la condivisione e la mescolanza dei diversi ambienti. Ci deve essere una rotazione delle persone che parlano in modo da allargare il più possibile l'informazione anche tra gli operatori". "Nel momento in cui un consultorio comincia una strada di questo tipo, l'utenza si avvicina perché è un inizio di qualcosa che manca. Trans e comunità lgbt e altro è più visibile (se ne parla di più anche nei social e dai media). L'idea di avere un approccio di cambiamento è già un cambiamento."*

5.1.3 Focus group con le associazioni a sostegno degli uomini

Il focus group ha visto la partecipazione dell'associazione Maschi che s'immischiano (MCI). Di seguito gli esiti dell'incontro.

Il primo contatto con il consultorio è avvenuto per esperienza diretta (genitorialità) o non c'è stato *"non ho mai avuto contatti diretti con il consultorio. Non ne ho mai avuto bisogno. Credo che il consultorio sia un luogo dove trovano spazio persone che hanno difficoltà/problemi"*. Emerge come il genere (maschile) influisca nell'accesso ai servizi consultoriali. *"Per gli uomini c'è problema di relazione con i consultori: per mancata conoscenza della struttura in sé e per limite di genere (l'uomo non si identifica nella popolazione che può accedere al consultorio). Con l'educazione nelle scuole e grazie ad alcune associazioni, i giovani maschi (adolescenti) hanno cominciato ad avvicinarsi al consultorio. Bisogna riconfigurare l'immaginario pubblico per far capire agli uomini che il consultorio è anche per loro. È un problema culturale e sociologico."*

Viene sottolineato come, specie in passato, ci fosse poca *"attenzione al maschile: i papà non erano preparati ad accogliere una donna che è diventata madre e che quindi è diversa. La famiglia è idealizzata: nei corsi preparto l'informazione è centrata sul futuro nascituro. Non si parlava di depressione post-parto, di genitorialità e né lei né il partner erano preparati."*

Per quanto riguarda il prendersi cura del proprio benessere è emersa grande difficoltà nell'ammettere il bisogno di aiuto e la ricerca di figure sanitarie segnalate per passaparola o attraverso il MMG. *"Non è mai capitato di rivolgersi direttamente e istintivamente ai consultori. Sia per scelta personale sia perché ha difficoltà e pudore a sottoporre i propri eventuali problemi fisici e psicologici ad una visita se non strettamente necessario". "C'è un problema strutturale di base perché gli uomini non parlano e non ammettono se hanno bisogno di aiuto, per pudore o limite di ammissione delle proprie fragilità. Per lavoro ha visto uomini che non parlano dei loro problemi: l'uomo nell'immaginario comune non deve piangere, non deve chiedere aiuto, non parla del lutto, di sentimenti come la tristezza, non parla del proprio corpo. Il corpo maschile è avvolto nel silenzio, il rapporto con il corpo è motivo di dialogo solo per questioni razionali."*

Si evidenzia una difficoltà, per il maschile, anche solo nell'immaginare il consultorio: *"il consultorio dovrebbe essere visto come un amico di famiglia con cui si parla tranquillamente e che aiuta a risolvere i problemi. Ma non è visto così nell'immaginario collettivo."*

"Il consultorio è stato concepito come spazio sociologico-relazionale al femminile. Per questo è visto come spazio solo per donne, nell'immaginario collettivo non è uno spazio creato per gli uomini o comunque uno spazio dove anche gli uomini possono accedervi. L'idea di un uomo di presentarsi in uno spazio dedicato alle donne e a problemi sessuali/psicologici condiziona molto gli uomini e l'eventuale idea di accedere al consultorio, si sentono quindi giudicati."

I criteri di scelta dell'operatore. Per quanto riguarda il genere sembra essere un elemento importante: *"per gli uomini è più facile parlare di problematiche maschili o legate alla coppia / genitorialità con altri uomini."*

"È più facile rivolgermi ad operatori del mio stesso sesso. Ma non è una regola assoluta e non deve diventare una rigidità né in ambito di consulenze private né in ambito di gruppi. Per il primo approccio può essere utile avere davanti un operatore dello stesso sesso, ma poi ci deve essere una pluralità. In consultorio ci devono essere anche operatori uomini che donne."

Le caratteristiche che idealmente si vorrebbero trovare in un servizio sono collegate a un'organizzazione *"sul piano d'immaginazione e sul piano territoriale che si concentri sull'educazione alla genitorialità /sessualità pensata e costruita per e con gli uomini"*. *"Lavorare sulla trasmissione di questi temi tra padre-figlio e tra cerchi di uomini, non esiste il concetto di condivisione nell'ambito maschile"*.

Per quanto riguarda quello che manca nei consultori e che cosa gli uomini vorrebbero trovare si evidenziano la ridefinizione dei consultori:

- *"modificare l'immagine stereotipata del consultorio e dei suoi servizi con campagne intriganti, fresche, divertenti, frizzanti che si rivolgano agli uomini e renderlo costume. Bisogna trasformare la forma e modificare gli stereotipi."*
- incontri a tema (violenza, sessualità-desiderio, stili di vita etc.).
- Creare spazi pubblici al di fuori della scuola.
- Creare percorsi. Ad esempio: cpp dedicato ai papà, paternità per tappe (dal gioco, all'educazione, la gravidanza etc.).
- Aperitivi con papà-coppie-genitori/figli e operatori.
- uno sportello virtuale *"Gli uomini sono riservati. Uno sportello virtuale, chat sul sito ausl o un whatsapp anche in anonimato, per incentivare gli uomini a parlare dei loro problemi e per cercare una consulenza, dietro ad uno schermo è più facile il primo approccio."*

Sintesi degli elementi chiave emersi nei tre focus group:

La relazione tra l'operatore e l'utente è un elemento fondamentale non solo nella fase dell'accoglienza ma anche durante i diversi step di un percorso presso il servizio. Le persone cercano un operatore empatico, accogliente, non giudicante.

Emergono come prioritarie la formazione e l'informazione degli operatori. Formazione che permetta di:

- approfondire la propria posizione rispetto a pregiudizi e a prendere consapevolezza di quando il proprio giudizio sta emergendo nella relazione con l'utente.
- rendersi conto dei messaggi che anche inconsapevolmente attraverso il comportamento/il silenzio comunichiamo.
- prestare attenzione al linguaggio che si utilizza.
- uscire dalla tendenza a patologizzare, insita nel ruolo sanitario.

L'informazione invece riguarda soprattutto tematiche specifiche ma, nel momento in cui non si hanno competenze o conoscenze rispetto a una problematica è importante sapere a chi inviare una persona, riuscire a darle informazioni.

La forza e la necessità di una rete tra operatori e tra servizi per creare una maggiore fluidità è un altro elemento chiave sottolineato dai vari partecipanti.

Tra i bisogni emersi c'è quello di un approccio personalizzato, un'attenzione alla persona in sé più che all'utente, si è visto con le persone LGBTI ma anche con gli uomini.

Dare spazio nel consultorio alle persone, alle associazioni e viceversa, pensare a spazi al di fuori del servizio consultoriale ma appartenenti al consultorio sembra essere una richiesta che viene dalle persone. *"È un modo per tornare a vivere uno spazio, come consapevolezza di sé, gruppo di associazione che esce e arriva/partecipa ad incontri in consultorio"*.

Sembra esserci il bisogno di creare occasioni di dialogo, in una modalità paritetica, per uno scambio di informazioni ed esperienze e per tornare ad una visione collettiva, al di fuori dell'individualismo culturale che arrocca ognuno (operatore e persona) nei propri pensieri e schemi creando irrigidimento. Flessibilità, rete e non giudizio sembrano elementi necessari, in questo momento presente.

5.1.4 Focus group con l'associazione Gruppo Trans

Il quarto focus group si è tenuto il 20 aprile 2021 con due componenti dell'associazione Gruppo Trans. Si riporta di seguito una sintesi di quanto emerso.

Rispetto al primo contatto e alle esperienze con il Consultorio emerge come le persone trans debbano spesso cercare servizi in altre città, rispetto a quelle di residenza, perché *"là è più facile"*

reperire le informazioni. Il feedback che riceviamo è che l'esperienza del consultorio è una realtà che può essere gestita meglio. Con il Covid il periodo non è favorevole e le tempistiche sono dilazionate. Ma ci sono dei punti base che non vanno bene: ad esempio non è chiara la gestione del tema dell'infanzia transgender, le persone e le famiglie vengono inviate in altre Regioni". "Altro tema: è molto difficile per le persone che hanno subito violenza di genere/vittime della tratta, metterli a contatto con percorsi ad hoc per persone trans. Dal punto di vista della salute sessuale, la maggior parte delle persone trans rinuncia a testarsi, solo grazie al BLQ check point (privato) stiamo riuscendo a sopperire a questa mancanza. Con il pubblico ci sono problemi di dialogo. Sono problematiche che hanno a che fare con l'invisibilità. Perché i problemi delle persone trans sono stati sempre sommersi, sono dei tabù, non se ne parla. Ad esempio: test tumorali come il pap test non arrivano inviti a persone trans con transizione F to M con il documento maschile ma ancora con l'utero. L'anagrafica non è aggiornata".

Un tema fortemente sentito dalle associazioni è quello dell'obbligo di una diagnosi e quindi di una patologizzazione della persona, necessaria per accedere ai vari percorsi. *"Dal 2022 entrerà in vigore la nuova indicazione dell'OMS con "incongruenza di genere", sarebbe molto prezioso per noi se gli specialisti e le strutture che hanno voglia di avere una prospettiva futura, come tanti altri paesi adottassero il modulo del consenso informato (piuttosto che una diagnosi) in un'ottica di de-diagnosizzazione, dare su Parma la possibilità di un consultorio che preveda al suo interno degli specialisti che possano aiutare le persone in questa chiave, considerando che la legge cambierà. Includere inoltre all'interno dei consultori una persona transgender e un operatore alla pari come prima accoglienza/contatto. Questo fa la differenza, piuttosto che dare un appuntamento con una psicologa/o o psicoterapeuta".*

Emerge la necessità di creare centri, "formare gli operatori (PLS, MMG, endocrinologi etc.) affinché le persone possano accedere in maniera capillare ai servizi dei loro territori di appartenenza. Bisogna partire dai consultori. Gli aspetti principali che servono sono: trovare un esperto psicologo, un'accoglienza adeguata, terapie ad hoc personalizzate per evitare che le persone trans facciano da sé la loro terapia e che acquistino i farmaci al mercato nero. I servizi stessi dirottano tutto su Bologna, è un problema perché nei territori locali non esistono servizi. Né in termini di tempistiche adatti né in termini di servizi offerti. I medici di base non sono trans-friendly".

Per quanto riguarda come dovrebbe essere un Consultorio "ideale" emerge il bisogno di un luogo in cui le persone si sentano *"sicure, dove si abbia la possibilità di essere visibili. Dove ci siano persone accoglienti, informate e formate a 360°"*.

Quando devono occuparsi del proprio benessere personale generalmente tendono a fare riferimento a specialisti che hanno individuato e che hanno una particolare sensibilità e conoscenza del mondo LGBTI e conosciuti attraverso il passa parola. *"Ad esempio, la dott.ssa XX per la parte ginecologica, trovata tramite internet perché ginecologa LGBT-friendly. BLQ check point per le prestazioni infermieristiche, l'associazione accompagna fisicamente l'utente trans ad eseguire ad esempio delle terapie. Con il MMG c'è molto distacco perché ho difficoltà a parlare della mia sessualità. Esiste solo un medico di base in centro a Bologna che è trans-friendly". "Dott. XX di Modena per la parte endocrinologica. Il medico di base si de-responsabilizza: delega ad altri medici (ad es. l'endocrinologo). Segno che manca la formazione per i medici sin dall'università e manca le comunicazioni tra lo specialista e il medico di base".* La riflessione che ne segue è sulla necessità di trovare degli spazi territoriali, con un approccio multidisciplinare e dove ci sia personale specializzato/formato e dedicato.

In merito alle caratteristiche che le persone transgender cercano in un operatore sanitario si evidenzia: *"Il linguaggio è fondamentale. Deve conoscere gli step della transizione di genere, non deve chiedere perché io non abbia un genere che si basa su un costrutto sociale. Non dare per scontato che il genere sia corrispondente al mio orientamento sessuale. Non chiedere e non cercare risposte. L'operatore deve astenersi dal giudizio e saper ascoltare".* L'associazione inoltre sostiene la necessità della presenza, in un luogo pubblico come il Consultorio, di un "operatore alla pari" che aiuti, sia presente e gestisca uno sportello informativo/assistenziale; che orienti verso un approccio multidisciplinare, perché *"è difficile che la persona trans venga ad un servizio senza una persona trans"*.

Affinché un consultorio sia veramente inclusivo è quindi necessario:

- formare e informare gli operatori;
- includere un operatore alla pari;
- collaborare con le associazioni;

- servizi dedicati alla persona;
- prevedere la possibilità alle persone di venire in consultorio a fare delle terapie;
- dedicare dei servizi in casi di emergenza e che trovino una risposta (ad esempio per parlare ma anche per accompagnare ad assumere terapie laddove ci sia emergenza);
- dedicare uno spazio alle famiglie che sia di confronto, informativo ed accogliente, per le famiglie trans che lo richiedano. Sia per esigenze psicologiche di accompagnamento sia per esigenze burocratiche a livello scolastico. Accompagnare le famiglie verso una risoluzione di eventuali problemi.

Uno spazio ideale sarebbe quello del consultorio dove si può puntare sull'accoglienza e sull'erogazione di prestazioni fatte in un contesto adeguato e riservato.

La rete rimane poi fondamentale per sostenere ed essere un punto di riferimento. Inoltre, è necessario creare anche dei centri antiviolenza LGBT che accolgano donne transgender.

5.1.5 Focus group con l'associazione Famiglie Arcobaleno

Il quinto focus group si è tenuto il 28 aprile 2021 con due componenti dell'associazione Famiglie Arcobaleno.

Rispetto alle esperienze con il Consultorio le due partecipanti riferiscono che hanno avuto contatto solo nel momento del corso pre-parto e in allattamento: *"siamo una coppia da 8 anni più o meno, abbiamo una bambina di 5 e siamo un'insegnante di sostegno e un'educatrice che si occupa di disabilità. Del consultorio, un po' per nostro pregiudizio e perché a nostro parere non avremmo trovato nessun riscontro rispetto alle nostre necessità, quindi diciamo che il nostro percorso da genitori l'abbiamo costruito senza avere nessun punto di riferimento da parte dell'Ausl". "Diciamo che ci sarebbe da fare un passo indietro prima della maternità: abbiamo fatto tre anni tra Italia e estero, compresi tutti gli screening che si fanno per avere un bambino perché il nostro medico curante era già riluttante per cui non ci siamo neanche azzardate a chiedere se il consultorio potesse farci un'ecografia follicolare. Forse anche la reperibilità dei medicinali che servivano per seguire questo percorso di PMA. Per cui già lì a livello istituzionale, dell'Ausl, come dire, per noi è stata assente ma perché il percorso non è previsto a livello legale per cui non abbiamo bussato a questa porta, ecco." Il consultorio lo abbiamo visto quando in allattamento, quindi in avanti... ho fatto però una visita di controllo, quella sì. Perché ho avuto dei problemi post-partum con i punti di sutura, ero stata al consultorio alla casa della salute. Erano state molto accoglienti le ostetriche, me lo ricordo bene, e ci sono tornata per l'allattamento".*

Tuttavia emerge la difficoltà in altri momenti come gli screening e i pap test in cui si sono trovate a disagio per alcune domande *"nel senso che quando vado a fare il pap test e si fanno le classiche domande, non so 'l'ultima volta che ha avuto dei rapporti sessuali?', da parte mia c'è stato un po' di imbarazzo perché si dà per scontato che la persona che va nel consultorio sia eterosessuale e quindi dovresti star lì a spiegare, no? Magari io l'ultimo rapporto sessuale l'ho avuto la sera prima ma era senza penetrazione, per cui c'è un po' di ignoranza. Quindi cambierei un po' le domande, ad esempio per i Pap test, e cambierei anche un po' la pubblicità, il marketing, dei consultori". Oppure quando "avevo fatto un tampone, quello che si fa prima del parto, si fa una specie di tampone (...) 'C'è suo marito con lei?' domande di questo genere. Andrei a lavorare su queste cose qua".*

Emerge il tema della PMA per cui, secondo l'associazione *"la discriminazione sta a monte, nel senso che io dovrei avere il diritto di farle anche in ospedale per esempio. Non andare in ospedale e sentirmi dire 'Lei è sposata con un uomo e allora ha diritto; lei convive oppure è sposata con una donna e allora non ha diritto', proprio sta a monte. Poi voi avete i vostri tempi, le vostre burocrazie, quindi non è fattibile concretamente ma per altri motivi non per motivi ideologici, per intenderci. Invece noi dovremmo avere gli stessi diritti a monte (...) noi siamo state in Spagna, che non è neanche tra quelle più avanzatissimo perché comunque i paesi scandinavi sono molto più avanti. Noi siamo state in Spagna e il linguaggio è diverso, cioè, l'approccio, il calore, l'accoglienza, proprio il non far sembrare il tutto un business sterile. La privacy, per esempio. A parte i colloqui iniziali dove tu devi stare lì a raccontare, a spiegare, c'è la psicologa quindi parli eccetera. Dopo sei registrato su una card tutti i tuoi dati, entri in clinica, passi la tua scheda su un lettore e loro sanno già chi sei, come sei, perché sei lì".*

Rispetto alla quotidianità emergono le difficoltà che caratterizzano le famiglie Arcobaleno: *"anche quando eravamo semplicemente fidanzate e io sono stata in ospedale per una visita non l'hanno fatta entrare, perché lei non era un parente e non risulta, cioè, non poteva essere nient'altro. Era pre -legge Cirinnà, per intenderci. Adesso che c'è la legge Cirinnà qualcosina in più ce l'abbiamo,*

però la domanda che ti fa il sanitario è 'Dov'è tuo marito?'. Cioè, magari ti vedono la fede, ok, 'è venuta con suo marito?'. Cioè, mi sono rotta un braccio di recente, 'lei è qui con suo marito?'". Pertanto, nei consultori è fondamentale un'attenzione al linguaggio e all'accoglienza.

Rispetto al consultorio riferiscono di non avere avuto esperienza diretta se non per gli esami di screening o per la gravidanza perché in fondo "insomma, prima di quel momento lì non ci pensavo neanche, ma per un pregiudizio nostro. Cioè, vai lì, trovi persone sempre diverse per fare il Pap test, invece la mia ginecologa dove, ti ripeto, mi siedo lì, lei mi fa il mio Pap test, senza farmi tutte quelle domande che nel mio caso non sono utili. E al massimo mi chiede se sto bene, cioè, mi fa delle domande un po' più generiche. Non più le domande specifiche". Sostengono debba essere "pubblicizzato, tra virgolette, in generale di più perché magari chi ha avuto esperienze allora sa come muoversi. Magari ragazze un po' più giovani sarebbero disorientate, invece avendo qualcosa a cui fare riferimento sarebbe utile".

In merito all'attività, a livello territoriale, dell'Associazione "su questo siamo un po' carenti, (...) siamo da poco in Famiglie Arcobaleno. Però ci si organizza per regioni, si va per gradi: territorio, regione e poi nazionale... adesso essendoci il Covid è tutto telematico quindi gli incontri, le occasioni di formazione, le occasioni culturali sono tutte via web. Però c'è uno scambio quotidiano di informazioni, di belle notizie e di brutte notizie purtroppo, quotidiano nella chat."

Le due mamme riferiscono invece un'esperienza anche con il servizio sociale in merito alla step child adoption "che ha funzionato benissimo. Abbiamo trovato due persone preparate. Due persone che ci hanno accolto, non con tantissimo entusiasmo, senza farci delle feste esagerate e però ci siamo sentite accolte, non ci siamo mai sentite offese. Abbiamo trovato sempre un grandissimo tatto. Anche perché voi potete immaginare che fare un bambino e essere genitore per poi andare in tribunale e sentirsi dire 'Ok, sei un genitore' per un genitore non è piacevolissimo, ecco. Soprattutto l'indagine, tra virgolette, di servizi sociali e psicologa, non è comunque una situazione culturalmente piacevole. In realtà per noi è stata un'esperienza positiva (...) un bel percorso perché ci ha dato modo di riflettere su noi stesse raccontando la nostra esperienza. L'abbiamo vissuta in maniera positiva, tant'è che al momento del responso abbiamo avuto una risposta positiva", "quando siamo andate a rileggere la relazione sociale, rispetto ad alcune etichette (moglie, ecc.) più volte si sono scusate perché non potevano usare la dicitura "moglie" per il decreto Cirinnà, che utilizza al suo posto un'altra dicitura. Anche durante i colloqui ci chiedevano sempre scusa per le domande che facevano anche rispetto al donatore. È stato un colloquio meticoloso, pieno di dettagli che appartenevano al passato. Ci hanno scavato dentro e fatto un incontro con nostra figlia. Il periodo era quello del lockdown, e hanno visitato casa attraverso il pc, sempre in modo meticoloso e con tatto. L'abbiamo vissuta come una vera e propria conoscenza e dai profili stilati ci siamo sentite proprio rappresentate". Rispetto a come la figlia abbia vissuto la visita domiciliare: "aveva 4 anni e la psicologa ci chiese da subito se avessimo parlato con lei del percorso e noi abbiamo risposto di no. Secondo lei dovrei avvisare mia figlia? Lei ci ha consigliato di sì e a quel punto abbiamo detto che le mamme stanno facendo un percorso per far sì che lei possa cambiare il suo cognome, perché ci sembrava giusto che anche l'altra mamma potesse avere un pezzettino di lei, all'interno dei suoi documenti. A lei piace molto la carta d'identità e abbiamo sfruttato questa cosa dicendo 'avrà anche il cognome della mamma'. Queste signore verranno a visitare la nostra casa e ti conosceranno. Lei lo ha vissuto tranquillamente".

La coppia racconta come la genitorialità sia stato un elemento che le ha provate emotivamente proprio a causa della legge: "l'omosessualità non è mai stata un problema per noi, siamo sempre state accolte bene. Però la genitorialità ci ha messo alla prova emotivamente. Non ci eravamo poste il problema che affinché la mia compagna potesse andare a prendere nostra figlia a scuola io dovevo firmare la delega, stesso discorso dal pediatra o per questioni legate ai permessi al lavoro, quando la bimba era ammalata. È qualcosa di faticoso emotivamente, sebbene le persone non ci abbiano mai fatto sentire inadeguate, era proprio la legge e niente siamo andate avanti. All'ospedale però non ci hanno fatto storie per stare lì di notte, eccetera. Però la mia preoccupazione più grande era 'se mi succede qualcosa, poi mia figlia che fa?'. Per quello siamo andati in Step-child, è profondamente ingiusta, perché io adottato mia figlia, però è stata la scelta giusta. Anche chiedere ad un bambino sei qui con la mamma o con il papà, andrebbe corretto anche nella modulistica, nel linguaggio". Per quanto riguarda le caratteristiche che si ricercano in un operatore sanitario dovrebbero essere: linguaggio senza stereotipi di genere, avere empatia e "non fermarsi sulle proprie idee. Io percepisco che il mio medico di base ha della riluttanza verso le mie scelte di vita, deve rispettare "sei lì per curarmi non per giudicarmi", essere gentile.

Per quanto riguarda le aspettative rispetto ad un consultorio inclusivo emergono alcuni pensieri: *"che il consultorio uscisse e si facesse conoscere da tutti, non solo persone che appartengono ad associazioni, tutti hanno bisogno di un riferimento di aiuto. Molte persone fanno fatica ad entrare", "anche più conoscenza rispetto ai servizi che sono offerti. Io non conosco tutti i servizi che magari offrite. Forse una collaborazione con Famiglie Arcobaleno più essere utile per avvicinare le persone, sebbene la parte più importante la facciano poi le persone", "il vostro servizio è la prova che il servizio si sta aprendo alla comunità".*

5.2 Giornata di form/azione/riflessione "Identità di genere e orientamento sessuale: un approfondimento teorico e operativo"

(A cura di Giulia Selmi)

L'incontro si è tenuto l'1 marzo 2021. Si riporta di seguito il programma e a seguire l'analisi dei contenuti dell'incontro.

Programma

Ore 8.30-9.00

Apertura dei lavori - Carla Verrotti - Giulia Rodeschini (sociologa, Agenzia sanitaria e sociale regionale)

PRIMA PARTE: Di cosa parliamo quando parliamo di "genere"?

Docenti: Giulia Selmi (sociologa Università di Verona) e Giulia Rodeschini

Ore 9.00-9.30

Brainstorming e libere associazioni: se io dico...

Ore 9.30-11.00

Identità di genere e orientamento sessuale: definizioni, linguaggi e discriminazioni

Ore 11.00-11.30

Pausa

SECONDA PARTE: Come rendere i consultori inclusivi? Pratiche, strategie e strumenti

Ore 11.30-12.00

Progetto "Consultori familiari e salute riproduttiva in un'ottica di genere": quali bisogni emergono?

Docenti: Valentina Moglia, psicologa Ausl Parma

Monica Bertelli, ginecologa Ausl Parma

Ajda Ranjbaari Tabrizi, ostetrica Ausl Parma

Ore 12.00-13.00

Rileggere i Consultori Familiari in ottica di genere: uno studio di caso

Docenti: Giulia Selmi e Luigi Palestini (psicologo, Agenzia sanitaria e sociale regionale)

Ore 13.00-13.30

Conclusioni dei lavori

- Carla Verrotti e Luigi Palestini

Esiti dell'incontro

Nella prima fase del processo, abbiamo co-costruito con i/le partecipanti una mappa concettuale per identificare quali sono i punti di forza che loro riconoscono nel lavoro quotidiano e che si dimostrano una risorsa anche nel lavoro con le utenze inaspettate e quali sono invece gli aspetti che li fanno sentire fragili ed incapaci di rispondere in maniera adeguata alle richieste portate dall'utenza LGBTQ+.

La tabella 1 raccoglie in maniera sintetica le riflessioni fatte articolandole nei due piani in cui sono andate emergendo nella conversazione: quello della dimensione individuale e quello della dimensione organizzativa.

Tab. 1

	<i>Risorse</i>	<i>Fragilità</i>
Dimensione individuale	Preparazione clinica su gestazione e il puerperio. Lo Spazio giovani. Approccio di accoglienza e di sospensione del giudizio.	Nell'incontro con utenze che non mi aspettavo arrivassero al Consultorio e lasciano spaesate. Mancata conoscenza del lessico e delle tematiche LGBTQ+ (per esempio il percorso di transizione).
Dimensione organizzativa	Lavoro di équipe.	L'organizzazione di alcuni servizi pensata per persone o coppie eterosessuali (per esempio il corso preparto). La mancata conoscenza della rete dei servizi sul territorio a cui poter inviare un paziente LGBTQ+ con bisogni specifici, per esempio una persona che voglia iniziare un percorso di transizione di genere. Una rete fragile nella comunità, per esempio con MMG, servizi sociali, associazioni del territorio, etc.

Dapprima l'unità di analisi collettiva è stata principalmente la dimensione individuale, ovvero le risorse e i limiti del/la singola/o professionista nell'interazione con un'utenza diversa da quella con cui è solita lavorare. È interessante notare che in questo caso le competenze ed i contesti di lavoro "classici" del Consultorio vengono percepiti come una risorsa: per esempio l'incontro con una coppia di madri lesbiche "funziona" poiché le professioniste sentono di poter fare affidamento sia sulle proprie conoscenze cliniche su gravidanza e puerperio, ma anche su una postura di ascolto e sospensione del giudizio maturate nell'esperienza con altre tipologie di donne e di coppie. Detto questo, però, le competenze cliniche e relazionali non sono sempre sufficienti ad affrontare l'incontro con donne lesbiche o persone trans, per questo la mancanza di una conoscenza base, anche di lessico, per nominare le esperienze e i bisogni delle persone che approdano al servizio è cruciale. Nell'incontro con le madri lesbiche, per esempio, il poter dialogare con competenza, non solo medica, ma anche culturale, del percorso di fecondazione assistita all'estero si può rivelare un elemento cruciale per essere in grado di assistere in maniera adeguata quella coppia. Così come avere competenze di lessico e cliniche sui percorsi di transizione di genere può essere cruciale per saper accogliere una giovane persona non binaria che accede allo Spazio giovani alla ricerca di informazioni, così come per affrontare in maniera adeguata lo screening per il tumore all'utero di un uomo trans.

Il lavoro di gruppo ha però sin da subito evidenziato che per fotografare le risorse e gli elementi di fragilità era necessario prendere come unità di analisi non soltanto quella individuale, ma anche la dimensione organizzativa e istituzionale. Tra gli elementi di fragilità, per esempio, le professioniste segnalano l'infrastruttura eteronormativa del Consultorio che è pensata per un preciso modello di utenza: i corsi preparto sono un esempio paradigmatico dell'idea di gestante e di coppia sottesa alla progettazione di quel servizio. In questo caso, al netto degli aggiustamenti possibili da parte della singola ostetrica o ginecologa, è il sistema nel complesso che non "fa spazio" a questa nuova utenza. Aumenta la sensazione di fragilità anche la mancanza di rete tra i servizi e il disorientamento nel non sapere a chi fare riferimento sul territorio nel caso di bisogno di un consulto specialistico o di dover orientare l'utente ad un servizio più adeguato; questo è rilevato con particolare forza nel caso dell'utenza trans o in questionamento sulla propria identità di genere. La fragilità, dunque, è una caratteristica del sistema nel suo complesso che ancora non si è dotato di competenze e servizi capaci di fare fronte a questa nuova tipologia di utenza.

5.3 Laboratorio dialogico "Un dialogo nel futuro per consultori più inclusivi"

(A cura di Giulia Selmi)

Il laboratorio si è tenuto in data 10 maggio 2021. Si riporta il timone seguito dalla facilitatrice e, a seguire, l'analisi degli esiti dell'incontro.

TIMONE

14.00-14.15 Benvenuto e richiesta di registrazione + giro di nome e associazione/servizio

La parola a Carla Verrotti di Pianella (Direttrice dell'Unità Operativa Complessa Salute Donna dell'AUSL di Parma) per iniziare a capire la cornice entro cui lavoriamo oggi. Quindi il perché siamo qui, chi siamo...

Oggi guideremo questo incontro ispirandoci all'approccio dialogico – che è un metodo, una cultura, una postura che stiamo sperimentando e implementando da tempo in Regione grazie ad una forte alleanza con alcune istituzioni finlandesi che utilizzano questo approccio da ormai vent'anni.

È un approccio che più che essere spiegato va sperimentato, quindi non importa capire ora di cosa si tratta, ma mi limito a dire che ci permetterà di attivare una riflessione e azione collettiva attraverso lo stimolo di una circolarità di idee e pensieri. Un aspetto importante che utilizzeremo oggi è quello di darci il tempo, ovvero ognuno avrà spazi di intervento che via via vi indicheremo che avranno un tempo predeterminato per permettere proprio la circolarità delle idee. Ma su questo vi dirò strada facendo.

Per aprire i lavori invito Valentina Moglia, Aida Ranjbari e Monica Bertelli ad un primo dialogo.

Un dialogo che ci aiuterà a condividere il lavoro di ricerca e partecipazione che è stato fatto, e vi ha visto coinvolti e coinvolte, fino ad ora.

14.15 -14.30

3 min Chiedo a Valentina Moglia di dirci in due parole cosa è stato fatto fino ad ora.

6 min E ora chiedo a tutte e 3 o 4 di dirci in 2 minuti che cosa vi è piaciuto in particolare nel fare questi focus group e cosa vi ha sorpreso, cosa non vi aspettavate?

Un'ultima domanda per voi:

Cosa vi piacerebbe in particolare condividere come domande, cosa vi interroga?

14.30 – 14.40 PREMESSA ALL'ATTIVAZIONE – 10 min

Come vi dicevo, oggi ci rifacciamo all'approccio dialogico e sperimentiamo in particolare un DIALOGO DEL FUTURO che ha come finalità di lasciarci coinvolgere a pensare insieme *arricchendo i* nostri pensieri e idee per meglio poter *decidere insieme* come proseguire da qui in poi.

Pensavamo in questo modo di liberare la nostra creatività, immaginando che siamo già in un futuro buono in cui i nostri desideri hanno preso forma e oggi respiriamo insieme la felicità di aver già affrontato molte sfide riflessive con successo.

PARENTESI

In questo modo abbiamo cura dell'ascolto, costruiamo un linguaggio fra il probabile (rischio, numeri, incertezza, proiezioni, calcolo) e possibile (speranza, aspirazione, desiderio, immaginazione, ispirazione) in un modo giocoso, ma con serietà.

E ora vi dico come lavoreremo.

CONSEGNA

In primis, creiamo 3 gruppi eterogenei da circa 6/7 persone composti da professioniste dell'Ausl di Parma e da persone delle diverse associazioni.

Chi vuol fare parte del primo gruppo?

Chi del gruppo 2?

Chi del gruppo 3?

Siete tutti e tutte in un gruppo?

Rimane un gruppo dello staff regionale.

Ora partiamo e via via vi guiderò. Anticipo che ogni gruppo avrà il suo spazio di parola, quindi lasciatevi guidare (sapendo che se avete delle domande potete farcele)

Ci sono domande?

Adesso facciamo qualche respiro profondo perché iniziamo a viaggiare verso il buon futuro.

Vi chiedo di sedervi comode, cercare di allontanare possibili distrazioni (telefono, email...) e chiudere gli occhi mentre vi dico dove ci stiamo proiettando.

Ci spostiamo nel futuro grazie a "una macchina del tempo".

Siamo nel 2023 e, grazie ad un processo partecipativo di quasi due anni che ha visto alleate le professioniste dei Consulitori di Parma e tantissime persone della città, i Consulitori di Parma hanno vinto il premio europeo "Servizi più inclusivi".

Questo processo ha suscitato moltissimo interesse, sono venuti tanti esperti/e da tutta Europa e sono stati scritti numerosi articoli in merito sui giornali nazionali come vita, animazione sociale.

Noi siamo tutte e tutti davvero soddisfatti/e ed entusiasti. E ci ricordiamo che nel 2021, ancora in epoca covid, non avremmo mai immaginato che in soli due anni saremmo arrivati a questo incredibile risultato.

E in particolare siamo contentissimi/e perché effettivamente non solo il processo è stato entusiasmante, ma stiamo già cominciando a vedere i risultati sul campo, chi come professionista, chi come associazione, chi come utente, chi per sentito dire da amici/he che sono passate ultimamente in uno dei consultori di parma. Effettivamente i Consultori ora appaiono molto più inclusivi di solo un paio di anni fa.

Ora riapriamo gli occhi e ci troviamo tutte/i nel 2023, e ci immaginiamo di essere in una grande aula, tutti/e insieme, davanti a tanti dolci.

AVVIO:

Chiedo al primo gruppo (ridire i nomi) di sedersi in cerchio in mezzo alla sala. Tutte le altre persone fanno un cerchio più ampio attorno a loro e si pongono in ascolto attivo.

Il primo gruppo riflette ad alta voce per 15 minuti, mentre gli altri due gruppi ascoltano.

Nel primo gruppo ciascuno ha 2 min di tempo, senza interrompere l'altro, per riflettere sulle domande. Tatiana terrà il tempo interrompendovi alla fine dei due minuti.

Chiedo a tutto il gruppo regionale di annotare le parole chiave sul padlet a questo indirizzo: <https://padlet.com/giuliarodeschini/ez1j12b6phu78xej>

(eventualmente chiudere le telecamere – lasciando in primo piano solo il gruppo riflettente)

I gruppi 2 e 3 e il gruppo regionale ascoltano con attenzione e ciascuno annota le questioni che vengono in mente a forma di parole chiave.

Quindi i gruppi ascoltano il primo gruppo e allo stesso tempo sé stessi.

Al termine del primo giro sarà il turno degli altri gruppi per dare voce ai dialoghi interiori, cioè alle parole trascritte nel mentre ascoltavano, (chiediamo di dire soprattutto le cose non ancora dette)

La co-facilitatrice aggiunge le annotazioni.

Possiamo precisare:

Tutto ciò serve per moltiplicare le idee che successivamente prenderemo in esame, ogni voce è importantissima per formare le tante voci che ci aiutano ad approfondire la nostra comprensione, il tempo sembra breve per una riflessione ma di fatto ci aiuta in questa moltiplicazione dando voce a tutti per poi riflettere ulteriormente.

14.45 – 15.00 - 15 min

DOMANDE per il GRUPPO 1:

- *Nella strategia che avevate messo a punto due anni fa quali sono stati per te, i punti cardini, i punti significativi, quindi se dovessi sintetizzare il processo in tre punti cardini, quali sono stati per te quelli cruciali?*

- *Di questo processo che cosa ti è piaciuto di più?*

15.00 – 15.10 - 10 min

Ora chiediamo al gruppo 2 e 3 e al gruppo regionale di integrare. 1 minuto a testa

Cosa avete annotato, ma soprattutto: cosa vi è venuto in mente che non è stato detto? Come integrate quanto avete sentito?

Abbiamo quindi potuto rinfrescare i nostri ricordi dei punti cardini, quelli principali, quelli significativi del processo che ha portato a questo bellissimo successo!!

Ora chiediamo in primis al gruppo 2 di sedersi al secondo tavolo (chiudere telecamere) e dialogare usando i turni di parola, pensando ad alta voce, immaginandovi in una situazione tu per tu di fronte ad un bel caffè.

15.10 – 15.25 - DOMANDA 2° -15 min

Ora vi chiediamo un grande sforzo a ricordare quali sono state le prime azioni messe in campo da parte di ciascuno dopo il nostro incontro del maggio 2021, vi ricordate? Eravamo online perché ancora c'era il covid.

E in particolare vi poniamo questa domanda personale:

Quali sono state le tue prime azioni messe in campo?

(descritte in modo estremamente concreta esempio... ho scritto una email, ho proposto un incontro...e strada facendo...)

Chi ti ha aiutato, come? Che cosa ti ha aiutato e come?

Chi vorresti ringraziare in particolar modo?

15.25 – 15.35 – 10 min

Ora chiediamo al gruppo 1 e 3 e al gruppo regionale di integrare. 1 minuto a testa

Cosa vi è venuto in mente che non è stato detto? C'è qualcosa che avete fatto voi e che è importante condividere ora?

Abbiamo quindi potuto rinfrescare i nostri ricordi sulle prime azioni che avete messo in atto e che hanno portato a questo bellissimo successo!!

Ora chiediamo al gruppo 3 di sedersi al centro (chiudere telecamere) e dialogare usando i turni di parola, pensando ad alta voce, immaginandovi in una situazione tu per tu al caffè...

15.35 – 15.50 - DOMANDA 3° - 15 min

Abbiamo quindi rievocato i punti cardini della strategia ricordando le azioni che ciascuno ha messo in campo per arrivare a questo successo... ora vi chiediamo di fare un importante sforzo per ricordare...

quali erano le tue preoccupazioni allora e cosa ha contribuito a ridurle, se non addirittura ad eliminarle?

15.50 – 16.00 – 10 min

Ora chiediamo al gruppo 1 e 2 e al gruppo regionale di integrare. 1 minuto a testa

C'è qualche vostra preoccupazione che sentivate allora e che ora è passata che pensate sia importante condividere?

Abbiamo quindi rievocato i punti cardini della strategia, ricordate le azioni che ciascuno ha messo in campo per arrivare a questo successo e ascoltato le preoccupazioni che c'erano all'inizio del processo...

Ora ritorniamo dal futuro al nostro presente. E come prima chiudiamo gli occhi. Facciamo qualche respiro. Riprendiamo la macchina del tempo e possiamo riaprire gli occhi.

Siamo di nuovo su zoom e vi ricordo che oggi è il 10 maggio 2021.

Chiedo alla co-facilitatrice di condividere le parole chiave che ha annotato sul padlet (indirizzo in condivisione) e ci focalizziamo in particolare sulle azioni, soprattutto su quelle che hanno contribuito a ridurre le nostre preoccupazioni all'inizio; **queste sono le azioni da considerarsi prioritarie.**

16.10 -16.20 consegna

Ora dopo questa breve visione – ci suddividiamo in piccoli gruppi da 3 persone per 15 minuti e utilizziamo una linea del tempo – diviso in settimane oppure mesi, individuiamo le priorità a partire da quelle come dicevamo che permettevano di ridurre le preoccupazioni di allora/ora.

Se riusciamo diamo un padlet ad ogni gruppo:

<https://padlet.com/giuliarodeschini/gd5ksp9q09kl3wfe>

16.20 – 16.35 Lavoro di gruppo

Terminati i 15 minuti torniamo in plenaria e chiediamo a una persona per gruppo di delineare i passi (1 minuto a testa)

16.35-16.45 – 10 min

16.45-17.00

Diciamo che successivamente verrà inviata una sintesi ai partecipanti in vista dell'incontro di follow-up

Concludiamo con una parola ciascuno

Il "dialogo nel futuro" ha visto la partecipazione di 18 partecipanti dell'associazionismo femminista e LGBTQ+ e del personale dei consultori³⁴. La tecnica ha stimolato chi partecipa a proiettarsi nell'utopia, ma al contempo a trovare soluzioni concrete per realizzarla di cui assumersi la responsabilità in prima persona. In questo caso lo scenario iniziale chiedeva ai/le partecipanti di proiettarsi in un futuro prossimo, a pandemia conclusa, in cui il cambiamento inclusivo dei Consultori si era pienamente compiuto (si veda il timone sopra)

A partire da questo scenario, i/le partecipanti sono state/i invitati/e dapprima a confrontarsi su quali sono stati i punti cardine della strategia elaborata due anni prima che ha permesso di raggiungere il risultato positivo, e, successivamente, di identificare qual è stato per loro il risultato più significativo dell'intero percorso. Gli stralci che seguono permettono di inquadrare le carat-

³⁴ In particolare, erano presenti esponenti della Casa delle donne di Parma, dell'associazione Maschi che si Immischia e delle associazioni LGBTQ+ Intersezioni, Ottavo Colore, GenderLens e Gruppo Trans, nonché ostetriche, ginecologhe e psicologhe dei Consultori del solo Distretto di Parma.

teristiche della trasformazione auspicata dalla prospettiva sia del personale sanitario che delle rappresentanti delle associazioni:

(...) mi complimento del fatto di essere riusciti a creare uno spazio inclusivo. Le persone transgender hanno trovato ginecologhe, personale infermieristico, uno spazio di ascolto. La Legge 164 è riformata e non è più necessaria la diagnosi di disforia di genere. C'è uno spazio d'ascolto e orientamento ai servizi e si può andare all'anagrafe. C'è anche un riferimento per la parte endocrinologa. È uno spazio che consenta ai corpi plurali e non conformi di avere pari opportunità di accesso. Non ci sono problematiche ad accogliere questi corpi (Attivista).

(...) dopo questi due anni una mia cara amica è stata chiamata col nome scelto anche se non era nella carta d'identità, anche dal suo medico di base. Sono andata a fare una visita ginecologica e la dottoressa non è rimasta sorpresa della mia relazione con una donna e non ha dato per scontato [che fossi eterosessuale] e non si è stupita che non assumessi metodi anticoncezionali (Attivista).

Come medico per me è stata importante la formazione, come diceva prima C., molti medici per fare una terapia ormonale non sono capaci. Bisogna essere bravi endocrinologi. Era una nuova parte da studiare. L'accoglienza deve essere per tutti. Occorre formarsi su patologie genetiche. Veniamo da una medicina basata su soggetti maschi che non sempre include neppure le donne. L'altro discorso è che siamo arrivati a questo successo grazie ad aver accentuato il Consultorio come spazio aperto, che accetta e che va fuori (Medica).

(...) aggiungo che sono contenta perché sono riuscita a trovare il tempo di studiare e approfondire, abbiamo aumentato il personale e diminuito il sovraccarico. Ho una rete ben definita. Ho i contatti di persone in un database perché quando arriva una persona che porta o chiede informazioni di cui non ci occupiamo so con chi mettermi in comunicazione (Psicologa).

È un Consultorio "che consente ai corpi plurali e non conformi di avere pari opportunità di accesso" e dove il personale sanitario non resta stupito dal fatto che una utente abbia una relazione con una donna e non assuma farmaci anticoncezionali. Ma è al contempo un servizio che ha messo le persone che vi lavorano nella condizione di saper accogliere questi "corpi plurali" attraverso dei cambiamenti di sistema.

La tabella che segue raccoglie i tre assi portanti della strategia di cambiamento individuati in maniera più sistematica dai diversi gruppi di lavoro: la formazione, l'apertura verso la cittadinanza e la ridefinizione di alcuni assetti organizzativi.

Tab. 2

Formazione	Apertura alla cittadinanza	Assetti organizzativi
Formazione, confronto collaborativo tra utenza e personale, autoformazione.	Campagna informativa per dare visibilità, presentarsi come Consultorio aperto alla rete, come soggetto in grado di raccogliere istanze e risolvere i problemi. Dare l'idea di una risposta per utenza varia, per tutti, anche facendo invio a soggetti al di fuori del Consultorio stesso.	Improntare una nuova gestione di modalità di accesso ai servizi (fasce orarie, sala d'attesa...).
Piano formativo per approfondire il linguaggio, le leggi vigenti, approccio diagnostico.	Creare momenti su un tema aperti alla cittadinanza fatti da associazioni negli spazi del Consultorio e viceversa.	Materiale delle associazioni in Consultorio e grafiche inclusive.
Formazione al personale rispetto a prese di consapevolezza delle proprie difficoltà giudizio, pregiudizio, modalità comunicative verbali/non verbali.	Campagna di comunicazione originale (poco istituzionale e per comunicare l'idea di uno spazio per tutt*).	Avere materiale fruibile dalle persone, da tenere in Consultorio, per informare su cosa fa, sul fatto che non si occupa solo di questioni sanitarie: non solo quindi la vaccinazione, ma ad esempio locandine con un numero da contattare per genitori di adolescenti con varianza di genere.

Corsi di formazione per tutto il personale in collaborazione con le associazioni.	Incontri per la cittadinanza dedicati a vari aspetti legati al tema, raggiungendo le persone dove stanno, non solo al consultorio.	Implementare il servizio online accesso diretto tramite mail.
Dibattiti, seminari, iniziative all'università per il personale medico e sanitario, in collaborazione con associazioni.	Dopo una buona formazione, iniziare a pensare alla campagna mediatica e ad attività aperte alla cittadinanza.	Lista di contatti (e-mail, telefono) di associazioni, ecc. per professionisti e utenti.

Come suggerito anche dall'analisi della letteratura, sia professioniste/e che attiviste/i riconoscono un ruolo cruciale all'acquisizione di competenze specifiche sulle questioni LGBTQ+. È interessante notare che non si tratta solo di competenze tecniche (siano esse cliniche o di lessico), ma anche di competenze riflessive che permettono di indagare i propri stereotipi e pregiudizi per porsi in una posizione di consapevolezza e cambiamento. Altri due elementi qualificano questa idea di formazione: da un lato il rapporto stretto con le associazioni LGBTQ+ quali fonti di saperi esperti che devono viaggiare in tandem con i saperi tecnici e clinici delle professioni mediche; in secondo luogo, la necessità di formazione sin dal percorso universitario (e non solo) per il personale in servizio. Nella categoria "apertura alla cittadinanza" invece sono state raccolte tutte quelle indicazioni che si riferiscono sia alla realizzazione di vere e proprie campagne di comunicazione rivolte alla cittadinanza che segnalano l'attitudine *LGBTQ+-sensitive* dei Consultori e rendono noti sia i servizi presenti che l'approccio del servizio, sia iniziative che si radicano su una idea di Consultorio aperto al territorio e alla comunità che esce dai propri spazi e si muove *verso l'utenza*. Infine, nella categoria relativa all'assetto organizzativo sono state raccolte le indicazioni relative agli spazi e alle modalità concrete di erogazione dei servizi che declinano in maniere diverse questioni già rilevate nei due assi precedenti. In primo luogo, viene sottolineata l'importanza di rivedere gli spazi in senso inclusivo, per esempio pluralizzando le rappresentazioni dell'utenza nei materiali informativi e alle pareti e segnalando attraverso manifesti o opuscoli tutte le diverse utenze potenziali del Consultorio, i servizi offerti o anche i servizi del sistema regionale a cui si può essere orientati per bisogni specifici a cui il Consultorio in sé non può assolvere. Anche in questo processo è alle associazioni che viene riconosciuto un ruolo di cruciale importanza, sia nella produzione di materiali informativi efficaci sia come "hub" di questo processo di riorientamento dell'utenza. In secondo luogo – e come nel caso sopracitato di servizio aperto che va verso l'utenza – viene sottolineata l'importanza di favorire orari di accesso più ampi e flessibili, così come favorire l'accesso diretto attraverso le tecnologie digitali come l'email o la messaggistica istantanea. Anche in questo caso non si tratta di trasformazioni pensate unicamente per l'utenza LGBTQ+, ma di cambiamenti di assetto organizzativo che mirano a rinforzare il legame tra Consultorio e comunità diminuendo le barriere di accessibilità – come, per esempio, la prenotazione per una prestazione specifica – da cui però proprio le utenze più "inattese" possono trarre grande beneficio.

5.4 Giornata di form/azione/riflessione "Identità in transito: un progetto che continua in riflessioni e prospettive"

L'incontro si è tenuto l'8 novembre 2021. Si riporta di seguito il programma.

Programma

8.30 Presentazione

8.45 **Aspetti giuridici nell'accesso ai servizi sanitari per le persone transgender** - Fulvia Casagrande, avvocat

9.15 **Protocolli sanitari per la salute delle persone transgender e di genere non conforme a confronto** - Antonio Prunas, psicoterapeuta

10.00 **L'esperienza del Consultorio del MIT (Movimento Identità Transgender) in collaborazione con le aziende sanitarie di Bologna. Genealogia e consultorio oggi e rapporto coi servizi** - Porpora Marcasciano, attivista e presidente MIT

10.30-11.00 domande

11.00-11.15 Pausa

11.15-12.00 **SPAZIO DIALOGICO**: come tradurre quanto abbiamo ascoltato nella nostra quotidianità, come queste informazioni mi possono essere utili nella mia quotidianità? Come impattano queste riflessioni nel mio quotidiano?

12.00-13.00 Condivisione. Cerchio interno-cerchio esterno.

13.00 cosa mi porto a casa?

TIMONE 8.30: Presentazione

Cosa abbiamo fatto nello scorso incontro.

Costruzione di un lessico comune per parlare di queste questioni.

Chiediamo a Valentina, Carla, Nicoletta di introdurre le persone invitate.

8.45: Aspetti giuridici nell'accesso ai servizi sanitari per le persone transgender (**Fulvia Casagrande**)

Ognuno si prende due minuti e scrive domande o pensieri nel file google condiviso.

Giulia Selmi (con l'aiuto di Giulia Rodeschini) riporta (se valuta sia il caso e abbiamo il tempo) alcune parole chiave/mappatura di quanto emerso

9.15: Protocolli sanitari per la salute delle persone transgender e di genere non conforme a confronto (**Antonio Prunas**)

Ognuno si prende due minuti e scrive domande o pensieri nel file google condiviso

Giulia Selmi (con l'aiuto di Giulia Rodeschini) riporta (se valuta sia il caso e abbiamo il tempo) alcune parole chiave/mappatura di quanto emerso

10.00: L'esperienza del Consultorio del MIT (Movimento Identità Trans) in collaborazione con le aziende sanitarie di Bologna. Genealogia del Consultorio e consultorio oggi e rapporto coi servizi. (**Porpora Marcasciano**)

Ognuno si prende due minuti e scrive domande o pensieri nel file google condiviso

Giulia Selmi (con l'aiuto di Giulia Rodeschini) riporta (se valuta sia il caso e abbiamo il tempo) alcune parole chiave/mappatura di quanto emerso

10.30-11.00 Apriamo le domande su tutte e tre le relazioni a partire da quanto scritto nel google form.

11.00 - 11.15 pausa

11.15 - 12.00 **SPAZIO DIALOGICO**: come tradurre quanto abbiamo ascoltato nella nostra quotidianità, come queste informazioni mi possono essere utili nella mia quotidianità? Come impattano queste riflessioni nel mio quotidiano (nella relazione, nello spazio, nella comunicazione, nel linguaggio, altro...)

Una sorta di "check list" con degli alert, dei punti di attenzione.

Identificare dove e che cosa dentro questi box vi fa riflettere rispetto al vostro lavoro

25 minuti lavoro in piccoli gruppi di 5 persone (calcoliamo 5/10 min in più)

Una persona annota sulla scheda e fa da traghettatore/trice in plenaria

Primo giro 3 min a testa

Secondo giro 2 min a testa

12.00 - 13.00

Cerchio interno: una persona per gruppo riporta

Cerchio esterno: associazioni + Giulia S., Carla, Nicoletta, Valentina. Domanda guida: cosa manca e cosa è/non è importante dal vostro punto di vista?

2° cerchio esterno: cerchio esterno

13.00 Mentimeter con In tre parole cosa mi porto a casa?

conclusioni

13.30 chiusura

Esito dell'incontro

RESTITUZIONE GRUPPI

RELAZIONE

- formazione diversa sia a livello universitario che per gli operatori
- Essere meno superficiali

- Prestare attenzione alla persona che abbiamo davanti (capire i segnali, anche non verbali)
- Rispettare la scelta della persona che abbiamo davanti, quello che l'utente vede e vuole presentare di sé stesso.
- La formazione aiuta a commettere meno errori, essere meno impacciati.
- Importanza di avere più informazioni su quanto presente sul territorio.
- Necessario non avere come unico focus quello del paziente ma capire che c'è un contesto più ampio.

SPAZI

- Ci vuole uno spazio nuovo all'interno delle nostre strutture. Che tipo di spazio? Ambulatori dedicati o invece no, dobbiamo inserire la possibilità negli ambulatori normali a tutti/e.
- Non essendoci uno spazio dedicato pensiamo serva ma ci poniamo il problema di come dedicarlo. Come gestirlo per non farlo diventare un ghetto?
- I servizi non sono ancora concepiti come spazi che tengano in considerazione un approccio non binario.
- Spazi con privacy dove dare consulenze specialistiche, ma pronte anche negli ambulatori consultoriali a poter accogliere e saper curare correttamente questi pazienti.

COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO

- Partire dalla divulgazione, che si collega anche allo spazio. L'Asla ha spazi dedicati e operatori formati.
- La comunicazione con la persona deve essere differente, non dare le cose per scontate.
- Imparare a porci in ascolto, per non dare le cose per scontato e dare voce al/la paziente.
- Abbiamo qualche strumento in più per la fluidità. Rispettando il vissuto nel passato ma anche nell'attualità.
- Linguaggio più sensibile e più equo.
- Importante aspettare l'assistito nel proprio punto di vista, ma potrebbe essere possibile partire proprio dalla cura del linguaggio, da cui potrebbe emergere un cambiamento anche per quello che riguarda lo spazio e la costruzione della relazione stessa. Partire da una formazione che si concentra sul tipo di linguaggio che utilizziamo noi per accompagnare il cambiamento anche nel comunicare e nell'accogliere e prendere in carico gli utenti.
- Importanza di utilizzare termini non patologizzanti

La parola a@ protagonist@ delle associazioni

Attenzione ai pericoli e alla ghettizzazione di ambulatori o spazi dedicati. La persona trans cerca l'ordinarietà. Voglio poter accedere alle strutture ospedaliere in un modo normale, come le altre persone. Tutti dovrebbero essere preparati. Sulla comunicazione è fondamentale dire che il servizio c'è, non chiudersi in iniziative sparse. Molto spesso le informazioni girano male o non si diffondono. Importantissimo gli approcci integrali, comunicare con le associazioni e includerle sempre nella progettualità dei servizi l'aspetto comunicativo. La comunicazione può impattare. Ad esempio, a Genova lo sportello trans molto spinto sulla comunicazione verso l'esterno. Formazione fondamentale, come è fondamentale il passo empatico, non dare per scontato, partire dall'ascolto. Non facciamo un favore alla persona, ma necessità di linguaggio adeguato e standard. Rischio di utilizzo di termini non corretti, ad esempio "nata donna".

Abbiamo famiglie con bambini e adolescenti con varianza di genere. Persone anche piccole che non si riconoscono nel genere assegnato alla nascita. I vostri ritorni sono tutti molto importanti. Mi soffermerei un attimo sull'utenza. Quando parlate di percorso di affermazione, si dà per scontato che ci sia questo percorso completo (...) Per un contesto che non ha mai inquadrato un'utenza che esce dal genere femminile sia difficile. Ma ce la possiamo fare, ci auguriamo molto in un cambiamento dei consultori. Luoghi in cui le famiglie possano riconoscersi. Partirei da cose molto semplici: un bagno non connotato per genere...

Sono una persona non binaria e anche laureata in psicologia. Mancanza di formazione anche per persone che non sono in ambiti dedicati. Questo è importante perché si tratta anche di prevenzione. Le persone trans non accedono ai servizi proprio per la paura di essere discriminati. Ad esempio, l'attenzione di non chiamare ad alta voce un paziente con il nome dando per scontato

che la persona sia cisgender; avere dei moduli che non sono binari, ma più descrittivi possibili e non mere caselle; i bagni e gli spogliatoi o altri spazi... non vogliamo spazi trans ma spazi accessibili e non discriminanti rispetto alle nostre identità. È importante il tema delle visite ginecologiche che riguardano uomini trans o persone non binarie. Non dare per scontato che l'utenza sia di donne cisgender e che le persone trans abbiano una sessualità atipica o stereotipata o limitata. Anche lì sfumature infinite come in qualsiasi altra persona: eterosessualità, bisessualità... Ambulatori dedicati no. Sarebbe bello che un ambulatorio avesse tanti immaginari, con tante immagini e persone diverse, perché anche le persone trans sono diverse, non c'è LA persona trans. Sugli spazi la sala d'aspetto è cruciale, si tratta di creare uno spazio sicuro... Sugli altri spazi generali ma magari sala d'aspetto si potrebbe pensare ad un orario dedicato che permetta alle persone di accedere con più serenità.

Noi persone trans sempre a fare prelievi. Era stata istituita la sala d'attesa in cui si veniva chiamati solo con codice, no nomi e cognomi, o almeno limitarsi ai cognomi. La sfida è rendere quello che c'è già alla portata di tutti quanti. Come parliamo di barriere architettoniche per i disabili. I problemi delle persone trans è nel quotidiano: faccia imbarazzata dell'operatore, bagno, nome urlato. Provate a pensare di fronte ad un documento di identità non conforme.

Uscire dall'immaginario che la persona davanti sia necessariamente M o F. Perché le persone non binarie, che sono sempre esistite, si stanno visibilizzando con una nuova generazione che non ha più intenzione di nascondersi. Chiedere a loro come vogliono essere chiamate e che pronomi usare, è la via più semplice.

Credo che sia stato abbastanza palese come ci sia anche una certa insofferenza dal punto di vista della comunità trans ad attraversare servizi anche molto patologizzanti. Speriamo davvero che su Parma sia possibile costruire un sistema di accesso che preveda non delle pratiche coercitive. L'importanza di riconoscere protocolli all'avanguardia. Necessità partita dal basso, domande che partono da esigenze molto pratiche, di accessibilità anche economica. Che sia visibile la necessità. Non considerateci come una minoranza o inutile logorio, noi contiamo davvero su di voi e c'è questo malessere. Bisogna rivedere e ricreare i servizi e farli di qualità.

5.5 Giornata di form/azione/riflessione "Varianza di genere in età evolutiva: conoscenza e buone prassi affermative per una realtà in movimento"

L'incontro si è tenuto il 21 marzo 2022. Si riporta di seguito il programma.

Programma

8.30 Presentazione

8.45 **Varianza di genere: presupposti e pratiche nella psicologia** – JISKA RISTORI Psicoterapeuta Careggi Firenze

9.15 **Varianza di genere: presupposti e pratiche nell'endocrinologia** – ALESSANDRA FISHER Endocrinologa

10.00 discussione

10.30 pausa

10.45 **Varianza di genere nell'infanzia e nell'adolescenza: un'analisi della letteratura esistente al di fuori della clinica** – Michela Mariotto

11.15 **Cambiamenti del corpo e della sessualità, contraccezione e IVG nelle persone trans in terapia ormonale** – Majid Capovani

11.45 Dialogo

12.15 Lavoro di gruppo

12.45 Restituzione

13.00 chiusura

6. Accesso e accoglienza (Bologna)

A partire dallo stimolo emerso dalla ricerca form-azione presentata nella prima sezione di questo sport, il territorio di Bologna ha lavorato sul tema dell'accesso e dell'accoglienza dei Consultori. Come già anticipato, la sfida proposta è stata quella di ripensare l'accesso al CF non solo in termini di accesso fisico e tecnico (accesso libero, diretto, "cuppizzato"...), ma intendendolo come traiettoria, in quanto ogni accesso ha un prima e un dopo: questo presuppone che qualsiasi punto in cui si incontra l'utente è da intendersi come incontro che favorisce (o non) i passaggi successivi che costituiranno poi un prima rispetto a quello che avverrà dopo. L'accesso non è quindi un solo punto, ma è rappresentato da tutta la traiettoria esistenziale dell'utente: così non è più un accesso in senso analogico, come una sequenza, ma è una traiettoria che può prendere in continuazione strade diverse perché rispettosa della mappa esistenziale del soggetto.

Il 4 maggio 2021 è stata organizzata su questo tema una "scambioteca" a cui hanno partecipato 3 territori:

- Reggio Emilia in quanto gruppo che ha richiesto la scambioteca e invitato gli altri territori per conoscere le prassi
- Modena in quanto territorio che presenta le sue buone prassi
- Bologna in quanto territorio che si trova nel processo di attivazione di nuove prassi (a sua volta avendo Modena come riferimento)

Ha inoltre partecipato la cabina di regia regionale del progetto e altre professioniste/i dei CF di altri territori.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Scambioteca

L'accesso e l'accoglienza nei Consultori Familiari: dialogare tra territori per uno scambio collettivo di pratiche

Martedì 4 maggio dalle 11.00 alle 13.00



L'evento sarà on-line su piattaforma Teams.






L'evento fa parte del percorso regionale di ricerca-intervento "I Consultori Familiari: quali traiettorie future?", coordinato dal Servizio Assistenza territoriale e dall'Agenzia Sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna.

DIALOGANO

Roberta Consorte, Marcella Falcieri, Elena Marinaro, Maria Nobile De Santis - Ausl Bologna
Cristina Dugoni, Giliola Ferrari, Kindi Taila, Stefania Travagli - Ausl Modena
Daniela Bertani, Barbara Dallatomasina, Marilena Pedroni - Ausl Reggio Emilia

ISCRIZIONE E PARTECIPAZIONE

Il webinar sarà on-line su piattaforma Teams. Per partecipare cliccare su:

[Partecipa con Teams](#)

TIMONE

Ore 11.10: le facilitatrici:

- danno il benvenuto e ringraziano insieme (incluso Reggio Emilia)
- chiedono se va bene a tutt@ registrare
- chiedono una breve presentazione di ciascuno (nome cognome e ruolo) e chiamare altra persona per farla presentare a sua volta
- spiegano in 5 minuti perché siamo qui oggi e cosa vogliamo condividere, in particolare:
- tema dell'accesso inevitabilmente connesso al tema più ampio dell'accoglienza.
- chiedono a Reggio di spiegare in pochi minuti cosa si aspettano da questo incontro e se hanno alcune domande che vi stanno particolarmente a cuore
- presentano la strutturazione dell'incontro a grandi linee: 3 giri; prima Modena e Bologna come territori "invitati", poi Reggio Emilia. L'idea è quella di stimolare un dialogo che possa raccontare le pratiche dei diversi territori mettendole in un confronto riflessivo con gli altri territori e le persone presenti oggi.
- In particolare chiediamo a Reggio Emilia nei primi due giri di stare in ascolto e annotare le parole che ritenete parole chiave e appuntarsi ulteriori domande che vi vengono in mente. Così nell'ultimo giro porterete questi appunti come riflessione

PRIMO GIRO: MODENA

Ore 11.30

(Il primo giro durerà circa mezzora e sarà diviso in diversi momenti)

Iniziamo dando a Modena 15 minuti di tempo per rispondere ad alcune domande stimolo.

Per farlo vi chiediamo di utilizzare questi 15 minuti con dei turni di parola di 3 minuti: ognuno di voi si prende 3 minuti, dopodiché la parola passa alla collega

Specifico che:

- se c'è silenzio restiamo nel silenzio fino alla fine dei 3 minuti, perché anche quello può essere un momento importante
- dopo il turno di parola ci si interrompe, dove si è arrivati si è arrivati, quindi non è obbligatorio o necessario che tutte rispondiate a tutte le domande, ma stimoliamo la ricchezza dei diversi punti di vista.

Specifico che le medesime domande saranno poi poste al prossimo giro al territorio di Bologna dopo una fase intermedia di riflessività dialogica.

Le domande:

In questo processo verso buone prassi di accesso e accoglienza come descriveresti i punti cardine di ciascuna delle dimensioni (accesso e accoglienza) e le loro eventuali correlazioni?

Che cosa ti rallegra in particolar modo? (Cosa ti ha sorpreso?)

Cosa hai fatto proprio tu?

Chi e che cosa ti ha aiutato? (e chi vorresti ringraziare in particolare?)

Che cosa ti preoccupa ora?

Ore 11.45

10 minuti

Riflessione aperta di BOLOGNA + staff regionale

Consegna: Vi chiedo di dirci "che pensieri, emozioni, immagini vi sono venuti in mente mentre ascoltate il gruppo di Modena?"

Per rispondere vi chiedo di pensare tra di voi ad alta voce a turno, dandovi 1 o 2 minuti.

Specifico che questa evocazione ha come finalità quella di consentire alle colleghe di Modena di essere stimolate dalla vostra riflessione (che viene dall'ascolto della riflessione delle modenesi sulle dimensioni di accesso e accoglienza) Il gruppo di Modena potrà quindi rivedere le proprie prassi per aggiungere poi in risposta alcune questioni che potrebbero emergono proprio grazie alle vostre riflessioni (di Bologna e dello staff)

Sottolineo che è utile per BOLOGNA rimandare la descrizione della propria prassi rimanendo ora sulla prassi descritta da Modena e quindi attenti alla loro presentazione anche con interrogativi "mi domando se...?" e solo al secondo giro quando si invertono le parti risponderanno alle stesse domande

rispetto alla propria buona prassi.

Ore 11.55

Modena risponde (max 1 min testa oppure 2x2) dopo la riflessione:

- cosa vi ha colpito delle riflessioni che avete sentito?

[la riflessività ha la funzione di aiutare a stare in ascolto e a pensare; far risuonare le loro esperienze ponendosi degli interrogativi]

2 min Reggio Emilia dice solo le parole chiave che ritengono cruciali – che hanno segnato mentre ascoltavano

Ore 12.00

BOLOGNA:

15 min con turni di parola di 3 minuti: (VEDI SOPRA)

Domande:

In questo processo verso buone prassi di accesso e accoglienza come descriveresti i punti cardine di ciascuna delle dimensioni (accesso e accoglienza) e le loro eventuali correlazioni?

Che cosa ti rallegra in particolar modo?

(Cosa ti ha sorpreso?)

Cosa hai fatto proprio tu?

Chi e che cosa ti ha aiutato? (e chi vorresti ringraziare in particolare?)

Che cosa ti preoccupa ora?

10 minuti

riflessione di Modena + staff regionale con la domanda stimolo:

Consegna: Vi chiedo di dirci **"che pensieri, emozioni, immagini vi sono venuti in mente mentre ascoltavate il gruppo di Bologna?"**

Per rispondere vi chiedo di pensare tra di voi ad alta voce a turno, dandovi 1 o 2 minuti.

Bologna risponde dopo la riflessione: **cosa vi ha colpito delle riflessioni che avete sentito?**

[la riflessività ha la funzione di aiutare a stare in ascolto e a pensare; far risuonare le loro esperienze ponendosi degli interrogativi]

2 min Reggio Emilia dice solo le parole chiave che ritengono cruciali – che hanno segnato mentre ascoltavano

Ore 12.30

REGGIO EMILIA

15 min con turni di parola di 2/3 minuti:

Dopo aver ascoltato tutto, cosa risuona in voi e che opportunità vedete per il vostro territorio? Cosa è stato importante per voi? Che ricchezza avete sentito? Che sensazioni, desideri e quali passi strategici? Il passo successivo? Avete domande particolari per Modena e Bologna?

Concordare eventualmente come condividere la restituzione (eventualmente tematizzata dai facilitatori) e un successivo incontro...

10 min

Tutti insieme "Qualcosa di importante da aggiungere che non è ancora stato detto?"

5 min cosa porto via – parola di chiusura

Ore 13.00 chiusura!

La parola alle protagoniste

GR: cosa vi aspettate da questo incontro?

MP: *non abbiamo lo spazio per le visite ginecologiche perché siamo assorbite da gravidanze e contraccezione e giovani. Chiamando con le donne per la sospensione delle visite, le ostetriche si sono rese conto **che la necessità non sempre era la visita ma la richiesta di informazioni e che si poteva risolvere in una chiacchierata.** Forse la richiesta di visita non è sempre appropriata. Le visite vengono fatte a CUP. **Come possiamo favorire l'appropriatezza delle visite attraverso un triage?** Le donne possono accedere alle visite senza la richiesta del medico, ce*

n'è una piccola parte; non è però prevista l'ecografia. Vorremmo capire se nelle altre aziende si sono trovate delle soluzioni. L'idea è quella di mantenere il consultorio come servizio a tutto tondo per la salute della donna.

GR spiega approccio dialogico. Tempi definiti: 15 minuti per Modena. 3 minuti per ciascuna persona. Le domande: **In questo processo verso buone prassi di accesso e accoglienza come descriveresti i punti cardine di ciascuna delle dimensioni (accesso e accoglienza) e le loro eventuali correlazioni? Che cosa ti rallegra in particolar modo? (Cosa ti ha sorpreso?) Cosa hai fatto proprio tu? Chi e che cosa ti ha aiutato? (e chi vorresti ringraziare in particolare?) Che cosa ti preoccupa ora?**

KT: *intanto ringrazio Reggio, abbiamo le stesse problematiche. Anche noi abbiamo ridotto le visite ginecologiche, perché non ne avevamo le forze. Abbiamo **potenziato l'accesso via telefono**. Punto di forza: non abbiamo chiuso. Che cosa mi rallegra: essere presente e disponibile per colleghi e utenti, ha ridotto la tristezza personale. Mi ha sorpreso la **grande fiducia delle donne** nei nostri servizi, eravamo presenti e rispondevamo, ci chiedevano anche info sul covid. **Non c'eravamo per tutte le donne, ma c'eravamo**. Abbiamo **riprogrammato spesso i piani di lavoro** per adeguarci alle normative e alle esigenze, è stato faticoso e fondamentale. Mi ha aiutato la disponibilità dei colleghi: nessuno di noi si è tirato indietro. Mi preoccupa che siamo tutti stanchi. **Vorrei che alcuni stimoli positivi che ha portato il covid rimanessero**, altri no. **Serve il filtro, l'accoglienza: in questa fase si risolve forse ¼ delle richieste.***

DS: *K. ha detto tante cose. Fondamentale l'accoglienza come diceva Reggio. **L'ostetrica risolve tante cose**. Il periodo del lockdown ci ha permesso di **ripensare e riorganizzare e riaprire un'attività ginecologica pensata su percorsi invece che sulla visita standard**. Le liste cup non le abbiamo più: **le donne chiamano i consultori e parlano con le ostetriche al telefono**. Mi sono impegnata molto con tutta l'équipe in questo lavoro che è pesante ma penso che ci premierà nel tempo: l'accoglienza di un bisogno a cui dare la risposta. L'équipe è stata sempre unita, ma non so se ce la faremo (la mia preoccupazione). Le segreterie telefoniche sono bombate e stiamo cercando di dare una risposta. Ma sono convinta che la strada vincente sia questa.*

GF: *credo e confermo che **il punto cardine dei consultori sia l'accoglienza attraverso noi ostetriche**. Possiamo ragionare su dove dobbiamo portare i consultori ma capire il bisogno dei consultori è l'inizio del percorso. **L'ostetrica è la figura fondamentale per l'accoglienza**. Abbiamo **istituito una segreteria telefonica, abbiamo un sistema di risposta da vari punti anche da chi è in smart working**. Non senza problemi e lamentele. Rispetto alle visite ginecologiche abbiamo avuto un blocco e abbiamo ripreso attraverso queste modalità. All'inizio un po' faticosamente accettati. Per anni abbiamo detto "signora faccia il controllo fra un anno" dopodiché abbiamo dovuto incanalare la persona in un percorso definito. Conta il parlare e capire la persona e la sua esigenza. A volte basta un dialogo.*

CD: *le colleghe hanno già sviscerato l'argomento e sarei ripetitiva. Però essere ripetitivi significa evidenziare il fulcro: aumentare la possibilità che le donne hanno di parlare con noi attraverso il telefono è una buonissima possibilità. Abbiamo incrementato gli operatori disponibili al telefono perché il filtro è importante. Per le donne è difficile comunicare con le persone: mi sono trovata anch'io a rispondere a domande su una figlia disabile che erano di pertinenza del medico di medicina generale. Lei non era riuscita a parlare con nessuno, solo whatsapp e mi sono sentita di continuare a rispondere. Abbiamo avuto durante il lockdown un po' di ansia per venire a lavorare, ma ha avuto effetti positivi anche a casa mia. **Occorre lavorare sui medici di medicina generale perché le ricette a volte non spiegano l'esigenza della visita ginecologica da parte della paziente**. Non disperdere questi numeri di telefono ma mantenerli perché sono utili.*

MM: *il covid ci ha impegnato per essere flessibili, ampliare le accoglienze telefoniche, il triage e dare risposte anche al di fuori della professione ostetrica che è nostra specifica. **Abbiamo offerto un punto di riferimento**. L'accoglienza talvolta si trasforma in un cup e ci siamo interrogate su **come far sì che il nostro lavoro sia di accoglienza: occorrono tempi utili** per svolgere i colloqui e devono essere trovati nelle agende e altre azioni. Occorre **coordinarci con i medici di medicina generale** per avere un percorso complessivo. Io ho lavorato con le coordinatrici, non faccio assistenza diretta e abbiamo messo in piedi una **modalità web per essere vicine** con lo sguardo e*

non solo al telefono, con psicologi, ginecologi. Ma è partita dai coordinatori. È una delle cose da mantenere dopo l'emergenza.

GR: invitiamo Bologna e Regione a rispondere: 1-2 minuti per intervento. Reggio rimane in ascolto poi darà riscontro. Domande: **"che pensieri, emozioni, immagini vi sono venuti in mente mentre ascoltavate il gruppo di Modena?"**

MF: un po' di invidia per Modena, un consultorio guida. Mi è venuta in mente **l'immagine della nostra gita a Carpi** con Stefania per capire come faceva Modena e ripensare l'accoglienza.

MN: Modena è 3 passi avanti rispetto a noi. La cosa che mi è rimasta in mente che hanno osservato anche a Reggio è che il covid ha sottolineato che sia importante ascoltare i bisogni. Noi **chiamavamo le pazienti per rinviare gli appuntamenti ma sono rimaste colpite e contente perché abbiamo chiesto il motivo della visita, sembra banale ma non lo facevamo**. Ha dato modo a ginecologhe e ostetriche di **reindirizzarle o trovare soluzioni**. Questo si può fare non passando dal CUP.

EM: quando Modena ha detto che è l'ostetrica che accoglie le donne mi è piaciuto. Noi a Bologna lo abbiamo sul percorso nascita e non sulla ginecologia. Con le donne contattate durante il covid **chiamandole abbiamo valorizzato la loro necessità**, anche andando in altri percorsi o arrivando alla visita con un esame in più che mancava.

SG: parole chiave che ho colto sono appropriatezza e bisogni. In tema di appropriatezza, le donne a volte fanno la visita ogni anno, anche se non c'è evidenza di utilità nella prevenzione. I bisogni delle donne sono cambiati e occorre una riflessione. C'è un problema di risorse. Se penso cosa faceva l'ostetrica una volta e cosa fa adesso. Mi chiedo se abbiamo le competenze per rispondere a tutti questi bisogni.

BB: mi allargo al tema dell'accoglienza. Il tema sono le visite, ma c'è un disagio psicologico da non dimenticare.

GR: chiedo a Modena se avete qualcosa che vi ha colpito delle riflessioni che avete sentito.

MM: anche lo psicologo fa parte dell'équipe e lo è stato durante il covid. Il problema delle risorse lo condivido. Ci stiamo lavorando. Le risorse ostetriche sono poche. L'accoglienza e l'ascolto non sono valutati.

GF: il nostro lavoro è orientato alle persone che hai davanti. È come crescere un figliolo, dobbiamo cambiare perché qualcosa dissona tra il dialogo della persona e noi.

KT: concordo sull'ascolto dei bisogni, che anche i medici devono ascoltare. Anch'io vorrei fare la gita al consultorio di Bologna: gite bilaterali per imparare.

DS: visitare i luoghi è importante.

CD: quanto è cambiata la nostra professionalità in questi anni. se penso alle mie prime attività di consultorio non ha nulla a che spartire con quello che faccio ora. Siamo cresciuti tanto. Magari non cogliamo tutti i bisogni ma di cose ne abbiamo messi insieme.

Domanda: sono sempre i servizi che devono adeguarsi alle persone?

CD: ci vuole una via di mezzo.

ST: come gruppo Modenese chiudo il giro. Dobbiamo cambiare dal versante professionisti e utenza e io penso che se cominciamo noi non sia disdicevole. Il periodo di covid ha dato un momento di grosse riflessioni e lo spunto per nuove attività. I professionisti si lamentavano delle visite cup. La riapertura con percorsi nuovi ben identificati per dare risposte sta motivando gli operatori.

GR: secondo giro. Domande stimolo già fatte a Modena: **In questo processo verso buone prassi di accesso e accoglienza come descriveresti i punti cardine di ciascuna delle dimensioni (accesso e accoglienza) e le loro eventuali correlazioni? Che cosa ti rallegra in particolar modo?**

(Cosa ti ha sorpreso?) Cosa hai fatto proprio tu? Chi e che cosa ti ha aiutato? (e chi vorresti ringraziare in particolare?) Che cosa ti preoccupa ora? 3 minuti a testa.

MF: come consultorio di Bologna abbiamo messo a punto quando sono diventata direttrice

questo **progetto sull'appropriatezza dell'accesso via CUP**. Se penso a un cardine penso alla necessità di un cambiamento culturale: 20 anni di accesso CUP e di aziendalizzazione selvaggia hanno cambiato gli operatori dell'accoglienza. Il CUP non è ritenuto appropriato ma comodo dire: signora lei non è in gravidanza deve andare al CUP. L'allegria: più che altro conforto e soddisfazione mi ha dato il fatto che la Regione si è mostrata interessata a questo percorso. Sono contenta di aver creato un gruppo di lavoro dove partecipa anche un medico di medicina generale e due utenti in fase iniziale del progetto. Avevamo capito che c'era questa esigenza, come si fa all'estero. **Quello che mi preoccupa è la parte informatica.**

SG: la preoccupazione è la stessa di Marcella: la componente informatica che inevitabilmente ci deve supportare e invece attualmente la prospettiva non è rosea. Mi ha sorpreso il direttore sanitario, che quando abbiamo parlato con lui di questo tema, di solito mi sento osservata come una marziana, invece ha detto che non siamo specialistica e le ragioni per cui sono stati istituiti i consultori. Mi ha sorpreso che un dirigente abbia capito cosa fanno i consultori famigliari. Io c'ero quando siamo passati alla prenotazione CUP: eravamo trattati come una specialistica, quindi dedicare questo tempo a ricevere telefonate e appuntamenti era pensato tempo perso. **L'accesso deve essere facilitato e facile e l'accoglienza si spiega da sola come capacità di farsi carico dei problemi della donna.** Quando si va in consultorio ci deve essere la sensazione che qualcuno si fa carico della situazione.

MN: confermo quel che hanno detto le colleghe. Noi stiamo ancora progettando questa rivoluzione e l'accettazione delle pazienti passerà da un'accoglienza telefonica o di persona invece che dal CUP. Alcune ostetriche si vedono sviliti nel loro lavoro dal fare le prenotazioni come il CUP. Occorre formazione sulla cultura dell'accoglienza e dell'ascolto. La mia paura è quella del sistema informatico: occupiamo il nostro tempo con sistemi che cambiano rapidamente e l'idea di avere un ulteriore programma per le prenotazioni mi spaventa. Altra cosa fondamentale: **il colloquio con i medici di base che avviene pochissimo.** Qui alla casa della salute solo a volte il medico che è nello stesso piano viene a chiederci. Bisognerebbe includere una modalità di comunicazione fluida col medico che ha un dubbio che magari può fargli risolvere il problema. Vorrei ringraziare Marcella che ci sta guidando verso questo cambiamento. Abbiamo fatto riunioni per presentare i dati sulle attività dei consultori: i vari ambulatori mostrano che i percorsi dedicati non sono così difficili da attivare (fertilità riabilitazione perineale...). Bisogna diffonderli.

EM: finisco gli interventi di Bologna. Parto dalla parte positiva di questa cosa: quando G e F ci hanno raccontato di voler tornare all'origine del consultorio, più che contentezza ho provato soddisfazione come se le ostetriche si riappropriassero del consultorio. La preoccupazione è la parte informatica, non abbiamo flessibilità. Non possiamo incanalare tutte le donne nello stesso percorso, occorre per ognuna il percorso più adatto. Dalla parte ginecologica che abbiamo ricontattato per dare l'appuntamento: quando si parlava con le donne, si dimenticavano dell'appuntamento ma aver parlato e rassicurate aveva in parte risolto il motivo. Il filtro da un professionista sanitario ha un feedback positivo.

GR: pensieri, emozioni, immagini da Modena.

DS: la frase di Marcella del gruppo di lavoro con le utenti. Mi è piaciuta e stiamo cercando di farlo sulla sperimentazione a Modena con gli spazi giovani adulti. Mi è rimasto impresso e mi piacerebbe farlo.

KT: anche a me ha colpito questa collaborazione attiva con utenti e con medicina generale. Apertura. Il rapporto bello con la direzione positivo, mi colpisce. E la parola riappropriarsi.

GF: **i consultori sono nati con la partecipazione delle donne. Stiamo tornando a questo e questi ci vuole.** Il discorso dell'informatica è davvero impegnativo: sei più concentrato sull'informatica che sulla persona all'inizio.

CD: coraggio per la parte informatica, ci si riesce! Non mi sento utile a dare gli appuntamenti come il CUP, quando spostavamo gli appuntamenti del paptest ci sentivamo così, ma la parte della ginecologia è diversa. Qualcuna vorrà un mero appuntamento, ma molte faranno domande e noi stessi lo stimoleremo. Occorre tempistica più lunga per capire la problematica e trovare il punto di incontro.

MM: *difficile lavorare con gli informatici. Gli adeguamenti sono costosi e non si sa come pagarli. Adeguare la cartella clinica, la raccolta dei dati... è dura! E tante cose prescindono, come avere le webcam o i pc. Parlare con le direzioni che capiscano e con i referenti del comparto è difficile. Abbiamo scritto tanti progetti anche per far capire il ruolo dell'ostetrica e il suo lavoro. Non è scontato. Le dirigenze sono tutte infermieristiche e la peculiarità dell'ostetrica è difficile da far emergere. Mandare avanti i progetti è difficile perché a volte le persone non hanno la più pallida idea del ruolo*

GR: *chiedo a Bologna in 1 minuto a testa cosa vi ha colpito*

MF: *sono contenta che l'idea del nostro coinvolgimento degli utenti sia piaciuta, però le donne oggi sono cambiate rispetto all'origine dei consultori.*

DS: *è già il secondo anno che faccio lezione alle ostetriche. Faccio vedere una slide su come spiego il ruolo dell'ostetrica in consultorio.*

SG: *le donne non sono quelle di una volta, è vero. Le donne per cui sono nati i consultori non sono quelle di adesso. Il mio pallino è capire i bisogni di queste donne.*

MM: *racconto un aneddoto due-tre anni fa era il periodo estivo e avevamo carenza di personale, con personale del CUP. Alla fine dei 2 mesi le cuppiste hanno commentato: mai più, non ne vogliamo sapere di queste donne, questo non è lavorare.*

GR: terzo giro: Reggio Emilia. 3 minuti ciascuno. Domande: **Dopo aver ascoltato tutto, cosa risuona in voi e che opportunità vedete per il vostro territorio? Cosa è stato importante per voi? Che ricchezza avete sentito? Che sensazioni, desideri e quali passi strategici? Il passo successivo?**

MP: *ringrazio tantissimo. Quello che ho sentito è la sorellanza tra operatrici. Mi sono sentita consolata da quello che avete detto. Ringrazio tantissimo. Mi è piaciuto il suggerimento di **collaborare con la medicina generale, aprire in qualche modo l'ascolto sulle esigenze delle donne oggi**, sono molto varie per età e esigenze. Mi è arrivata la bellezza di **aprire l'ascolto a tanti livelli**. Dobbiamo capire quali sono nelle aziende le energie e il personale che serve. Cosa richiedono questi cambiamenti: più ostetriche? Bisogna capire. Il bisogno che l'ascolto e la condivisione avvenga con l'esterno e con l'interno. Dobbiamo elaborare questo bisogno. Sono contentissima di questo scambio.*

FP: *grazie per il metodo/approccio mi è piaciuto molto. Ci sono tanti input e non so se riesco a cogliere tutto. Siamo tutti nella stessa barca, non siamo marziani. Il fatto che ci siano già pezzetti fatti da altri mi è piaciuto tantissimo. Molte di noi ostetriche si sentano sviliate dal prendere gli appuntamenti, ho colto da Guidomei la domanda se fare tutte pronte e l'esigenza di formazione, come abbiamo fatto con la gravidanza fisiologica. Condivisione con i medici di MG al di là del confronto occorre aiutare a questa parte a fare da filtro e capire come indirizzarle alle risposte, non come scaricabarile al consultorio. **La soluzione telefonica a barre** mi ha incuriosito tantissimo: l'utenza si stanca di trovare sempre occupato, è una soluzione interessante. Dal punto di vista pratico ho perso un pezzettino di Falcieri, che diceva che ha creato un gruppo di lavoro sull'accoglienza. Mi interessa lo recupererò dalla registrazione.*

BD: *vengo da assistenza ospedaliera e subito è arrivata la pandemia. Avevo partecipato al laboratorio sulle traiettorie future. Ritrovo nelle vostre riflessioni il metodo e l'organizzazione l'aziendalizzazione selvaggia e la cupizzazione, e trovo sia corretto tornare all'origine. Ma ho un pensiero alla sostenibilità. Per me concretamente come coordinamento salute donna valuteremo soluzioni organizzative senza stravolgere troppo. È necessaria formazione per le ostetriche perché si è dato spazio alle gravidanze e non al resto. Andare a visitare i luoghi lo condivido perché accresce. Il covid ha cambiato tante cose: penso alle nostre telefonate in puerperio sono state tanto apprezzate non solo dalla popolazione ma anche da noi, le manterremo. **Facciamo il primo passo senza aspettare che vengano a cercarci.***

SB: *sono entusiasta da questa modalità di scambioteca e dalle gite fuori porta. Nel nostro gruppo l'esigenza è nata perché dall'analisi di un bisogno se ne aprono altri. Ho delle domande da fare a chi ha messo in campo cambiamenti organizzativi. C'è il problema delle risorse. Che dati ci sono e riscontri del lavoro fatto? In termini pratici: quali tipi di bisogni e numero di visite e dove*

le donne sono state inviate? Cosa potremo aspettarci da una revisione di questo modello?

GR: riporto le domande a Modena e Bologna: come organizzare le risorse ostetriche, quali bisogni, dove sono inviate le donne, cosa possiamo aspettarci dal riportare dal CUP l'accoglienza

MF: non abbiamo da dire perché non abbiamo cominciato. Il CUP non può scomparire, come credo sia a Modena. Una piccola quota penso debba rimanere.

SG: sulla riorganizzazione delle ostetriche ho delle idee. Una quota di tempo lavoro dell'ostetrica dovrà essere dedicata all'accoglienza che dovrà avere riconoscimento in termini di rendicontazione. Vorremmo un **numero verde accessibile da tutte le sedi aziendali**. Per evitare che le linee siano occupate si può rispondere da sedi diverse: una per distretto o non so. Le ore di questa attività devono essere calcolate in base alle telefonate che già si ricevono. Poi ci sarà una **quota di accoglienza in presenza**, non possiamo dire che l'accoglienza sia solo telefonica. Questa è grossomodo come riorganizzerei. Poi ogni realtà ha le sue peculiarità.

GF: è la funzione della barra telefonica: l'ostetrica che è disponibile risponde dalla sua sede.

Noi abbiamo già fatto un po' nostro quello che è stato detto, con l'accoglienza telefonica attraverso le barre. Sicuramente abbiamo **ripartito l'accoglienza in parte in presenza e in parte via telefono**. Da tutte le sedi: abbiamo 7 distretti e 32 sedi da cui le ostetriche si possono collegare per rispondere

MM: l'accoglienza telefonica con le barre consente di monitorare le chiamate i tempi d'attesa e gli indici di performance, dà la possibilità alle altre ostetriche di intervenire per aiutare la collega. **L'accoglienza diretta ci deve essere**. I consultori sono 7 e ognuno si auto organizza con alternanza su tutte le attività per le ostetriche, non solo messe sull'accoglienza telefonica. Ci ha aiutato nel periodo covid a ricevere le istanze delle donne.

Dibattito perenne con informatici ma c'è qualche spiraglio. Ci siamo prefisse percorsi su cui hanno preso l'impegno per avere qualche nuovo codice in alcuni ambulatori per accoglienza ostetrica. Un'apertura venuta dall'ingegneria clinica siamo stati coinvolti per avere una codifica per videochiamate e consulenze telefoniche. L'avevano già sperimentata con efficacia in altre specialistiche. Quindi concorso il fatto di riconoscere una caratura a questo lavoro.

KT: **per le visite serve un medico a disposizione**: se l'ostetrica fa un triage, ci sono state donne che loro stesse hanno valutato di non avere bisogno della visita. Altre si sono sentite rassicurate e hanno rinviato. Altre si sono fatte. Occorre tenere un medico per le visite ginecologiche per le urgenze.

LB: esprimo la mia felicità perché anche le grandi aziende hanno gli stessi problemi di una piccola azienda come la nostra. Il covid ci ha appiattite. Le nostre sorelle maggiori Modena e Bologna hanno messo in pratica le stesse modalità perché era l'unico modo per lavorare. Nelle case della salute abbiamo fatto il check point e facevamo davanti alla porta. Abbiamo subito attivato il numero verde aziendale, fatto le videochiamate, i corsi in videoconferenza. L'azienda ci diceva si subito, ci dava i programmi. Prima chiedevamo risorse ma non serviva. Invece col covid la nostra esperienza è stata questa. Problemi sono gli stessi vostri, problemi di risorse. Mettiamo le mamme (personale) in attesa alla Salute donna a fare la porta d'accesso. Le risorse sono sempre queste.

MP: chiedo se nelle altre aziende i medici del consultorio arrivano a rotazione dall'ospedale o se sono fissi.

Modena conferma.

MP: i medici stanno in ambulatorio senza ostetrica?

Modena e Bologna confermano.

Parole:

Speranzosa, scambio, condivisione, senso di appartenenza, voglia di andare avanti, ci si sente in un cerchio, innovazione, prospettiva positiva, entusiasmo, voglia di fare, riconoscimento, ascolto, grazie, corsi e ricorsi storici nel cambiamento.

7. Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per la rete dei servizi. Una giornata di confronto e riflessioni verso il futuro

I materiali della giornata e le registrazioni video degli interventi sono disponibili al seguente link: https://www.youtube.com/playlist?list=PLN7fW2bUFTCRA3-8Lo-Uzr_Dog-VkUuf9

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per la rete dei servizi

Una giornata di confronto e riflessioni verso il futuro

Programma



Giovedì 19 ottobre 2023

ore 9.30 - 17.00

Sala XX maggio 2012, Viale della Fiera 8, Bologna

Regione Emilia-Romagna

Presentazione

La giornata si propone come un momento di confronto fra i/le partecipanti e di riflessione sul futuro. La prima parte ha l'obiettivo di presentare gli esiti del percorso di ricerca-formazione e sperimentazione "I Consultori familiari: quali traiettorie future", che ha coinvolto negli ultimi anni numerosi territori e professionisti/e dei Consultori familiari e della rete dei servizi regionali.

Nella seconda parte della giornata verranno attivati dei laboratori dialogici durante i quali i/le partecipanti saranno chiamati/e a riflettere collettivamente su alcune questioni cruciali e sfidanti per la rete dei servizi.

La giornata è aperta a tutte le persone interessate ed è rivolta principalmente a professionisti/e dei Consultori Familiari, dei Centri per le Famiglie, dei Punti Nascita, dei Servizi sociali territoriali, della Pediatria di base e territoriale, della Medicina generale e a tutti i soggetti del terzo settore in rete con questi servizi.

Le tavole rotonde e i laboratori dialogici vedranno la partecipazione di numerosi professionisti e professioniste dei territori e saranno moderati dallo staff di progetto della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare:

- **Luigi Palestini, Giulia Rodeschini, Tatiana Saruis**
Area Innovazione sociale, Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali
- **Bruna Borgini, Silvana Borsari, Michela Bragiani, Elena Castelli, Simona Di Mario, Carla Verrotti di Pianella**
Area Presa in carico e promozione della salute donna, bambino e adolescenti, Settore Assistenza territoriale
- **Elena Cantoni, Ilaria Folli**
Area Infanzia e adolescenza, Pari opportunità, Terzo settore, Settore politiche sociali, di inclusione e pari opportunità
- **Giulia Selmi**
Università di Parma

Programma

9.00: Accoglienza

9.30: Apertura dei lavori

Fabio Franchi (Responsabile Settore Assistenza territoriale)
Monica Raciotti (Responsabile Area Infanzia e adolescenza, Pari opportunità, Terzo settore)
Maurizia Rolli (Responsabile Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali)

10.00: Presentazione percorso di ricerca-formazione "I Consultori Familiari: quali traiettorie future" - Silvana Borsari, Giulia Rodeschini e Luigi Palestini

Tavole rotonde sulle sperimentazioni realizzate nei territori

- 10.20: Laboratorio del tramando: essere ginecolog*, infermier*, ostetric*, psicolog* nei Consultori Familiari. Tra passato, presente e futuro
- 11.00: Prospettive future per gli Spazi giovani adulti: professionist* in dialogo
- 11.40: Percorsi di formazione sull'identità di genere e gli orientamenti sessuali per Consultori Familiari più inclusivi
- 12.20: Percorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità: elementi e spunti organizzativi, tematici e di qualità

13.00: Pausa pranzo

14.00: Laboratori dialogici con i/le partecipanti

1. Identità di genere e orientamenti sessuali in adolescenza
2. L'accoglienza del maschile nei Consultori Familiari e nei Centri per le Famiglie
3. Percorsi di accompagnamento alla nascita e reti di supporto alla genitorialità
4. Trattamento farmacologico (RU486) per l'interruzione volontaria di gravidanza nei Consultori familiari
5. S/contingimenti professionali e tra servizi

17.00: Chiusura dei lavori

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Regione Emilia-Romagna

ISCRIZIONE

L'iscrizione, gratuita ma obbligatoria, è aperta a tutte le persone interessate e a tutte le professioni fino al massimo di posti disponibili in sala ed è effettuabile, non oltre il 16 ottobre, sul PORTALE WHR TIME-GRU (codice seminario 6450.1.)

Dipendenti SSR: Iscrizione on-line dall'indirizzo: <https://portale-gru.progetto-sole.it/exec/>
Altri: Iscrizione on-line dall'indirizzo: <https://portale-ext-gru.progetto-sole.it/>

ACCREDITAMENTO

L'evento è accreditato ECM e OASER.

Segreteria Organizzativa:

Giulia Rodeschini - email: giulia.rodeschini@regione.emilia-romagna.it
Ilaria Folli - email: ilaria.folli@regione.emilia-romagna.it
Elena Castelli - email: elena.castelli@regione.emilia-romagna.it



Sezione 3

Epilogo a più voci: contributi e riflessioni (2019-2025)

Quest'ultima sezione raccoglie alcuni dei contributi che nei diversi anni hanno accompagnato il percorso di ricerca-(form)azione e le sperimentazioni presentati nelle prime due sezioni del volume.

Il primo contributo offre una riflessione sulle famiglie di oggi tra "diversità e discontinuità" riportando i contenuti dell'intervento di Laura Fruggeri – Psicologa e psicoterapeuta, è stata Professore ordinario di Psicologia delle Relazioni Familiari presso l'Università di Parma, ora in pensione. È attualmente Direttrice della Scuola di Psicoterapia Sistemico-costruzionista-dialogica del Centro Bolognese di Terapia della Famiglia – al Convegno tenutosi il 28 febbraio e 1 marzo del 2019 (si veda sezione 1 del volume).

Anche il secondo contributo prende spunto da un intervento – di Emerson Elias Merhy, medico e professore all'Università Federale di Rio de Janeiro – del medesimo Convegno. In questo testo Merhy propone una riflessione metodologica condivisa con Nathália Rosa – giornalista e dottoressa di ricerca all'Università Autonoma di Barcellona – e Clarissa Terenzi Seixas – infermiera e professoressa all'Università Statale di Rio de Janeiro – sul ruolo della ricerca e dei/elle ricercatori/trici nel campo della salute.

Il terzo contributo – di Simona Di Mario, Tatiana Saruis, Giulia Rodeschini e Luigi Palestini (Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna – riporta gli esiti di uno studio osservazionale quali-quantitativo denominato AllattaCoRER: l'allattamento durante la pandemia CoVID in Emilia-Romagna condotto tra il 2021 e il 2022 in Emilia-Romagna. Lo studio ha indagato le reazioni delle donne – e quelle dell'3 loro partner, famiglie e altre reti e risorse relazionali – rispetto alle restrizioni associate alla pandemia CoVID 19 e come queste abbiano influito sulle scelte di accudimento dei neonati, in particolare rispetto all'allattamento.

Il quarto contributo, di Matheus Madson Lima Avelino – ricercatore in salute della popolazione LGBT+, studente di dottorato in Salute Pubblica presso l'Università Federale del Rio Grande do Norte (UFRN) – e Ricardo Burg Ceccim – ricercatore in processi formativi per gli operatori sanitari, professore presso l'Università Federale del Rio Grande do Norte (UFRN) e presso l'Università Rurale Federale di Semiário (UFERSA) – riporta un'esperienza brasiliana nata a partire dagli stimoli emersi durante il processo di ricerca-(form)azione partecipata presentato in questa pubblicazione. Gli autori, dopo aver conosciuto il modello italiano dei Consultori Familiari e aver contribuito alla riflessione sulla necessità dell'attualizzazione dei meccanismi generatori delle origini, hanno contribuito alla progettazione dell'apertura di un Consultorio Familiare in Brasile sull'esempio dell'esperienza italiana.

Si ringraziano Elisa Adami e Alessia Benizzi (Regione Emilia-Romagna), Martina Consoloni (Università di Bologna), Stefano Simoni (Rede Unida) per la traduzione e l'editing dei testi.

Articolazione della Sezione

1. Famiglie d'oggi. Dalla famiglia normativa alle diverse normalità

di Laura Fruggeri

1.1 Le famiglie tra diversità e discontinuità

1.2 I compiti inconsueti delle famiglie contemporanee

1.3 La cultura della differenza come guida metodologica per l'intervento con le famiglie contemporanee

1.4 Breve riflessione conclusiva

2. L'altro/a nel suo modo di esistere come ricercatore/trice-intercettore/a: costruzione di concetti-strumenti per ricerche in salute in cui tutti/e sono ricercatori/trici nel campo di studio

di Emerson Elias Merhy, Nathália Rosa, Clarissa Terenzi Seixas

Introduzione

1) La ricerca cartografica come interferenza e l'incontro come scommessa metodologica

2) Utenti-cittadini/e come guida: la vita dell'altro al centro della produzione di cura

3) Lavoratori, ricercatori formali e utenti-cittadini come simmetrici e fonti intrecciate: narrazioni di sé e degli altri

4) Educazione permanente: la ricerca come interferenza nei processi organizzativi dei servizi

Bibliografia

3. La ricerca-azione AllattaCoRER: per una progettazione condivisa dell'assistenza dopo la nascita durante la pandemia

di Simona Di Mario, Tatiana Saruis, Luigi Palestini, Giulia Rodeschini

4. Consultorio familiare in Brasile: dall'apprendistato con l'Italia all'invenzione della "differenza brasiliana"

di Matheus Madson Lima Avelino e Ricardo Burg Ceccim

Introduzione

Consultorio Familiare e formazione professionale

Consultorio Familiare e le diversità cis e trans

Consolidare un Consultorio Familiare

L'accoglienza interprofessionale

Per una transizione dell'assistenza

Considerazioni finali

Bibliografia

1. Famiglie d'oggi. Dalla famiglia normativa alle diverse normalità³⁵

di Laura Fruggeri

1.1 Le famiglie tra diversità e discontinuità

I mutamenti socio-culturali, demografici, legislativi e tecnologici iniziati negli anni Settanta, e tuttora in corso, si sono riverberati sulle famiglie modificandone drasticamente la *struttura*, i modi della loro *formazione* e le *circostanze* di vita in cui si sviluppano, con sostanziali e irreversibili ripercussioni sui modi di vivere i rapporti affettivi e i legami di cura nella quotidianità.

La legge sul divorzio ha cambiato la *struttura delle famiglie*: le famiglie nucleari tradizionali a struttura mono-nucleare hanno gemmato famiglie bi-nucleari, alcune delle quali, a loro volta, si sono trasformate in famiglie pluri-nucleari e pluri-genitoriali. Si tratta delle famiglie post-separazione e delle famiglie ricomposte in cui la coppia coniugale si forma avendo già la responsabilità genitoriale di figli nati da precedenti unioni. Così, a fianco della tradizionale famiglia nucleare (nella quale le stesse persone negoziano tra loro sia il modo di essere genitori sia quello di essere partner; i confini simbolici della rete dei rapporti affettivi coincidono con i confini fisico-spaziali del gruppo coabitante; e i procreatori sono le stesse persone che provvedono alla crescita e all'allevamento della prole), emergono nuove forme familiari caratterizzate invece da discontinuità strutturali. Nelle famiglie post separazione e in quelle ricomposte, infatti, la coppia genitoriale biologica non è coppia coniugale o è diversa da quella coniugale, i confini affettivi e quelli spaziali non coincidono poiché la famiglia, come rete di legami affettivi e di cura, si articola attraverso diversi nuclei abitativi, inoltre a fianco e a sostegno di una genitorialità biologica può costituirsi una genitorialità socio-affettiva (Fruggeri, 2005).

Queste caratteristiche strutturali comportano per le famiglie dei compiti specifici:

- 1) Le famiglie derivate dalla riorganizzazione di quelle nucleari tradizionali si formano in seguito a rotture, separazioni, abbandoni o ricomposizioni; per questo si trovano ad affrontare l'elaborazione di perdite, allontanamenti, fratture e a impegnarsi nella gestione collaborativa dei conflitti.
- 2) Nelle famiglie plurinucleari, articolate per nuclei abitativi diversi, la quotidianità è vissuta oltre lo spazio condiviso. Le strategie attraverso cui ogni membro mantiene ed alimenta, giorno dopo giorno, il proprio rapporto con gli altri è frutto di una coordinazione e di una negoziazione di modi, tempi e spazi, che si fondano sull'intento da parte degli adulti di favorire la possibilità per i figli coinvolti nella plurinuclearità di mantenere e godere del rapporto con tutti, anche attraversando i confini spaziali che delimitano i nuclei. La non coabitazione deve essere compensata da una comunicazione fluida e costante tra tutti coloro che hanno la responsabilità genitoriale.
- 3) I nuclei biologici e abitativi che compongono le famiglie plurinucleari sono tra loro intrecciati, intersecati e interdipendenti. Per questo, ciò che avviene in un nucleo, la qualità delle relazioni tra i membri, i loro progetti futuri, non prescindono mai da ciò che avviene in altri nuclei, dalla qualità delle relazioni che si sviluppano in essi e dalla progettualità che li orienta.
- 4) Nelle famiglie ricomposte i partner degli ex coniugi sono figure genitoriali di complemento che devono trovare uno spazio relazionale-educativo. Non essendoci ancora modelli di riferimento sociali codificati, il ruolo del genitore acquisito è affidato alla negoziazione quotidiana dei membri della famiglia.
- 5) Le famiglie plurinucleari devono saper gestire con flessibilità i confini per favorire la pluri-appartenenza che si accompagna alla loro struttura pluri-nucleare, evitando di mettere i membri in una dolorosa situazione di conflitto di lealtà.

Purtroppo il carattere plurinucleare delle famiglie emergenti dalla ristrutturazione di quelle nucleari è spesso ignorato sia dai membri della famiglia, sia dai professionisti.

La complessità dei compiti che le famiglie plurinucleari devono affrontare (confini intercambiabili, pluri-appartenenze, coordinamento tra diverse figure con responsabilità genitoriali, elaborazione di conflitti, perdite e abbandoni) inducono spesso i membri a cercare scorciatoie, scegliendo di focalizzarsi solo su un nucleo e mettendo sullo sfondo gli altri. Il senso comune non

³⁵ Originariamente pubblicato nel Bollettino di Informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, n. 1, 2018 col titolo *Prospettive metodologiche per l'intervento psicologico con le famiglie d'oggi*.

aiuta queste famiglie, poiché la inossidabile rappresentazione nucleare della famiglia induce le persone ad andare in quella direzione. Molte famiglie impegnate in un processo di ricomposizione derivante dalla formazione di una nuova unione coniugale, invece di adottare strategie di coping inclusive (creare un'alleanza tra adulti individuando ruoli e funzioni educative definite per ognuno di loro), si arenano dentro disastrose scelte divisive che alimentano conflitti e generano ambiguità nei ruoli e nei rapporti: il nuovo partner viene escluso dall'educazione dei figli per non entrare in competizione con il genitore dello stesso sesso (dando così valore soltanto al nucleo biologico) o viceversa si tende ad eliminare dalla vita dei figli il genitore biologico che abita lontano (dando valore soltanto al nucleo abitativo). Ignorare o disconoscere la plurinuclearità implica negare parti costitutive e vitali di una famiglia, significa dividere forzatamente ciò che è psicologicamente connesso, tagliare rapporti sottraendo contesti di appartenenza fondamentali per la costruzione delle identità individuali e collettive.

Ma, la plurinuclearità è ignorata, quando non stigmatizzata, anche dai professionisti e nelle pratiche istituzionali. Indagini condotte in diversi paesi occidentali hanno rilevato infatti come i documenti programmatici e i professionisti stessi dei servizi che accompagnano, sostengono, aiutano e curano le famiglie nei loro percorsi evolutivi, sono in larga parte ancorati a modelli di riferimento e procedure adatte a un unico tipo di famiglia, quello nucleare (Borghi, Chiari, Foà, 2008; Ribbens-McCarthy, Edwards, Gillies, 2016; Ganong, Coleman, 2017). Eppure, le storie costruite esclusivamente attorno alla famiglia nucleare sono insufficienti a descrivere i processi di famiglie in cui la linea trigerazionale si ramifica in più di due direzioni e in cui i personaggi di una triade sono sempre contemporaneamente implicati in almeno un'altra triade affettivamente significativa (Van Cutsem, 1998). In questo senso, la ricerca clinica con le famiglie ricomposte fornisce indicazioni che vanno verso la valorizzazione dei rapporti della/e nuova/e coppia/e, verso il coinvolgimento di tutti i membri della famiglia appartenenti a nuclei diversi allo scopo di lavorare per la costruzione dell'alleanza genitoriale, verso la ricostruzione dei percorsi dell'interdipendenza di tutte le relazioni implicate nella famiglia (Fruggeri, 2018b).

Oltre ai cambiamenti strutturali, altre trasformazioni hanno investito le famiglie negli ultimi anni.

La rivoluzione femminista, i movimenti libertari, lo sviluppo delle biotecnologie hanno introdotto nuovi *modi di formazione e fondazione delle famiglie*. In particolare, il riconoscimento dei diritti di unione e di filiazione delle coppie omosessuali e la possibilità di generare offerta alle coppie sterili dallo sviluppo delle biotecnologie, hanno reso la procreazione basata sulla sessualità della coppia eterosessuale una delle possibilità di fondazione di una famiglia, a fianco di altre favorite dalla tecnica o dall'adozione. *Queste famiglie sono diverse dalle famiglie nucleari tradizionali non per la loro struttura, ma per come si originano*. Sono le famiglie che si sono formate grazie alle tecniche di riproduzione assistita (con coppie etero e omosessuali), le famiglie con madre single per scelta, le famiglie adottive. Si tratta di famiglie che hanno una struttura nucleare e che, dunque, non devono affrontare i compiti attinenti alla plurinuclearità e alla gestione di separazioni o rotture. Esse sono chiamate ad affrontare altre questioni: quelle concernenti la narrazione del come sono diventate "famiglia". Infatti, in esse, la genitorialità è resa possibile grazie al contributo di un "terzo", che può assumere diverse fisionomie a seconda della procedura utilizzata per l'attivazione della genitorialità. Nell'inseminazione omologa, il bambino condivide con entrambi i genitori il patrimonio genetico, ma la sua nascita è stata resa possibile dal ricorso alla tecnologia; nelle altre tecniche (donazione di seme o di ovociti e gestazione per altri), il bambino condivide con un solo genitore il patrimonio genetico e la sua nascita è stata resa possibile dal contributo di una terza persona; il figlio adottivo non condivide con nessuno dei genitori il patrimonio genetico e la sua filiazione è avvenuta grazie ad altri genitori biologici. La condivisione con il bambino/a delle modalità del concepimento, e dunque del suo legame genetico con i genitori, e la collocazione nello scenario delle loro relazioni delle figure che hanno contribuito al concepimento, e che però non condividono col bambino la vita quotidiana, diventano temi salienti in queste famiglie. Il tema delle origini è saliente anche nelle famiglie con madre single. I bambini esprimono la necessità di conoscere la storia e i tratti che definiscono il genitore assente, e i tentativi di omissioni o di annullamento del ricordo che potrebbero avere di lui diventano inadeguati a rispondere agli interrogativi sulle proprie radici che il figlio viene via via ponendosi lungo il percorso della propria crescita.

La narrazione della nascita è centrale per chiunque; tuttavia, mentre la condizione della genitorialità fondata sul rapporto sessuale tra i genitori ha a disposizione un repertorio condiviso

di storie, simboli, immagini, metafore, la genitorialità single, quella tecnicamente assistita e l'adozione non possono contare su un così rassicurante ancoraggio culturale, e i genitori si trovano nella posizione di chi questi repertori narrativi li deve creare. Le indagini hanno dimostrato che questo rende il loro compito solo più difficile, non impossibile a priori. In generale, le ricerche mostrano che il buon adattamento dei figli che crescono in queste famiglie è anche legato al modo in cui gli adulti elaborano innanzitutto per se stessi i percorsi inconsueti attraverso cui sono diventati famiglia e sono così in grado di aiutare i propri figli ad elaborarli a loro volta (Telingator, Patterson 2008; Lingiardi, Carone, 2016). In questo senso, l'esplicitazione delle fantasie sul "terzo", la narrabilità delle origini inconsuete, la legittimazione a interrogarsi e a porre domande circa la non condivisione genetica tra genitori e figli, l'apertura alle informazioni, diventano i puntelli di una comunicazione familiare che costruisce legami e consolida appartenenze. Questi percorsi di "trasparenza" nelle famiglie sono complessi e possono richiedere un supporto professionale che tuttavia non può che partire dalla consapevolezza che si tratta di temi nuovi e dunque dalla necessità di acquisire conoscenze circa specificità dei processi e delle dinamiche implicate.

Le trasformazioni strutturali delle famiglie hanno una ormai stabile presenza e una chiara visibilità sia nella società, sia nella ricerca scientifica. Gli studi sul funzionamento delle famiglie con genitori separati e di quelle ricomposte, e le ricerche che ne hanno valutati gli effetti sul benessere socio-emotivo dei figli risalgono agli anni Ottanta e Novanta, e hanno dimostrato come crescere in queste famiglie non comporti più rischi di quanto non ne comporti crescere in famiglie con genitori uniti (cfr. Fruggeri, 1998). Anche l'indagine scientifica sui processi evolutivi e sugli esiti dello sviluppo dei membri delle famiglie a diversa fondazione, per quanto fenomeno più recente, conta ormai su di un robusto insieme di dati e di risultati che confermano come l'assenza di connessioni genetiche o gestionali tra genitori e figli non abbia nessun effetto negativo sulla qualità dei loro rapporti, né sul benessere dei figli (Golombok, 2015). Tutti questi studi sono molto importanti per la psicologia delle relazioni familiari poiché hanno fatto emergere la fondamentale distinzione metodologica tra *variabili strutturali* e *variabili processuali* nella ricerca e nell'intervento psicologico con le famiglie (Fruggeri, 2016). Le variabili strutturali si riferiscono alle condizioni formali in cui le famiglie si trovano a vivere; le variabili processuali riguardano il come le famiglie assolvono le loro funzioni nelle condizioni date. Proprio a partire da questa distinzione, le ricerche hanno dimostrato in modo consistente e metodologicamente fondato che *non sono le variabili strutturali in cui una famiglia si trova a vivere che incidono sul benessere dei suoi membri, bensì la qualità delle relazioni e dei processi che prendono corpo nel gruppo* (Golombok, 2000; Walsh, 2003; Coleman, Ganong, 2004; Fruggeri, 2005).

Ma le famiglie d'oggi sono diverse per altre molteplici ragioni.

Gli epocali processi migratori, il diffondersi dei mezzi di comunicazione informatizzati, l'invecchiamento della popolazione hanno prodotto *circostanze di vita*, che pongono le famiglie davanti a sfide inedite: affrontare l'inserimento in un nuovo contesto culturale, gestire la presenza di malattie degenerative, vivere le relazioni a distanza, fare coppia e famiglia all'epoca degli smartphone e dei social network. Si tratta di circostanze di vita che mettono le famiglie nelle condizioni di gestire le "perdite ambigue", di vivere tra più culture, di "addomesticare" i prodotti del mondo digitale.

Pauline Boss (1999) ha elaborato il costrutto di *perdita ambigua* che bene descrive la condizione psicologica dei membri di certe famiglie sempre più diffuse anche nel contesto italiano. L'autrice identifica due tipi di perdita ambigua: 1) Un membro della famiglia è fisicamente assente, ma psicologicamente presente perché vivo in un altrove da cui può ritornare o nel quale essere raggiunto (si pensi alle situazioni migratorie o all'incarcerazione); 2) Un membro della famiglia è fisicamente presente, ma assente psicologicamente, emotivamente, cognitivamente, come nel caso di malattie degenerative o psichiatriche.

La difficoltà di fare i conti con queste perdite non dipende da fattori interni all'individuo o da problematiche interne alle famiglie, ma è generata dalla confusione di ruoli e confini che si viene a creare rispetto alla configurazione che la famiglia assume. Si tratta di normali reazioni a una situazione complessa che deve essere sostenuta con interventi psicologici mirati a fare emergere la resilienza delle famiglie (Walsh, 2008).

La irreversibile trasformazione multiculturale della nostra comunità sociale, inoltre, è già maturata al punto che anche nel contesto italiano le famiglie migranti fanno i conti con i loro membri di "seconda generazione", quelli cioè che si trovano a fronteggiare le contraddizioni emergenti sia dall'intreccio di *due generazioni*, sia dall'intreccio di *due culture*, aprendo spesso situazioni di

crisi coinvolgenti tutta la famiglia la cui origine può essere difficile da discriminare, in quanto il processo di autonomizzazione e di costruzione dell'identità dei giovani oscilla tra problematiche tipiche dei momenti di passaggio all'adulthood e problematiche di collocazione culturale nel contesto di origine dei genitori e in quello di approdo. Anche questi sono processi di coping particolarmente complessi che possono richiedere un intervento psicologico che sia in grado di aiutare le famiglie a gestire le dinamiche implicate avendo a riferimento modelli basati sulla resilienza.

Infine, la diffusione dei mezzi di comunicazione digitale non è un fatto solo tecnico, essi hanno fatto irruzione nella vita delle persone, modificando i modi stessi della comunicazione interpersonale e dunque anche familiare. La possibilità di essere costantemente connessi annulla i confini, permette di mantenere rapporti con un altrove più ampio. In certi casi, i rapporti familiari sono favoriti dai nuovi media per le straordinarie opportunità connettive che essi offrono; contemporaneamente, però, nelle famiglie aumenta la preoccupazione per gli effetti di dipendenza che l'utilizzo pervasivo dei nuovi media può indurre.

Tutti questi mutamenti, che nelle famiglie si intrecciano tra loro, hanno comportato l'emergenza di nuovi modi di relazionarsi, l'insorgere di nuove dinamiche e la necessità di fronteggiare, nella vita di tutti i giorni, eventi e compiti tanto specifici quanto inconsueti. Parallelamente, questi mutamenti interrogano i professionisti dei servizi rispetto ai loro modelli. I processi di sviluppo che caratterizzano queste famiglie sono complessi e per tanti versi nuovi sia per le famiglie che per i professionisti, *ma pur sempre processi iscritti nell'ambito della fisiologia delle famiglie caratterizzate da particolari strutture, processi fondativi o circostanze di vita, e in quanto tali devono essere affrontati.*

1.2 I compiti inconsueti delle famiglie contemporanee

Il caleidoscopico quadro delle famiglie contemporanee fin qui descritto richiama dunque l'attenzione dei professionisti sui diversi compiti, eventi critici e temi salienti che esse devono affrontare e che sono connessi con il tipo di struttura, processo fondativo e circostanze di vita in cui esse si sviluppano (si veda una sintesi nella Scheda 1).

SCHEDA 1 - I COMPITI INCONSUETI DELLE FAMIGLIE CONTEMPORANEE

Le famiglie contemporanee si trovano a fare fronte ai propri compiti in condizioni che sono tanto complesse quanto inevitabili perché derivanti da processi socio-economici-culturali ed istituzionali irreversibili.

Molte famiglie sono caratterizzate dalla **plurigenitorialità**, ovvero dalla presenza di più figure che devono coordinarsi per esercitare la funzione genitoriale: genitori biologici e acquisiti attraverso una seconda unione di coppia. Nei casi di plurigenitorialità si tratta spesso di aprire spazi entro cui i genitori acquisiti possano esercitare la funzione educante complementare a quella dei genitori biologici.

In altre famiglie, **la genitorialità è esercitata senza una corrispondente funzione coniugale**: i genitori separati devono coordinarsi nell'educazione dei figli senza poter contare sulla facilitazione che può derivare dall'assiduità coniugale; in altre ancora è presente la condizione di **mono-genitorialità**, per la quale i rapporti con i servizi e le istituzioni educative possono svolgere un ruolo di supporto fondamentale.

Le famiglie con genitori separati, le famiglie ricomposte, articolandosi in diversi nuclei o convivenze devono fare i conti con la **plurinuclearità**; in questa condizione il coordinamento tra le diverse parti, necessario per la realizzazione delle funzioni familiari, attraversa i confini; e le identità dei membri della famiglia si sviluppano in un contesto di **pluri-appartenenza**.

Alcune famiglie sono profondamente toccate dalla **discriminazione sociale** dovuta alla loro appartenenza a gruppi minoritari e stigmatizzati quali gli omosessuali o i migranti.

Le famiglie di migranti, inoltre, assolvono le loro funzioni in un **contesto di multiculturalità** ovvero di negoziazione fra diverse appartenenze, identità e valori, tra passato e presente che spesso richiede l'adozione di un "registro plurimo".

Il ricorso a pratiche di **fecondazione assistita** comporta l'individuazione dei modi e tempi in cui condividere con il figlio/a le modalità del concepimento e dunque la forma del suo legame genetico con i genitori. Le stesse famiglie hanno come tema saliente la collocazione nello scenario delle loro relazioni delle figure terze che hanno contribuito al concepimento.

I genitori adottivi sono sempre più consapevoli della necessità di condividere e favorire il processo di conoscenza e di avvicinamento del figlio alle proprie radici; Molte famiglie contemporanee, inoltre, vivono in situazioni di **"perdita ambigua"** e sono chiamate a vivere nell'incertezza dei propri confini e del futuro o, all'opposto sono chiamate a mantenere una relazione con familiari non più riconoscibili per gli effetti distruttivi delle malattie degenerative. Altre famiglie sono impegnate ad alimentare le relazioni a distanza. Tutte le famiglie oggi devono anche fare i conti con la presenza di strumenti tecnologici che hanno modificato le modalità della **comunicazione** interpersonale e richiedono un monitoraggio e una regolazione dei tempi e dei modi d'uso allo scopo di favorire le opportunità connettive che questi strumenti offrono contrastando gli aspetti di dipendenza e di estraniamento dal presente che essi possono provocare. (Fruggeri, 2018a, pp. 48-49)

Certi eventi critici che in generale le famiglie affrontano nel corso della loro vita sono parte della cultura e della società di appartenenza, le quali offrono vari repertori di azione per attivare le risorse necessarie a farvi fronte. Si pensi al lutto: per quanto doloroso e sconvolgente possa essere nella vita di una famiglia, esso è un evento critico definibile come consueto poiché per esso esistono repertori di azione condivisi, composti di regole, rituali e procedure che le persone possono seguire come binari contenitivi dell'incertezza che un evento critico può scatenare e dunque supportivi dei processi di coping. Esistono invece degli eventi che alcune famiglie contemporanee devono affrontare, che possiamo definire *inconsueti* perché non sono ancora integrati come fatti fisiologici nella vita delle famiglie, e sono dunque privi di strategie note con cui affrontarli. Se una donna separata con figli si innamora di una persona, deve comunicarlo o no ai propri figli? Se sì, come, quando? Che ruolo va a ricoprire il nuovo partner di un genitore separato nella famiglia allargata o nel nucleo convivente? Come equilibrare autonomia e protezione nei confronti di un familiare disabile? Quanto i familiari di una persona disabile possono o devono proteggere i propri spazi, progetti, aspirazioni e quanto invece devono rinunciarvi? Come possono coordinarsi due persone in conflitto, legate da sentimenti negativi di rabbia e delusi nelle reciproche aspettative, per gestire la genitorialità? Cosa dire ai figli la cui procreazione è avvenuta grazie al contributo di un terzo? È opportuno che i figli tengano i rapporti con un genitore incarcerato? È opportuno spiegare il carcere ai bambini? Che controllo deve avere un genitore sullo smartphone dei figli? Come devo interpretare il fatto che mio figlio adottivo sta cercando attraverso internet e i social network i propri genitori biologici? Come si ricompongono i familiari delle famiglie migrate per tappe? Come possono fare convergere traiettorie di vita che si rincontrano dopo un lungo periodo di separazione? Come fa il genitore che lascia i figli al paese di origine a mantenere la sua funzione genitoriale? È opportuno condividere gli stati d'animo della propria coppia con gli "amici" dei social network?

Tutte queste domande non trovano sperimentati ancoraggi nella conoscenza comune. I modi di fare fronte a questi eventi non sono ancora incorporati nelle pratiche della comunità di riferimento e in questo senso non hanno riferimenti esterni a cui affidarsi. I compiti inconsueti delle famiglie contemporanee implicano dunque processi di coping caratterizzati da una negoziazione quotidiana generatrice di soluzioni non contemplate a priori.

Ma i compiti inconsueti delle famiglie contemporanee sono spesso inconsueti anche per i professionisti e a questo proposito due sono gli aspetti da sottolineare:

- 1) La necessità /dovere di non assimilare l'*inconsuetudine* dei compiti, eventi e processi delle famiglie contemporanee con la psicopatologia.
- 2) La necessità/dovere di approfondire queste nuove tematiche rivolgendosi a quanto la ricerca scientifica ha prodotto negli ultimi anni. La letteratura mostra, infatti, come l'assunzione di una prospettiva fondata sulla conoscenza **specifica** dei processi attivati nelle diverse famiglie possa risultare utile a chi opera in campo clinico, psicosociale ed educativo per individuare i probabili momenti di tensione, da una parte, e attivare i processi efficaci a farvi fronte, dall'altra (Walsh, 2003).

Non è possibile in un articolo trattare tutte le specificità delle famiglie contemporanee. È tuttavia possibile qui richiamare alcune linee guida di tipo metodologico che possono orientare i professionisti a fornire interventi di sostegno alle famiglie impegnate a fronteggiare i compiti inconsueti derivanti dalla loro struttura, fondazione o circostanza di vita.

1.3 La cultura della differenza come guida metodologica per l'intervento con le famiglie contemporanee

Leterogeneità delle famiglie richiede che la ricerca e l'intervento si ispirino alla *cultura della differenza*, ovvero che si avvalgano di modelli di analisi e di intervento capaci di studiare le dinamiche e i processi della vita quotidiana di *tutti i tipi di famiglie* senza ricondurre alla psicopatologia la differenza di struttura, di formazione o di circostanze di vita, come ha fatto la *cultura della devianza* che, negli studi familiari, ha prevalso fino agli anni Ottanta. La cultura della devianza indica quella prospettiva di analisi che confronta ogni famiglia con il modello, ritenuto tipico-ideale, della famiglia nucleare tradizionale con coppia eterosessuale e figli biologici conviventi, di classe media, appartenente alla cultura occidentale. La prospettiva della devianza considera tutte le famiglie non corrispondenti al modello tradizionale problematiche e fonte di malessere per i loro membri. I cambiamenti delle famiglie descritti nei paragrafi precedenti sono diffusi, irreversibili e consolidati nelle società contemporanee, e, rispetto al complesso contesto che essi sono venuti disegnando, il modello della famiglia nucleare tradizionale emerge come un riferimento parziale e inadeguato.

La *cultura della differenza*, invece, parte dal presupposto, verificato in innumerevoli ricerche, che la qualità del funzionamento di tutte le famiglie sia riconducibile alla qualità dei processi, delle relazioni e delle dinamiche del gruppo con cui esse affrontano i compiti e le situazioni della loro vita quotidiana, al di là di astratti modelli di confronto. La cultura della differenza non è una petizione di principio. Essa si traduce in una ridefinizione della prospettiva di analisi, nella formulazione di nuove domande di ricerca e di intervento, nell'elaborazione di categorie di analisi e di procedure di intervento coerenti (Tab. 1).

Tab. 1 Prospettive metodologiche a confronto: cultura della devianza e cultura della differenza (Fruggeri, 2018a, p. 26)

	Cultura della devianza	Cultura della differenza
FOCUS DELL'ANALISI	Tipo di struttura/formazione/circostanze di vita delle famiglie	Qualità dei processi e delle relazioni familiari nei diversi tipi di strutture, formazione e circostanze di vita delle famiglie
VARIABILI CONSIDERATE	Formali: descrittive della struttura, delle modalità di fondazione/formazione, delle circostanze di vita	Processuali: descrittive delle relazioni, dei processi, delle pratiche e degli apporti individuali
CONDIZIONE PER UN BUON FUNZIONAMENTO	Assenza/ evitamento di problemi	Capacità di fronteggiare i problemi e gli eventi critici
APPROCCIO ALLA MOLTEPLICITA'	La diversità come fattore di rischio	La diversità come specificità di compiti di sviluppo e tematiche da affrontare
DOMANDA CIRCA LA DIVERSITA'	Quali problemi crea l'essere diversi dalla famiglia nucleare tradizionale?	Quali compiti di sviluppo e tematiche specifiche devono affrontare le famiglie diverse da quella tradizionale?
DOMANDA SUGLI ESITI	Riusciranno le famiglie diverse da quelle tradizionali ad assolvere ai processi e alle funzioni familiari e ad assicurare il benessere dei propri membri?	Come riescono le famiglie diverse da quelle tradizionali ad assolvere ai processi e alle funzioni familiari e ad assicurare il benessere dei propri membri?
DOMANDA SUI FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE	Come le circostanze, la struttura, la formazione/fondazione delle famiglie diverse da quella tradizionale, impediscono di far fronte agli eventi critici nel corso della propria storia?	Di quali risorse hanno bisogno le famiglie diverse da quelle tradizionali per struttura, formazione/fondazione e circostanze di vita e attraverso quali processi possono affrontare gli eventi critici nel corso della propria storia?

Il punto di partenza della cultura della differenza è quello di non valutare il funzionamento delle famiglie sulla base della struttura, del processo fondativo o delle circostanze di vita, ovvero delle variabili strutturali o formali, ma sulla base *di come* esse assolvono alle funzioni familiari

ovvero sulla base della *qualità* dei processi e delle dinamiche relazionali attraverso cui esse fanno fronte ai compiti e alle questioni attinenti alla struttura, fondazione, circostanza che le caratterizza (variabili processuali). Questo orientamento metodologico ha una premessa importante, ovvero che la condizione per un buon funzionamento familiare non sia l'assenza o l'evitamento di problemi o di difficoltà, bensì *la capacità di fronteggiare i problemi* e gli eventi critici, ovvero la resilienza delle famiglie.

La cultura della devianza contiene in sé un pregiudizio che consiste nel considerare la diversità delle famiglie dal modello tradizionale come un fattore di rischio, ovvero nel considerare la diversità come un handicap, aprendo così la strada ad un approccio patologizzante della diversità che parte dall'interrogativo "Quali problemi crea l'essere una famiglia diversa da quella nucleare tradizionale?". All'opposto la prospettiva indicata dalla cultura della differenza considera la diversità familiare espressione di *specificità di funzionamento* e dunque si interroga su quali siano i compiti che queste famiglie devono affrontare e quali i processi specifici che devono essere attivati per il benessere dei loro membri.

Il dubbio che una cultura della devianza solleva circa gli esiti positivi delle famiglie (Riusciranno le famiglie diverse da quelle tradizionali ad assolvere ai processi e alle funzioni familiari e ad assicurare il benessere dei propri membri?) si traduce nella cultura della differenza in *curiosità* (Come riescono le famiglie diverse da quelle tradizionali ad assolvere ai processi e alle funzioni familiari e ad assicurare il benessere dei propri membri?). Questo ha come risvolto il fatto che la prospettiva della devianza tende a orientare il professionista su cosa impedisce il buon funzionamento familiare, mentre la prospettiva della differenza indirizza il suo sguardo su ciò che *favorisce* il buon funzionamento familiare a partire da qualsiasi struttura, fondazione o circostanza di vita.

1.4 Breve riflessione conclusiva

Le trasformazioni psicosociali degli ultimi anni rendono ormai non più rinviabile l'avvio di un'approfondita riflessione sui nuovi interrogativi da cui ripartire, sui nuovi strumenti da utilizzare, sui nuovi concetti su cui appoggiarsi per capire come affrontare i fenomeni emergenti dalla complessità familiare secondo una prospettiva improntata al rispetto e alla legittimazione delle differenze. Nell'attuale fase storica, i professionisti dei servizi sono sempre più interpellati per attuare interventi mirati a sostenere processi familiari di coping nuovi o inconsueti. Il compito a cui essi sono chiamati si colloca sempre più nello spazio che potremo definire "della fisiologia complessa", che sarebbe iatrogenico trattare con modelli psicopatologici. Quelle che ho altrove definito "le diverse normalità familiari" sollecitano a intraprendere gli ormai ineludibili percorsi:

1. dell'*acquisizione di informazioni* che la ricerca scientifica mette a disposizione circa le specificità, i bisogni e i compiti di sviluppo delle diverse famiglie contemporanee;
2. dell'*analisi critica* degli strumenti concettuali utilizzati e della loro adeguatezza ad assolvere i nuovi compiti emergenti dal composito quadro delle famiglie contemporanee;
3. dell'*autoriflessione* che metta a fuoco i pregiudizi e gli stereotipi sociali ancora presenti nelle pratiche, nei linguaggi e nei documenti dei servizi socio-sanitari.

Tutto ciò allo scopo di pervenire alla implementazione di quella cultura della differenza sopra descritta che immette i professionisti dei servizi che accompagnano le famiglie, in una prospettiva deontologica che anziché escludere, include; invece di discriminare, comprende; invece di ridurre, allarga.

Riferimenti bibliografici

- Borghi, L., Chiari, C., Foà, C. (2008), *Una analisi qualitativa dei decreti e delle leggi che regolano i Centri per le Famiglie dell'Emilia-Romagna: report di ricerca*, Bologna: Regione Emilia-Romagna.
- Boss, P. (1999), *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Coleman, M., Ganong, L. (Eds.) (2004), *Handbook of contemporary families*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Fruggeri, L. (a cura di) (2018a), *Famiglie d'oggi*. Roma: Carocci.
- Fruggeri, L. (a cura di) (2018b), Plurinuclearità. La vita delle famiglie a struttura complessa, in L. Fruggeri (a cura di), *Famiglie d'oggi*. Roma: Carocci. pp. 187-216.
- Fruggeri, L., (2018c), *Prospettive metodologiche per l'intervento psicologico con le famiglie d'oggi*, Bollettino di Informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, n. 1.

- Fruggeri, L. (2016), *Variabili strutturali e variabili processuali nell'analisi delle famiglie con coppia omosessuale*, in "Giornale Italiano di Psicologia", XLIII(1-2), pp. 137-142.
- Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalità*. Roma: Carocci.
- Fruggeri, L. (1998). *Famiglie*. Roma: Carocci.
- Ganong, L., Coleman, M. (2017), *Stepfamily Relationship. Development, Dynamics, and Interventions*. Berlin: Springer.
- Golombok, S. (2000), *Parents: What really counts*, New York and London: Routledge.
- Golombok S. (2015). *Modern Families. Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge: Cambridge University Press, (trad. it. *Famiglie Moderne. Genitori e figli nelle nuove forme di famiglia*. Edra, Milano, 2016).
- Lingiardi, V., Carone, N. (2016), *Madri lesbiche, padri gay: genitori de-generati?*, in *Giornale Italiano di Psicologia*, XLIII(1-2), pp. 57-80.
- Ribbens Mc Carthy, J., Edwards, R., Gillies, V. (2016), *Making families: Moral Tales of parenting and step-parenting*, New York: Routledge.
- Telingator C. J., Patterson C. J. (2008), *Children and adolescents of lesbian and gay parents*, in "Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 47 (12), pp. 1364-1368.
- Van Cutsem, C. (1998), *La famille recomposée*, Toulouse: Editions Erès, (trad. it. *Le famiglie ricomposte*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999).
- Walsh, F. (ed.) (2003), *Normal family processes* (3rd edition), New York: The Guilford Press.
- Walsh F. (2008). *La resilienza familiare*. Milano: Raffaello Cortina.

2. L'altro/a nel suo modo di esistere come ricercatore/trice-intercettore/a: costruzione di concetti-strumenti per ricerche in salute in cui tutti/e sono ricercatori/trici nel campo di studio

di Emerson Elias Merhy, Nathália Rosa, Clarissa Terenzi Seixas

Traduzione a cura di Martina Consoloni e Alessia Benizzi

*Viviamo, come reti vive di esistenze, di incontri che creano narrative cartografiche di noi stessi...
Quelle che possono inventare nuovi in-mondi (GOMES e MERHY, 2014).³⁶*

Introduzione

Nel 2013 abbiamo avviato la prima fase della ricerca "Rete di Valutazione Condivisa in Salute" (RAC), nella quale abbiamo presupposto che in qualsiasi processo di valutazione bisognasse riconoscere che valuta chi chiede, chi fa e chi utilizza³⁷. Questa prospettiva rappresentava uno sforzo metodologico sostenuto da una scommessa etica-politica secondo la quale tutti dovrebbero divenire ricercatori, a partire dal fatto che tutti sono protagonisti dell'agire quotidiano nel mondo della produzione di cura nell'ambito della salute nella sua attuazione micropolitica, soprattutto gli stessi cittadini-utenti (MOEBUS et al., 2016). Questo modo di fare ricerca ha richiesto a tutti noi di utilizzare diversi strumenti già offerti dal campo stesso della Valutazione in Salute e, per necessità della stessa ricerca, siamo stati chiamati a crearne di nuovi al fine di affrontare la presenza dell'altro, in particolare dell'altro cittadino-utente, che con il suo proprio modo di esistere impronta la costruzione delle pratiche di cura e la produzione di conoscenza nei campi di studio relativi all'ambito della salute (BERTUSSI et al., 2015; MERHY et al., 2016; FEUERWERKER et al., 2016).

In quell'occasione abbiamo sviluppato tre elaborazioni strategiche di ricerca:

1. la costruzione del ricercatore nel-mondo, cioè il ricercatore che si "sporca", si "immerge" nel mondo degli altri e sporca gli altri con i suoi mondi (GOMES, MERHY, 2014);
2. l'idea che ogni modo di produzione dell'esistenza sia una rete viva in intensa produzione nel corso dei vari incontri che gli accadono (MERHY et al., 2016);
3. la costruzione dello strumento di campo che abbiamo chiamato "cittadino/a-utente-guida", per la produzione delle fonti della ricerca (MOEBUS, 2016, a e b).

Da allora, la produzione nel campo di studio dell'incontro con l'altro, per noi che funzioniamo come *intercettori*, è diventata il nostro metodo di lavoro. Creare una tensione tra i differenti punti di osservazione esistenti all'interno dei contesti di ricerca è diventato fondamentale per rendere trasversali regimi di visibilità e dicibilità (FOUCAULT, 1992, a e b; MERHY, 2013).

L'idea di intercettore, che è stata ampiamente esplorata nel dibattito sulla micropolitica del lavoro vivo in atto (MERHY, 2002), è stata elaborata da Gilles Deleuze nel testo intitolato "Intercettore", del libro "Conversazioni" (DELEUZE, 2013)³⁸, nel quale l'autore cerca di mostrare in che modo la relazione con Félix Guattari nelle loro produzioni a quattro mani si costituiva all'interno di un processo relazionale e immanente, e come in modo effettivo, in quella situazione, uno era intercettore dell'altro in quanto "agente" ed esistevano solo come tali. Deleuze esplora ulteriormente questa idea, affermando che, ad esempio, un libro possa essere un intercettore, così come qualsiasi altro tipo di incontro che operi in modo micropolitico, nell'intensità delle relazioni di potere che lì vi si costituiscono. Così, si aprono *concatenamenti* che contribuiscono a realizzare processi di soggettivazione non dati a priori e non prevedibili che esistono solo nell'atto dell'immanenza intercettoria.

³⁶ NdT: Le "narrative cartografiche" si riferiscono a un approccio di ricerca che utilizza la metafora della mappa per esplorare e rappresentare esperienze, percorsi di vita e relazioni sociali. Invece di trattare le storie e le esperienze come lineari e statiche, le narrative cartografiche riconoscono la complessità, la fluidità e la multidimensionalità dei fenomeni studiati. In questo senso, le narrative cartografiche ci aiutano a visualizzare e comprendere meglio come le persone interagiscono con i sistemi di cura e come producono significati e conoscenze nel loro quotidiano, aprendo nuovi mondi di comprensione e possibilità.

³⁷ NdT: Nel testo originale in portoghese *quem usa*, "chi utilizza", richiamando l'etimologia dal lat. *utens* -entis, p. pres. di *uti*, "usare", e dunque facendo riferimento all'utente.

³⁸ NdT: in italiano tradotto in G. Deleuze, *Pourparler*, Quodlibet, 2019.

Questa potenza di concatenamento collettiva, forse di enunciazione, può aprire nuovi flussi di modi di esistere e di costruzione narrativa, come quando Deleuze parla della costruzione dell'opera "Mille Piani" nella conversazione con la filosofa Claire Parnet (DELEUZE e PARNET, 2004). Approfittiamo di questo spazio per costruire l'idea che, nella ricerca sulla pratica della cura nell'ambito della salute, gli/le utenti/e-cittadini/e sono ricercatori-intercessori in noi e, quindi, cerchiamo di farci guidare dai loro modi di produrre le loro scommesse esistenziali negli incontri, compresi gli scenari di ricerca.

Partiamo da questa idea come modo di operare la costruzione possibile di nuove forme di conoscenza, che stimola un'intensa interferenza nel campo della ricerca, che può innescare la costruzione di altre narrazioni che aprono nuovi territori visibili e dicibili, costituiti in altri universi semantici, che possono portarci a trasversalizzare e mettere in discussione ciò che comunemente viene sentito, visto e pensato dai nostri corpi ben riconoscibili (ROLNIK, 2008).

In questo modo, l'esercizio della comprensione può provenire dai luoghi più insoliti, cioè non da movimenti sociali organizzati come collettivi politici specifici, e ancor meno da luoghi che si sono affermati come produttori di conoscenza sugli altri, ma dal modo di vivere la vita quotidiana di qualsiasi persona vivente che funziona come ricercatore-intercessore in noi ("noi" cioè i ricercatori che propongono questa ricerca) (BADUY et al., 2016).

Questa immagine dell'altro che fa ricerca su di noi tanto quanto noi su di lui, che è un capace produttore di conoscenza su se stesso e sull'altro quanto noi che ci riconosciamo come "ricercatori", rappresenta il modo migliore per dichiarare le nostre scommesse metodologiche. Nei due volumi del libro realizzati al termine della ricerca RAC, "Avaliação Compartilhada do Cuidado. Surpreendendo o instituído nas redes" (MERHY et al, 2016; FEUERWERKER, BERTUSSI e MERHY, 2016), abbiamo cercato di dare voce a questo tipo di sperimentazione e di costruire strumenti che potessero, nel campo di studio, aiutarci a fabbricare scenari di ricerca all'interno di questo tipo di scommessa: una produzione micropolitica di incontri che aprissero spazi per far emergere le relazioni di intercessioni tra tutti coloro che erano lì, consentendo l'agire cartografico espressivamente realizzabile nelle narrazioni di sé e dell'altro, in questo grande in-mondo di interferenze. Così facendo, abbiamo portato sulla scena il prospettivismo, le *viste dei punti di vista*, aprendoci a nuovi saperi sui costituenti stessi degli scenari di ricerca e aprendo fessure nell'istituito. In questi processi, abbiamo permesso la fuoriuscita di nuovi mondi in produzione, che stavano avendo luogo, aprendoci alla creazione di nuovi significati per il vissuto.

Evidenziamo come elementi costitutivi di questa scommessa metodologica di ricerca l'idea di "utente-cittadino/a-guida intercessore", per la produzione di un altro sapere che invada il campo di studio e possa così mettere nella ricerca, lì nella quotidianità del vivere, le possibilità di creare nuovi territori di visibilità e dicibilità sulle dispute esistenti sui nuovi modi di vivere la vita, in un campo dove si disputano diverse politiche esistenziali.

Stiamo cercando di perseguire una certa originalità nel farsi vita anche in condizioni sfavorevoli, precarie, come se questa vita fosse pura invenzione, come un'opera d'arte, il che sarebbe possibile solo se la nostra stimolazione ci aprisse alla generazione di altri saperi, al di fuori dei nostri regimi di visibilità e dicibilità, e ci portasse alla ricerca di nuove narrazioni sulla descrizione e sui significati di mondi-altri. Ciò potrebbe aprire nuovi campi per l'elaborazione stessa del nucleo di costruzione e attuazione delle politiche pubbliche in generale e del campo della cura, in particolare, nei suoi regimi di verità, come fulcro delle scommesse per la costruzione societaria attuale.

Sarà nella quotidianità che cercheremo di comprendere queste questioni, allontanandoci dal vedere il vivente meramente come effetto di una struttura che lo determina, e aprendoci al suo protagonismo nomade nel gestire le proprie scommesse dei modi di esistere.

Scommettiamo sul camminare con l'altro nella micropolitica dell'incontro e degli affetti cartografici che si generano, cercando di dare forma alle espressività narrative che vengono prodotte per essere condivise. La costruzione di scenari di ricerca congiunti tra ricercatori-proponenti, utenti-cittadini/e, ricercatori, familiari, ecc. apre processi di incontro che permettono di esplicitare le strategie di produzione di vita da parte di chi le vive, facendo emergere nuovi saperi nei luoghi oggetto delle politiche pubbliche contemporanee, ovvero saperi in grado di togliere centralità a quelli prodotti da discipline consacrate come scientifiche e utilizzate per lo più come animatrici e interpreti di questi interventi.

Questo disegno di ricerca non si identifica con le forme più tradizionali che gli studi etnografici possono assumere e, in questa direzione, seguiamo le orme di antropologi come Viveiros de Castro (2014) e Bruno Latour (2012). Questi autori criticano la posizione etnografica in cui l'altro non esce dalla posizione di oggetto, esposto a un sapere già organizzato dai ricercatori che si pongono nella posizione di interpreti di coloro che non hanno la capacità di parlare da soli, dovendo così essere rappresentati ermeneuticamente dagli scienziati antropologi armati delle loro teorie scientifiche.

In questo caso, come abbiamo già detto, l'*altro* della ricerca è un ricercatore-intercettore, e quindi uno dei vari produttori di diversi tipi di conoscenza su se stessi e sugli altri. Intendiamo questo ricercatore-intercettore come qualsiasi altra persona coinvolta nel campo della ricerca, che sia il ricercatore-proponente o qualcuno che si unisce a lui nel processo di produzione di conoscenza negli incontri del campo di studio.

Con i materiali che emergono come pratiche discorsive nel campo di ricerca stesso, così come con altre forme espressive proprie di ogni persona che ne fa parte, organizziamo laboratori in cui cerchiamo di costruire processi collettivi di narrazione, orale e scritta, dell'esperienza vissuta nella ricerca. Questi processi collettivi hanno una certa intenzione "ermeneutica", ma transitoria, che si costituiscono nella misura in cui cercano di mantenere certe logiche di significato che si rendono possibili, come materiali esaustivi dell'esperienza vissuta di tutti coloro che si trovano nelle scene della ricerca. In altre parole, cerchiamo una dinamica dei collettivi che si sono trovati nel campo di studio e che costruiscono narrazioni sulle loro esperienze sotto forma di discorsi, scritti o prodotti attraverso qualsiasi altra possibilità espressiva.

Ci allontaniamo così dall'approccio proposto da Pecheux (1995) nell'Analisi del Discorso, che cerca di legare la narrazione a una testualità come espressione di una discorsività implicata in dinamiche storiche e sociali, delimitata per la sua comprensione dalle linee delle analisi storico-strutturali, intendendo il discorso come l'istituzione del parlante stesso e delle sue modalità di espressione, indicando ciò che viene detto come l'effetto di determinanti sociali, politici ed economici dati dalle strutture sociali costituite, comprese le dinamiche delle stesse classi sociali. Passare dalla frase al testo e poi dal testo al discorso è l'ambizione di questa corrente, ampiamente utilizzata negli studi nel campo delle Scienze Sociali e delle Scienze Umane: l'ambizione di diventare una scienza su ciò che viene detto dal testo, ponendo l'enunciatore come qualcosa di determinato, colui che non sa di cosa sta parlando e ha bisogno di un interprete, l'analista del discorso che spiega all'altro ciò che ha detto e non sapeva. Come se questo analista fosse il portatore di una clinica, come un terapeuta per i messaggi inviati dagli esseri umani nel campo della produzione sociale del discorso.

Per questo ci muoviamo in una direzione diversa, dove l'emergere dei processi linguistici è un'esigenza delle esperienze esistenziali vissute, in cui le pratiche discorsive sono soprattutto effetti delle affezioni che queste esperienze procurano, funzionando enunciativamente come parole d'ordine che istituiscono materialità non necessariamente già esistenti. La realizzazione di un discorso avviene nella discorsività che emerge nell'evento, nell'incontro, allontanandosi dall'ordine del discorso come struttura che opera sull'ordine dell'azione, e permettendogli di aprirsi, nella sua immanenza, micropoliticamente, a possibili linee di nuove produzioni di senso di sé e del mondo da produrre, sempre come processo relazionale nell'evento.

In questa direzione, sperimentiamo altre modalità che ci permettano di andare oltre ciò che si vede e si sente. A tal fine, una delle intenzioni dei laboratori come elaborazione dell'esperienza dell'altro come intercettore è quella di sottoporre questa molteplicità di materiali ad altri che non si sono trovati in questi scenari investigativi: i ricercatori esterni a supporto. Questo con l'intento di produrre possibilità di validazione, sia perché ha senso per questi "esterni", sia perché amplia la portata della narrazione di ciò che è stato vissuto. In questo caso, adottiamo la nozione di costituzione del sapere generato nel fervore di un'intelligenza collettiva (TEIXEIRA, 2005) costruita sulla ricerca come sperimentazione, come forma legittima di produzione di conoscenza, che serve alla vita e può essere convalidata da altri perché ha senso per loro, e in questo atto dà alla conoscenza generata una dimensione pubblica (MERHY, 2004).

Detto questo, lo scopo di questo testo è quello di portare nel dibattito i concetti-strumenti che sono serviti da guida etico-metodologica per la costruzione dei percorsi di indagine della nostra ricerca che ha cercato di analizzare le pratiche di salute e della produzione di cura (GO-

MES e MERHY, 2014; MERHY et al., 2016; FEUERWERKER et al., 2016). Questi concetti-strumenti sono stati prodotti in un dialogo aperto con tutti gli operatori del settore di studio nell'ambito della ricerca dell'Osservatorio delle Politiche Pubbliche per la Salute e l'Educazione in Salute (*Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde*) e del collettivo Micropolitica, Lavoro e Cura in Salute (*Micropolitica, Trabalho e Cuidado em Saúde*).

Riteniamo che la ricerca qualitativa nell'area della salute, in generale, abbia ampliato le conoscenze sulla produzione di cura nelle reti di salute. Tuttavia, da un punto di vista metodologico, gli strumenti utilizzati ci sono sembrati insufficienti a cogliere questioni importanti sulla produzione di cura nella vita quotidiana e non hanno considerato aspetti etici che già ci sembravano fondamentali per riportare la ricerca in salute su un cammino che ci interessava, ovvero un percorso in cui tutti coloro che compongono gli scenari di ricerca sono componenti attivi e produttori incessanti di conoscenza, ed è impossibile trattarli come oggetti o informatori.

Bisogna riconoscere che la ricerca valutativa, compresa quella cosiddetta di quarta generazione che propone l'inclusione degli utenti come proprietari del problema ("the owners of the problem")³⁹, non affronta i processi di soggettivazione e le loro implicazioni, nemmeno di fronte all'idea che tutti/e sono ricercatori nel campo di studio e ne sono influenzati in ogni momento, e nella maggior parte dei casi è in linea con un'idea rappresentativa della realtà (PLA et al., 2007). Questa forma di ricerca ha richiesto a tutti noi l'utilizzo di vari strumenti già offerti dal campo della stessa Valutazione in Salute, ma in particolare, a causa delle esigenze della ricerca stessa, siamo stati portati a crearne altri per far emergere la presenza marcata dell'altro.

Questa cassetta degli attrezzi, che viene costantemente costruita nel corso delle diverse sperimentazioni del collettivo, cerca di camminare insieme agli utenti e ai lavoratori nei loro movimenti nomadi attraverso la vita, ossia non soltanto guardando al loro itinerario terapeutico, ma al di là di esso per essere portati attraverso la produzione della loro esistenza, nella quale il contatto con l'offerta di una certa rete di assistenza diventa solo una delle componenti del loro vivere, così come la produzione di cura al di là del campo socialmente istituito della salute stessa.

Di seguito presentiamo alcuni degli elementi che compongono la cassetta degli attrezzi dei nostri gruppi di ricerca. Si tratta di elementi che sono collegati tra loro e che comportano un impegno continuo nella produzione collettiva di conoscenza, nella ricerca della produzione di beni comuni e nell'ampliamento delle prospettive e delle fonti a proposito delle vite, dei servizi e delle relazioni esistenziali e istituzionali.

Rete viva di esistenza

Una questione fondamentale che ricuce in modo rizomatico tutti i concetti-strumenti che abbiamo incorporato nella nostra cassetta degli attrezzi nel corso degli anni è la prospettiva del collettivo sulla produzione delle esistenze, ciò che chiamiamo "rete viva". Le reti vive lavorano con l'idea che gli individui siano una molteplicità in produzione, a partire dai contesti e dalle possibilità esistenziali di ciascuno. Nel campo della cura, allargare lo sguardo alle reti vive esistenziali è un modo per riconoscere che gli incontri, i legami e le connessioni tra gli individui costituiscono uno spazio di affezione reciproca⁴⁰ e sono quindi micropolitici, relazionali, legittimi produttori di saperi, aspettative e relazioni di potere che negoziano e costruiscono progetti di cura condivisi in una continua disputa (MERHY et al., 2016).

Contrapponendosi a una rete istituita, arborescente, normativa, omogenea, di flussi e percorsi predefiniti, il territorio, in quanto produttore di concatenamenti, instaura una rete rizomatica non lineare, non limitata o delimitata geograficamente. Si costituisce così una rete eterogenea, senza centro né ordinamento stabilito, che si connette a partire dagli affetti e dalle potenzialità, prodotta in modo indissociabile e con poca capacità di controllo nel cammino della/a cittadino/a-utente (DELEUZE, GUATTARI, 1995).

Nel contesto della salute, oltre alle reti istituite di cura, le Reti Vive si producono a partire

³⁹ NdT: L'espressione "the owners of the problem" si riferisce persone o gruppi che vivono direttamente un problema, che ne hanno dunque una conoscenza approfondita e che possono essere considerati i principali attori nella sua risoluzione o gestione.

⁴⁰ NdT: Nel testo originale "afetação mutua". Il termine portoghese *afetação* non trova un buon corrispettivo in italiano: infatti rimanda a una partecipazione emotiva e affettiva. "Afetação mutua" implica che le persone non solo subiscono gli effetti delle esperienze e delle interazioni, ma che queste esperienze possono anche trasformarle. Si tratta di un processo bidirezionale, in cui gli individui e le loro relazioni sono in continua evoluzione.

dalle logiche degli incontri e delle produzioni di concatenamenti che vi avvengono, costruendo connessioni esistenziali individuali e collettive. Le linee e le infinite possibilità sono prodotte dagli attori nelle affezioni dei loro incontri con l'“altro” nel mondo della cura. Questa produzione di concatenamenti fa di ogni individuo una Rete Viva in sé, in permanente produzione, generando movimenti, elaborando saperi, suscitando affetti, costruendo e condividendo cure a partire da una rete non data, ma tessuta nell'evento, negoziando costantemente con ciò che è già stabilito nel contesto e nella vita (MERHY et al., 2016).

In questo senso, le Reti Vive Iperestuali, circostanziali o più stabili, si comportano secondo le logiche delle reti digitali, che possono emergere in qualsiasi punto senza seguire un ordine logico delle Reti Analogiche. Una rete analogica può essere attivata, ma si troverà ad essere attraversata da innumerevoli altre reti di forze, di altri tipi, non analogiche. Gli accompagnamenti richiedono inevitabilmente altre connessioni, all'interno o al di fuori del campo della salute, ordinate dalle caratteristiche del problema, come un processo vivo di connessione tra le reti, analogiche e iperestuali (digitali), esistenziali e istituzionali, che avvengono senza che abbiamo molto controllo su di esse (MERHY et al., 2016).

Sosteniamo che le reti vive hanno il potere di espandersi a partire da una gamma di opzioni offerte da coloro che sono immersi nella quotidianità del lavoro in salute - siano essi lavoratori che cittadini-utenti, inclusi per le loro implicazioni nella costruzione dei molteplici saperi in gioco, per comprendere le molteplicità che operano nella produzione in atto di queste reti vive, come processo esistenziale carico di potenzialità nella costruzione di molti altri significati per la vita, anche a partire da una scommessa etica di creare più vite nelle vite vissute.

“Questo riconoscimento ha cambiato significativamente il nostro modo di costruire conoscenza sui processi di produzione di *cuidado*, riflettendosi nella costruzione degli studi che abbiamo condotto in modo condiviso, con i protagonisti dei processi di cura nel campo della salute, diversi individui e gruppi che lo costituiscono” (MERHY et al., 2016, p.38).

Scommettere su un altro modo di analizzare e comprendere la cura nell'ambito della salute permette di ampliare lo sguardo e immergersi nella quotidianità della salute e nel modo in cui le reti esistenziali sono prodotte. L'obiettivo non è la riduzione dei dati, ma la loro espansione, poiché la ricerca non si basa solo sull'interpretazione di determinati dati come risultato di una valutazione complessa, come la produzione della cura nell'ambito della salute (LATHER & ST. PIERRE, 2013). Pertanto, l'analisi intrapresa utilizza diversi ambiti del sapere, dall'epidemiologia alla micropolitica del lavoro vivo in atto; dalle traiettorie nomadi degli utenti alle narrazioni di vita e lavoro degli/lle utenti-cittadini/e, dei lavoratori della salute e dei ricercatori formali.

1) La ricerca cartografica come interferenza e l'incontro come scommessa metodologica

L'integrazione di diversi collettivi in una proposta di ricerca condivisa rappresenta uno sforzo metodologico sostenuto da una scommessa etico-politica che il gruppo di ricerca in cui siamo coinvolti ha investito nel corso degli anni. La concezione che tutti siano ricercatori a partire dal presupposto che tutti siano protagonisti nel mondo della cura ha permesso di sperimentare diverse possibilità per rendere visibili i molteplici meccanismi che danno origine a reti vive di cura affettive/effettive e i modi in cui si intrecciano con le reti istituite.

Così, un principio etico-metodologico fondamentale delle nostre ricerche è la partecipazione di tutti coloro coinvolti - lavoratori, gestori, utenti - come ricercatori nel contesto dello studio. Ciò significa che nella quotidianità della produzione della cura, che è il nostro scenario di studio, non esiste un incontro tra soggetto ricercatore e soggetto ricercato o informatore, ma un incontro in cui, in una relazione simmetrica, si stabilisce che tutti sono ricercatori.

Sosteniamo che la produzione di cura avviene negli incontri (SEIXAS et al., 2016) e, da essi, le reti vive vengono prodotte in modo rizomatico, come ci propongono Deleuze e Guattari (2000), cioè in modo multiplo ed eterogeneo, senza un centro definito, né un ordinamento predefinito, dove ogni punto del rizoma si connette attraverso gli affetti e le potenzialità. Essendo viva e multipla, come criteri costitutivi della sua esistenza, la rete si produce nel percorso delle esistenze delle persone, che siano utenti, operatori o altri nel mondo della cura.

Partiamo, dunque, dall'approccio cartografico (ROLNIK, 2014; KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009; DELEUZE & GUATTARI, 1996) per tracciare i movimenti compiuti nella quotidianità delle persone coinvolte nella produzione della cura nei diversi contesti in cui ciò avviene. La cartografia come

metodo proposto da Deleuze e Guattari (1996), in cui la produzione di conoscenza avviene attraverso le percezioni, le sensazioni e gli affetti vissuti dall'incontro del ricercatore con il suo campo, decostruisce la separazione tra soggetto e oggetto (ROMAGNOLI, 2009) e assume le interferenze come costitutive di tale processo. Ciò implica affermare che, anche se l'organizzazione dei servizi sanitari e delle reti di assistenza sanitaria stabilisce un ordine nell'assistenza agli utenti, ci sono incontri, affetti e interferenze che, accadendo, creano altre possibilità di percorrere queste reti, andando oltre ciò che è stato predefinito nella ricerca della produzione di cura e confermando che queste reti sono vive (MERHY et al., 2014).

I disegni cartografici di ricerca propongono una forma unica di creazione di significati e di espressioni per la realtà vissuta e sperimentata. Diversamente da una mappa statica di una data situazione, la cartografia è "un disegno che accompagna e si compone insieme ai movimenti di trasformazione del paesaggio" (ROLNIK, 2014, p. 23). Questo lavoro cartografico, nella scommessa dei lavoratori come produttori di conoscenza, cerca di portare in primo piano altri campi che non erano resi visibili nella cura, aprendo spazio per conoscenze e pratiche "non strutturate" (FRANCO e MERHY, 2007). Tale posizione scommette sulla diversità che coinvolge i processi di cura nell'ambito della salute, considerando che non esistono pratiche omogenee di cura.

Nel contesto di una ricerca con approccio cartografico, diventa rilevante il concetto di "interferenza". Come proposto da Alexandre Henz in una conversazione con il collettivo dell'Osservatorio delle Politiche (*Observatório de Políticas*) nel 2014, per "interferenza" si intende qualsiasi cambiamento nella realtà studiata, con effetti che possono essere duraturi anche se non si tratta di un "intervento" propriamente detto (MOEBUS et al., 2016). Pertanto, l'"interferenza" deriva dai movimenti stessi della ricerca, ma non costituisce un intervento intenzionale o finalistico a priori, e non è soggetta a riconoscimenti. Le interferenze sono le risonanze della ricerca, generalmente lente e sottili, ma proprio per questo concrete, e possono o non possono verificarsi nel corso della ricerca. In questo senso, la "ricerca interferenza" funziona come strategia metodologica di ricerca e come processo di Educazione Permanente (su questo, parleremo più avanti), in grado di produrre cambiamenti nei processi di lavoro, a partire dall'incontro tra gli interessati (SEIXAS et al., 2016).

Così, ogni ricerca, ogni fronte di lavoro, produce/mappa diversi "ingressi" a partire dalle connessioni già esistenti o costituite con soggetti che, direttamente o indirettamente, compongono la rete di cura in un determinato territorio. Ogni "ingresso" sul campo adotta una propria dinamica, che va da semplici chiacchierate informali, alle visite a domicilio, alle visite ai territori coperti da servizi sanitari, all'osservazione, alla partecipazione alla gestione quotidiana dei servizi con gli operatori, alla partecipazione a eventi organizzati dalla rete sanitaria locale o dalla rete di volontariato, ai laboratori con gli operatori, alle interviste con i responsabili, gli operatori e gli utenti, fino alle conversazioni informali per le strade delle città. E in questi incontri, più o meno ricchi, più o meno mobilitanti di affetti, più o meno "interferenti", la ricerca si sviluppa. E questi incontri saranno tanto più capaci di produrre interferenze durature quanto più i corpi saranno aperti all'incontro, aperti ad *afetar e deixar-se afetar*⁴¹, in un riconoscimento dell'altro come un interlocutore valido (SEIXAS et al., 2016).

Infine, riteniamo che una ricerca interferenza non finisca, ma si consolidi in apprendimenti e produzioni provvisorie generate dai collettivi in ricerca, a partire dai concatenamenti che gli incontri continuano a produrre nei nostri corpi (FEUERWERKER et al., 2016).

2) Utenti-cittadini/e come guida: la vita dell'altro al centro della produzione di cura

Uno dei dibattiti che si sviluppa nel campo della salute è il tentativo di ampliare la comprensione del rapporto salute-malattia al di là di quello proposto dal modello biomedico, cercando modi più completi di prendersi cura delle persone nella loro complessità e singolarità. La razionalità medica, che incarna la malattia negli individui, intende la salute come assenza di malattie e porta con sé una serie di procedure, di saperi specifici e classificatori, determinando il modo in cui le équipes fanno salute, cercando sempre più di controllare le soggettività, i modi di vivere, operando come "polizia" della salute (FEUERWERKER, 2005).

Tuttavia, abbiamo cercato di superare questa logica adottando invece una logica centrata sull'utente, che consenta di costruire legami e impegni più stretti tra operatori e utenti nel quotidiano, in base alle loro necessità individuali e collettive (MERHY, 2015).

⁴¹ Si veda nota 5.

Come dispositivo per portare in primo piano questa molteplicità di prospettive, puntiamo sulla costruzione condivisa di "utenti-cittadini come guida" in quanto strumento metodologico che consente di mappare i movimenti compiuti nel quotidiano dalle persone coinvolte nella produzione di cura nelle diverse reti di assistenza in salute e di portare in primo piano altri territori esistenziali e connessioni nella produzione di cura formale e informale che, normalmente, non hanno visibilità.

In questo percorso, inevitabilmente emergono altre prospettive riguardo alle traiettorie esistenziali degli utenti, al di là delle questioni cliniche e dei processi di salute/malattia. Pertanto, questo modo di condurre la ricerca rivela la possibilità di ottenere informazioni sulla produzione di cura con la possibilità di innovare e/o inventare il percorso dell'utente-guida nel suo nomadismo, che ci invita a immergerci nelle sue reti esistenziali in modo tale che, in questa immersione, diventiamo ricercatori in-mondo (ABRAHÃO et al, 2014).

Sottolineiamo che una delle scommesse del collettivo nelle sue ricerche è portare alla luce le narrazioni "su" e, soprattutto, "di" utenti, ampliando le fonti e cercando una prospettiva più ricca del percorso degli utenti attraverso le reti di assistenza sanitaria e anche al di fuori di esse, sempre guidati dall'utente, qualora si stabilisca un legame. L'idea dell'utente-cittadino-guida come intercessore per la produzione di una conoscenza diversa che possa espandersi ai diversi campi di ricerca e potenzialmente mettere in tensione la produzione di conoscenza al fine di generare nuovi territori di visibilità e dicibilità sulle dispute per nuovi modi di vivere la vita, nel campo della lotta delle politiche esistenziali.

Riportiamo una scena che si è svolta nell'ambito delle cure primarie, in un'Unità di Salute Familiare in un quartiere di estrema vulnerabilità economica e sociale di un grande comune del nord-est del Brasile. Insieme all'équipe, agli infermieri e agli Agenti Comunitari di Salute (ACS)⁴² che facevano parte della ricerca, abbiamo accompagnato un'utente che, secondo l'équipe, aveva la vescica prolassata e "accumulava rifiuti" che, secondo gli operatori, potevano causare vari problemi di salute. L'équipe ha riferito di aver subito un esaurimento a livello terapeutico nel trattare con la paziente, che si è rifiutata di sottoporsi a qualsiasi procedura da loro indicata. Avevano già organizzato un intervento per rimuovere i rifiuti dalla sua casa in collaborazione con alcuni membri della comunità, ma in breve tempo la paziente aveva nuovamente accumulato rifiuti in casa. L'utente non "seguiva" il piano terapeutico proposto, non rientrava nei protocolli delle azioni del programma, delle reti formali, e il desiderio dell'équipe era che casi come questo potessero essere "cancellati".

Mentre producevamo la ricerca insieme all'équipe, sono emerse e hanno preso forma altre vite di questa utente e sono state contemplate altre possibilità di legame. "Quando siamo andati lì, in quel momento ho visto anche un'altra persona, ho capito la sua sessualità, il suo rapporto con la famiglia [...] Quindi ora ti chiedi: chi è? Da dove viene? Cosa pensa? Cosa significa per lei la felicità? Tante cose che non avevo mai immaginato e che ora sono più aperta a vedere", dice un'ACS.

La questione che si pone per l'équipe in questo momento è un progetto terapeutico che non limiti la cura alle azioni di igiene, alla normalizzazione di quel corpo, ai protocolli richiesti da ogni malattia, alle azioni di sensibilizzazione della popolazione sui problemi di salute, alle azioni di prevenzione e orientamento, e che in molti casi non producono alcun effetto sull'altro o, cosa peggiore, producono l'annientamento dell'altro nella sua pluralità, poiché si riduce a esistere solo un modo possibile di essere e stare al mondo. Questa incessante ricerca della medicina di colpevolizzare e patologizzare la sofferenza, rendendo il corpo insensibile e negato, rende necessario definire altre possibilità di comprensione e rispetto per la vita, nella sua condizione di essere influenzata dalle forze del mondo (PELBART, 2003).

Abbiamo cercato collettivamente di costruire un progetto "terapeutico" che tenesse conto di utenti e lavoratori in un rapporto di produzione, ampliando la costruzione di reti e portando nel dibattito i limiti delle reti formali nel fornire una cura integrale agli utenti, spesso burocratizzando il lavoro e non tenendo conto dell'esistenza degli utenti e dei lavoratori.

Così, si notano altre connessioni che possono essere realizzate oltre alla rete formale istitu-

⁴² NdT: Gli Agenti Comunitari di Salute sono figura ampiamente riconosciuta nel contesto brasiliano e integrate nel relativo servizio sanitario nazionale: cittadini/e che seguono un percorso di formazione e lavorano in équipe con altri/e professionisti/e per conoscere e migliorare la salute delle comunità in cui vivono e lavorano.

zionalizzata, e sorgono delle domande: quale progetto terapeutico dovrebbero seguire i lavoratori? Quello che crea barriere o quello che apre nuovi percorsi per la vita? La questione che si pone riguarda la vita dell'altro come necessaria e con un posto nel mondo come cittadino, e non come corpo con malattie o da considerare come caso clinico.

Riconosciamo che nella società c'è uno sforzo conservatore nel catalogare gli anormali del desiderio (MERHY, 2015), coloro che sono considerati devianti o difettosi a causa del loro modo di vivere inadeguato. La società e le sue pratiche creano problemi, e la medicina crea meccanismi per disciplinarli, che comprendono il processo di biomedicalizzazione dell'esistenza. Siamo sempre di fronte alla costruzione di altri anormali, di altri "difettosi", e dobbiamo essere aperti a questi processi, perché lavorare sul tema del cittadino con diritti passa per il diritto sociale di avere condizioni materiali di vita e reti di protezione sociale, ma anche per il "diritto alla differenza, il diritto alla costruzione di una libertà che si basa sulla produzione della libertà dell'altro, il diritto a una vita giusta, dignitosa e solidale con tutte le forme di vita sulla Terra" (MERHY, 2012).

3) Lavoratori, ricercatori formali e utenti-cittadini come simmetrici e fonti intrecciate: narrazioni di sé e degli altri

Lavorare sulla cura a partire da queste questioni finora sollevate, presuppone lavorare con la diversità, e con la convinzione che la cura non si riduca a procedure e protocolli tecnici biomedici. In questo modo, ciò che emerge come risultato è una negoziazione permanente dei molti significati presenti nella vita quotidiana, che ci invita a produrre strumenti per lavorare con questo campo di esperienze. Inoltre, la prospettiva dei concetti-strumenti nella ricerca sulla salute è anche una scommessa sulla circolazione dei significati che sono prodotti dai soggetti, considerando che lavoratori e utenti sono anch'essi produttori di conoscenza sulla loro realtà, ampliando i campi dei problemi che abbiamo percorso.

Così, discutere un percorso etico-metodologico che propone la radicalità della partecipazione di tutti in qualità di ricercatori implica riconoscere questi spazi di negoziazione tra i lavoratori come soggetti in grado di stimolare la produzione di nuovi percorsi e come luogo fondamentale di apprendimento attraverso la sperimentazione. Questo è uno spazio di dispute e di dialogo, capace di deterritorializzare e riterritorializzare i processi di lavoro, di promuovere spostamenti nel pensare e nell'agire, di decostruire e ricostruire soggettività che permettano nuove attitudini nel processo di cura (DELEUZE e GUATTARI, 2000) (MERHY, 2002). In questo modo, si punta sull'incontro tra lavoratori come possibilità per produrre altre logiche di soggettivazione nel modo di produrre salute.

In questo senso, portiamo nella nostra cassetta degli attrezzi l'idea che esistono molte fonti per la produzione della cura, oltre a quelle tradizionalmente utilizzate come le cartelle cliniche o le conoscenze cliniche. Non si tratta di un dibattito tra fonti tradizionali o fonti valide, ma di lavorare sulla molteplicità e sull'arricchimento reciproco tra di esse, rendendo palese che utenti e lavoratori sono anch'essi fonti e producono conoscenza.

Le fonti, in questo caso, riflettono la dinamica della costruzione del campo di studio e il loro manifestarsi sarà proporzionale alla porosità dei ricercatori coinvolti. Di fronte all'emergere delle discorsività, si apre spazio per la produzione di ricerca condivisa, per lo scambio di saperi e pratiche, di vivere. Qui abbiamo sperimentato l'emergere delle narrazioni come potenziale istituyente della fonte e di nuove fonti che vanno creando una rete di connessioni con quella realtà.

La produzione delle narrazioni si è rivelata molto potente negli incontri tra ricercatori formali e non formali. Si rompe con l'idea della mediazione strumentale, dell'osservatore esterno, dello sguardo neutro, con condizioni e idee predefinite per produrre il campo di ricerca e per produrre conoscenza, per rappresentare l'altro, cercando uno spostamento del potere istituito e di come gli utenti siano attualmente costruiti e influenzati dal sistema capitalista e neoliberale nella sanità (IRIART, FRANCO e MERHY, 2011). Esiste un intenso processo di controllo e regolazione dei corpi, dove anche le ricerche e i ricercatori sono catturati nel produrre narrazioni sull'altro.

La scommessa sul ricercatore "in-mondo" invade e/o colonizza l'idea che il ricercatore sia capace di produrre tutti i percorsi metodologici in anticipo e che gli spazi non formali, extra-istituzionali, possano essere abitati. Quando si tratta di produzione del mondo del lavoro, della salute, della vita, l'implicazione di chi partecipa al campo di ricerca deve essere parte integrante dello stesso e non un pregiudizio. Infatti, non è in ambienti sterili che emergono cronologicamente i significati e i *divenire*, ma negli eventi della vita.

Lavorare insieme alle équipes con la molteplicità di fonti che ogni vita è in grado di portare come punto di connessione con l'utente, e anche con gli utenti stessi come fonti nella costruzione della cura, permettendosi di creare varie narrazioni, può aiutare a smantellare logiche omogenee del fare salute e portare sulla scena una molteplicità di reti di cura che sono coinvolte nei racconti, oltre le reti istituzionalizzate, a partire da altre forme di vedere e far parlare gli utenti che stiamo seguendo (ABRAHÃO et al., 2013).

Questo si ricollega a quanto abbiamo presentato in precedenza, in particolare alla questione dell'utente-guida; in altre parole, quando l'équipe di ricercatori prende in carico un utente da accompagnare, utilizza questo metodo per analizzare tutta l'esperienza relativa a quel caso, tutte le situazioni esistenti, tutte le possibilità, le relazioni con l'équipe. Ciò significa che questa cura è frutto del modo in cui si è dato l'incontro tra il lavoratore e l'utente, e questi eventi nell'incontro sono gli analizzatori che dimostrano il funzionamento della rete, che mostrano come si è prodotta quella cura, che illustrano come sia il processo di lavoro e le relazioni esistenti.

Le narrazioni, in questo modo, occupano un posto di rilievo nelle ricerche dell'équipe, come forma di espressione concreta degli affetti che emergono dagli incontri e dai concatenamenti cartografici. Esse rappresentano anche una parte importante dello sviluppo del gruppo di ricerca stesso nel processo di ricerca e nell'incontro con le interferenze del campo.

Come concetto-strumento, le narrazioni di sé e dell'altro sono potenti generatori di spostamenti nei ricercatori. Non si tratta di narrare gli eventi sull'altro, di raccontare la storia di vita, il percorso terapeutico dell'utente nei servizi sanitari, le sue potenzialità e difficoltà, ma ciò che trapela nel mondo della cura, cercando di comprendere le soggettivazioni che operano nella costruzione delle reti e dei territori della cura e di produrre narrazioni a partire dalla molteplicità di voci che fanno traboccare altri modi di sperimentare, vedere e parlare del mondo della cura e della vita che in esso pulsano. Le narrazioni esprimono le affezioni e gli affetti che avvengono dalla micropolitica dell'incontro, sono le reti vive in esistenza che si esprimono nel mondo e chiedono nuove lingue per avere visibilità ed espressività, costituendosi come conoscenza condivisibile.

In questo senso, operando sull'esperienza, in atto, in un esercizio critico-analitico collettivo, tutti gli autori-ricercatori dell'indagine di ricerca – ricercatori proponenti, ricercatori agenti istituzionali dei servizi in questione, ricercatori gestori e ricercatori utenti – diventano soggetti chiamati a pronunciarsi, impegnati e corresponsabili. Così, si decostruiscono le narrazioni istituite, che raccontano quanto viene stabilito a priori, cercando di rendere visibili le tensioni costitutive della cura nell'ambito della salute, producendo narrazioni degli stessi partecipanti-autori-ricercatori negli eventi, negli incontri, e gli effetti prodotti in tutti i soggetti che ne sono coinvolti.

4) Educazione permanente: la ricerca come interferenza nei processi organizzativi dei servizi

Per gestire questo spazio di costruzione continua della ricerca cartografica, nella radicalità della partecipazione di tutti coloro che sono coinvolti come ricercatori, è necessario investire in spazi di produzione collettiva, di riflessione attiva sul mondo del lavoro e della vita, e anche sul mondo della valutazione in salute. Questo richiama il processo che abbiamo precedentemente chiamato interferenza che, invece di lavorare sulla produzione della cura a partire da scene fisse o movimenti stagnanti da analizzare, cerca di affrontare il fare quotidiano delle équipes e la loro produzione in atto.

In questo modo, creiamo innanzitutto spazi per la costruzione e la condivisione di pratiche e saperi, così come per la costruzione congiunta di nuove questioni che sorgono dall'interferenza della ricerca nella produzione della cura. L'interferenza non avviene solo nell'oggetto della ricerca, ma anche nei ricercatori, che richiedono un'elaborazione sull'esperienza vissuta e sperimentata sul campo, spesso sorpresi dagli eventi.

La ricerca è proprio nel mondo del lavoro e della vita, riflettendo su questo spazio di produzione di significati per la salute che è l'incontro tra lavoratori e utenti e chiamando tutti, attivamente, a produrre riflessioni su questi processi, cercando la costruzione di nuovi significati e modelli per la cura nell'ambito della salute.

L'educazione permanente parte dal presupposto dell'apprendimento significativo (che promuove e produce significati) e propone che la trasformazione delle pratiche professionali debba

essere basata sulla riflessione critica relativamente alle pratiche reali dei professionisti in azione nella rete dei servizi. Ciò implica che i processi di qualificazione del personale debbano essere strutturati a partire dalla problematizzazione del proprio processo di lavoro (CECCIM e FEU-ERWERKER, 2004). Tutto il riverbero di un processo di educazione permanente della ricerca porta in primo piano il tema del luogo della produzione della conoscenza e degli incontri prodotti con utenti, lavoratori e gestori, e tra ricercatori. Ciò significa che nell'incontro si esercita l'atto di ricerca, con i suoi disagi e le sue difficoltà. La ricerca stessa si è mostrata una "dimensione didattica" di questo processo formativo in movimento. Creare spazi di formazione e di educazione permanente, dove la ricerca diventa un elemento strategico per approfondire, migliorare, qualificare, attivare e ampliare gli incontri e l'elaborazione degli incontri.

In questo senso, ci troviamo in un intenso esercizio di Educazione Permanente, interrogando la realtà, i significati del fare salute, le pratiche, ponendo queste questioni come dispositivi per riflettere su quale realtà di produzione di rete viene operata nel quotidiano del lavoro.

All'interno dei diversi punti di accesso che attiviamo a seconda dei vari contesti, emergono narrazioni di lavoratori, ad esempio, sulla mancanza di spazi di riflessione nella routine delle unità di salute. Oppure, spazi burocratizzati, che poco o nulla contribuiscono a un processo di riflessione sul mondo del lavoro e le sue questioni.

Negli anni, nelle diverse ricerche in cui il collettivo è stato coinvolto, abbiamo avuto contatti con modi diversi di proporre, o addirittura non proporre, l'Educazione Permanente con le équipes nei servizi sanitari. In molti casi, l'Educazione Permanente era decisamente una non questione, cioè situazioni lavorative contraddistinte dalla totale mancanza di spazi di discussione e nessuna possibilità di condividere conoscenze e imparare dal quotidiano, dove la pratica è una produzione individuale costantemente orientata alla produttività.

Nella maggior parte dei casi, in contesti come questi, incontriamo molte difficoltà nel costruire un legame tra la ricerca e i lavoratori, che non dedicano, o non sono autorizzati a dedicare, tempo per un momento collettivo di conversazione. In genere, le azioni che svolgiamo in questi spazi procedono in modo informale, con osservazione partecipante e conversazioni dirette con gli utenti del servizio, con scambi limitati o nulli con i lavoratori.

In altri contesti, d'altra parte, osserviamo che dalla gestione c'è un tentativo di implementare l'Educazione Permanente attraverso un programma fisso e regolato con protocolli, talvolta già in corso, altre volte ancora nella fase preliminare dei programmi. Inoltre, nei servizi in cui osserviamo la messa in atto da parte dei lavoratori stessi di momenti di discussione che compaiono nell'agenda quotidiana, ciò prevede spazi di conversazione continua tra i professionisti, oltre a azioni di cura che vanno oltre il tecnicismo e che favoriscono questo scambio di saperi ed esperienze, oltre a un approccio condiviso con i familiari e in modo interprofessionale. La ricerca, in situazioni come queste, riesce a produrre in questi spazi di discussione un luogo di riflessione sul mondo della cura attraverso lo sguardo sull'utente-guida e le sue reti di connessione, portando ai lavoratori-ricercatori altre possibilità di pensare alle proprie pratiche al di là delle necessità protocollari di assistenza.

Questa molteplicità di contesti fa riferimento al mondo stesso del lavoro nell'ambito della salute e ai suoi incontri più diversi, e l'Educazione Permanente è in costante dialogo con questi temi. Partendo da questa idea, l'atto stesso del lavoratore, nella quotidianità con altri lavoratori, gestori e utenti, è formativo e scatena sia azioni produttive che processi formativi. Portare questo mondo in primo piano significa mettere in analisi il processo di lavoro delle équipes e, di conseguenza, il come vengono prodotte le reti di assistenza sanitaria nel quotidiano.

Alcune questioni conclusive

I concetti-strumento presentati come fondamentali per la costruzione di un altro approccio alla valutazione della salute, basato su una prospettiva cartografica della produzione della cura, rivelano non solo le strategie di ricerca che abbiamo sviluppato nei nostri studi, ma anche principi etici e politici che sono alla base del nostro essere ricercatori, per ampliare le questioni e le fonti accessibili, per valutare come la cura viene prodotta nel quotidiano. Nell'ambito della ricerca in salute, riconoscere e dare visibilità a questioni che, dal nostro punto di vista, sono fondamentali per comprendere il funzionamento e le conseguenze della produzione della cura.

L'approccio cartografico di tipo interferenziale ci ha permesso di dare maggiore visibilità alle tensioni, alle potenzialità e agli altri effetti prodotti nella micropolitica degli incontri tra i partecipanti (lavoratori e gestori dell'ambito della salute, utenti e ricercatori) nelle reti vive prodotte durante le ricerche dagli utenti-cittadini-guida. Lavorare con un approccio etico-metodologico in cui l'incontro è considerato un metodo significa scommettere che non esiste un percorso predefinito per fare ricerca nell'ambito della salute, ma una radicalità nella costruzione di strumenti di ricerca che abbiano senso a partire dagli incontri multipli che si producono nella quotidianità del lavoro in salute, riconoscendo e dando visibilità all'incontro come spazio produttore di significati. Questo è un percorso che implica la partecipazione di lavoratori e utenti-cittadini, in un processo permanente di analisi degli arrangiamenti e delle pratiche prodotte nella quotidianità.

Pertanto, la produzione di incontri si presenta come centrale per qualsiasi possibilità di produzione di conoscenza e l'utente come guida invita il collettivo di ricercatori a percorrere la propria esistenza e a produrre conoscenza su questi movimenti in modo condiviso.

Una delle questioni fondamentali è proprio considerare quell'utente che classicamente è oggetto di ricerca come ricercatore. Questo cambia il rapporto di forze nel campo della ricerca e ha importanti effetti sulla conoscenza prodotta. Il nostro obiettivo, in questo senso, è superare l'idea che la conoscenza sia un atto specifico di un gruppo rispetto ad un altro gruppo e costruire l'idea che la conoscenza sia una produzione collettiva che si costituisce nella produzione degli incontri e nella produzione delle esistenze.

Il/la cittadino/a-guida, in questo senso, va oltre la costruzione di uno strumento metodologico di ricerca: è di per sé la ricerca in produzione in e con le équipes locali. Si costruisce in atto, senza la possibilità di un a priori, e si trasforma in uno strumento per la produzione della cura nell'ambito della salute, come uno sguardo soggettivo che va oltre la clinica, comunemente discussa nel mondo della salute, che consente di visualizzare la moltitudine (NEGRI, 2005) che compone ogni vita.

Partire dall'incontro come diversità di narrazioni possibili, cioè nella molteplicità di fonti, ci chiama a nuove possibilità nel campo della produzione della cura nell'ambito della salute. Nell'incontro con queste narrazioni, ricercatori, lavoratori e utenti-cittadini/e sono spinti a spostare lo sguardo su altre questioni legate alla cura, provocando anche uno spostamento delle pratiche quotidiane in sanità, sia con i lavoratori sia con gli stessi utenti, in un processo di educazione permanente, aprendo la possibilità di inventare nuovi significati per il fare e il vivere.

Bibliografia

- ABRAHÃO, Ana Lúcia et al (2013). *O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde*. Lugar Comum–Estudos de Mídia, Cultura e Democracia, v. 39, p. 133.
- ABRAHÃO, Ana Lúcia; MERHY, Emerson Elias (2014). *Formação em saúde e micropolitica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 49.
- BADUY, R. S. (2010). *Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento*. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- BRASIL. PORTARIA GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE. Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.
- BERTUSSI, D.; BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. (2015). *Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios*. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA. p.461-486.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura CM (2004). *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Physis, v. 14, n. 1, p. 41-65.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix (1995). *Mil platôs-capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Rio de Janeiro: Ed, v. 34.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix (1995). *Micropolitica e segmentaridade*. In G. Deleuze & F. Guattari, *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* (pp. 83-115). Rio de Janeiro: Ed. 34.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (2000). *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, v.2.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. (2004). *Diálogos*. Portugal: Editora Relógio D'Agua, DELEUZE, G. (2013). *Conversações*. São Paulo: Editora 34.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (2005). *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*. Interface 9(8):489-506.

- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias (2011). *Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?*. MA-TTOS, RA; BAPTISTA, TWF Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, p. 290-305.
- FEUERWERKER, L., BERTUSSI, D.C. e MERHY, E.E. et al. (2016). *Avaliação Compartilhada do Cuidado. Surpreendendo os instituídos nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis Editora, v. 2.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (2007). *Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M. (1992a). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- FOUCAULT, M. (1992b). *Nietzsche. Genealogia e História*. In *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Orgs). (2014). *Pesquisadores In-Mundo Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA.
- HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ, F., REVELLES BENAVENTE, B. (2019). *La perspectiva post-cualitativa en la investigación educativa: genealogía, movimientos, posibilidades y tensiones*. *Educatio Siglo XXI*, 37(2 Jul-Oct), 21-48.
- IRIART C, FRANCO T, MERHY EE. (2011) *The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era*. *Glob Health*. 24 de fevereiro de 2011;7(1):2.
- LATHER, P., ST. PIERRE, E. (2013). *Post qualitative research*. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 26 (6), 629-633.
- LATOUR, B. (2012). *Reagregando o Social. Uma introdução a teoria do ator rede*. Salvador: EDUFBA- Edusc.
- LOURAU, René. (1996) *A análise institucional*. Vozes.
- MERHY, E.E. Saúde. (2002). *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MERHY, E. E. (2006). *Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças*. In: ACCIOLY, G. (Org.). *Saúde no Brasil: cartografia do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, p. 6- 12.
- MERHY, Emerson Elias (2012). *Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua in Droga e Cidadania*, Conselho Federal de Psicologia. Páginas 9 – 18. Brasil.
- MERHY, E.E. (2013). *As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas*. *Rev. Bras. Saúde Família*.
- MERHY, Emerson Elias et al (2014). *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. *Divulgação em Saúde para Debate* N. 52, P. 4-7, Out.
- MERHY, E. E. (2015). *Esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum*. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.24, supl.1, p.44-54.
- MERHY, E. E. ; BADUY, R.S. ; SEIXAS, C.T. et al. (2016a). *Avaliação Compartilhada do Cuidado. Surpreendendo os instituídos nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis Editora. v. 1.
- MERHY, E. E., GOMES, M. P. C., SILVA, E., SANTOS, M. D. F. L., CRUZ, K. T., & FRANCO, T. B. (2016b). *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. In *Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 31-42.
- MERHY, E. E., GOMES, M. P. C. e CRUZ, K. T. (2019). *Sinais que vêm da rua. O outro no seu modo de existir como pesquisador-intercessor in Conexões*. Editora Hucitec, São Paulo.
- MOEBUS, R. N., MERHY, E. E. e SILVA, E. (2016a). *O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?* in: *Avaliação Compartilhada do Cuidado. Surpreendendo os instituídos nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis Editora. v. 1, p. 43.
- MOEBUS, R. L.N. (2016^a). *Redes pesquisadoras em nós e os nós dessas redes*. In: MERHY, E. E. et al.. *Avaliação Compartilhada do Cuidado. Surpreendendo os instituídos nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis Editora. v. 1, p. 384.
- MOEBUS, R. L.N. (2016b). *Pesquisa interferência desde Heisenberg*. In: MERHY, E. E. et al. *Avaliação Compartilhada do Cuidado. Surpreendendo os instituídos nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis Editora. v. 1, p. 420- 201.
- NEGRI, A. *Poder constituinte*. (2002). São Paulo: De Paulo Editora.
- NEGRI, A. (2005). *Multidão: guerra e democracia na era do Império*. Rio de Janeiro: Record.
- PÊCHEUX, M. (1995) *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: UNICAMP.
- PELBART, Peter Pál. (2003). *Vida capital: ensaios de biopolítica*. Editora Iluminuras Ltda.
- PLA, M et al (2007). *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) Informe Final*.
- ROLNIK, Suely (2014). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2 ed.

- ROMAGNOLI, R. C. (2009). *A cartografia e a relação pesquisa e vida*. Psicologia & Sociedade; 21 (2): 166-173.
- SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. (2016). *La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil*". Salud Colectiva, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 113-123. ISSN 1851-8265. Disponible su: <<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/874>>.
- SEIXAS, C.T., SLOMP JR, H. e CRUZ, K.T. (2016) Os caminhos de Sueli: o que pode uma cidadã usuária-guia? In: MERHY, E. E. et al.. Avaliação Compartilhada do Cuidado. Surpreendendo os instituídos nas redes. Rio de Janeiro: Hexis Editora. v. 1, p. 215.
- SLOMP JR, H., FEUERWERKER, L.C.M., MERHY, E.E. (2015). Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado In: Interface – comunicação, saúde, educação. v. 20, n. 6, p. 9- 17.
- TEIXEIRA, R.R. (2005). *O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva*. In: Interface – comunicação, saúde, educação. v. 9, n. 17, p. 219- 234.
- VIVEIROS DE CASTRO, CASTRO, E. (2014). *Metafísicas Canibais*. São Paulo: CosacNaify e N-1.

3. La ricerca-azione AllattaCoRER: per una progettazione condivisa dell'assistenza dopo la nascita durante la pandemia

di Simona Di Mario, Tatiana Saruis, Luigi Palestini, Giulia Rodeschini.

Fra il 2021 e il 2022 in Emilia-Romagna è stato condotto uno studio osservazionale quali-quantitativo denominato *AllattaCoRER: l'allattamento durante la pandemia CoVID in Emilia-Romagna*. Lo studio ha indagato le reazioni delle donne – e quelle dell3 loro partner, famiglie e altre reti e risorse relazionali – rispetto alle restrizioni associate alla pandemia CoVID 19 e come queste abbiano influito sulle scelte di accudimento dei neonati, in particolare rispetto all'allattamento. Lo studio, approvato dai comitati etici delle tre aree vaste, è stato promosso dal Servizio Assistenza Territoriale, DG Cura della Persona, Salute e Welfare - Regione Emilia-Romagna e condotto in collaborazione con il Programma Innovazione Sociale dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale e si è articolato in due fasi.

Nella **prima fase (giugno-settembre 2021)** utilizzando tecniche diverse in base al numero dell3 partecipanti (focus group o world café) si è attivato un dialogo fra pari coinvolgendo madri, partner, professionist3 dei servizi sanitari e dei centri per le famiglie, volontari3 delle associazioni di auto-mutuo aiuto.

Sulla base dell'analisi e dell'elaborazione dei dati raccolti nella prima fase, è stato ideato un questionario per la **seconda fase dello studio (febbraio-aprile 2022)**. Il questionario, disponibile online in tre lingue (italiano, francese e inglese), è stato pensato per dare voce ai genitori di bambin3 concepit3, nat3 o che avevano meno di tre anni di vita durante la pandemia (a partire da febbraio 2020 e fino al momento della risposta al questionario), al fine di identificare le criticità sperimentate e identificarne possibili determinanti passibili di miglioramento. Dei fattori identificati, quelli modificabili sono/saranno oggetto di progetti di audit locale e implementazione di cambiamenti atti a garantire, alle donne che vogliono allattare anche in epoca di emergenze, il migliore sostegno possibile.

AllattaCoRER è, infatti, uno studio che si sviluppa secondo la metodologia della ricerca-azione: a partire dall'identificazione di una criticità, in un primo momento se ne analizzano i determinanti locali e le possibili soluzioni e in un secondo momento si progetta un piano di implementazione del cambiamento, il quale viene infine verificato in audit successivi. La presenza, in regione Emilia-Romagna, di un flusso di dati stabile, che consente di monitorare la prevalenza di allattamento nei diversi territori, permette di verificare nel tempo l'efficacia dei cambiamenti proposti e implementati.

Metodologia e attività di ricerca

La popolazione che ha preso parte complessivamente all'indagine costituisce un campione di convenienza, con le caratteristiche e i limiti di rappresentatività descritti in seguito. Per l'arruolamento dei genitori e dell3 professionist3 sono state coinvolte le pediatrie di comunità di tutte le AUSL della Regione: al momento delle vaccinazioni pediatriche il personale ha descritto lo studio ai genitori, pubblicizzandolo anche tramite materiale informativo (vedi locandina); mentre l'arruolamento delle professioniste dei Centri per le Famiglie è stato facilitato dal Servizio Politiche Sociali e Socio Educative.

*Locandina utilizzata
per l'arruolamento dei genitori
nelle pediatrie di comunità.*



Prima fase dello studio: incontri on-line, utilizzando la piattaforma Teams, di due o tre ore l'uno. In particolare:

- tre incontri con le mamme: 47 donne suddivise in tre world café on-line
- un incontro con i partner: 3 padri in un focus group
- un incontro con le professioniste della sanità: 59 partecipanti (in gran parte donne e ostetriche) in un world café
- un incontro con le volontarie delle associazioni di auto-mutuo aiuto fra mamme: 17 partecipanti di 13 diverse associazioni
- un incontro con le professioniste dei centri per le famiglie: 23 professioniste (tutte donne, in gran parte educatrici)

Le mamme che hanno partecipato alla ricerca qualitativa non sono rappresentative della popolazione generale di donne che partoriscono in Emilia-Romagna [dati CedAP 2021] essendo quasi esclusivamente italiane, con scolarità elevata, alla prima esperienza di maternità e in larga percentuale in allattamento esclusivo (oltre 90%).

Le domande-stimolo proposte alle mamme hanno riguardato le **facilitazioni e gli ostacoli** incontrati nell'allattamento e gli **effetti del lockdown, il ruolo** svolto dai **servizi** e i possibili **interventi** da attivare **per il loro miglioramento**. Gli stessi temi, declinati tenendo conto della specificità dei diversi target, sono stati oggetto di confronto con gli altri gruppi, così da offrire molteplici prospettive di osservazione sulle medesime questioni. L'analisi delle informazioni raccolte, pur con valore esplorativo, hanno messo in luce le reti e le risorse a supporto dell'allattamento, il loro combinarsi nell'affrontare il periodo pandemico, ma anche alcune carenze o disattenzioni del sistema e gli spazi di innovazione emergenti. Queste informazioni sono state utilizzate per sviluppare il questionario utilizzato nella seconda fase dello studio.

Seconda fase dello studio: durante le sedute vaccinali pediatriche il personale delle pediatrie di comunità delle AUSL della regione ha invitato i genitori a compilare un questionario on-line; l'invito è stato poi rilanciato tramite passa-parola dai centri per le famiglie e dalle associazioni di auto-mutuo aiuto di mamme.

Il questionario era composto da **80 domande**, per lo più a risposta chiusa multipla, corredate di spazi per i commenti liberi e articolate in sezioni:

1. anagrafica di chi compila il questionario
2. allattamento/alimentazione del bambino
3. rete amicale/parentale di sostegno della famiglia
4. informazioni alla famiglia
5. servizi a sostegno delle famiglie
6. impatto del COVID-19

Per indagare la condivisione nell'ambito della coppia di alcune attività – da quelle domestiche, alla cura e al nutrimento dell'figli, all'utilizzo dei servizi, alla partecipazione ai corsi di accompagnamento, ecc.) – è stata utilizzata una scala Likert⁴³ a 5 gradi (il punteggio da 1 a 5 identifica chi è maggiormente coinvolto nelle attività citate).

Nell'analisi le risposte sono state categorizzate in tre classi:

- 1+2: tutto io o io per la gran parte
- 3: divisione equa dell'attività tra i due
- 4+5: tutto o in gran parte il mio/la mia partner

L'ultima categoria (6) viene utilizzata in caso di genitore single.

Simile aggregazione delle risposte è stata fatta per graduare l'accordo con alcune affermazioni sui servizi e sulla pandemia COVID:

- 1+2: per niente o quasi per niente d'accordo
- 3: abbastanza d'accordo
- 4+5: molto/totalmente d'accordo

⁴³ La scala Likert è una tecnica psicometrica di misurazione dell'atteggiamento ideata dallo psicologo Rensis Likert. Tale tecnica consiste principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni - item - che esprimono un atteggiamento positivo e negativo rispetto ad uno specifico oggetto. La somma di tali giudizi tenderà a delineare in modo ragionevolmente preciso l'atteggiamento del soggetto nei confronti dell'oggetto. Per ogni item si presenta una scala di accordo/disaccordo, generalmente a 5 o 7 modalità.

Risultati seconda fase: hanno risposto al questionario **1174 genitori** (di cui 36 padri e 78 rispondenti nati in un paese diverso dall'Italia).

Come indicato più sopra, le donne che hanno risposto al questionario non sono rappresentative della popolazione regionale di donne gravide [dati CedAP 2022]: sono **sottorappresentate le donne straniere, quelle con scolarità bassa, le donne in cerca di occupazione**. Per quanto riguarda invece le variabili abitudine al fumo e classe di peso, il dato coincide con quello della popolazione generale.

Quasi la totalità dell3 bambin3 è stata allattata almeno qualche volta (99%). Fra l3 lattanti di età fra 0 e 6 mesi al momento della compilazione del questionario, il dato di allattamento è:

- allattamento esclusivo: 57%
- latte materno e pappe: 8%
- allattamento complementare: 19%
- nessun allattamento (solo formula): 16%
- solo pappe: <0.1%

È elevata la percentuale di donne che riferisce di aver avuto **problemi di allattamento**: il **41%** ha infatti riportato sensazione di non avere abbastanza latte, ragadi, ingorgo, mastite, problemi di attacco.

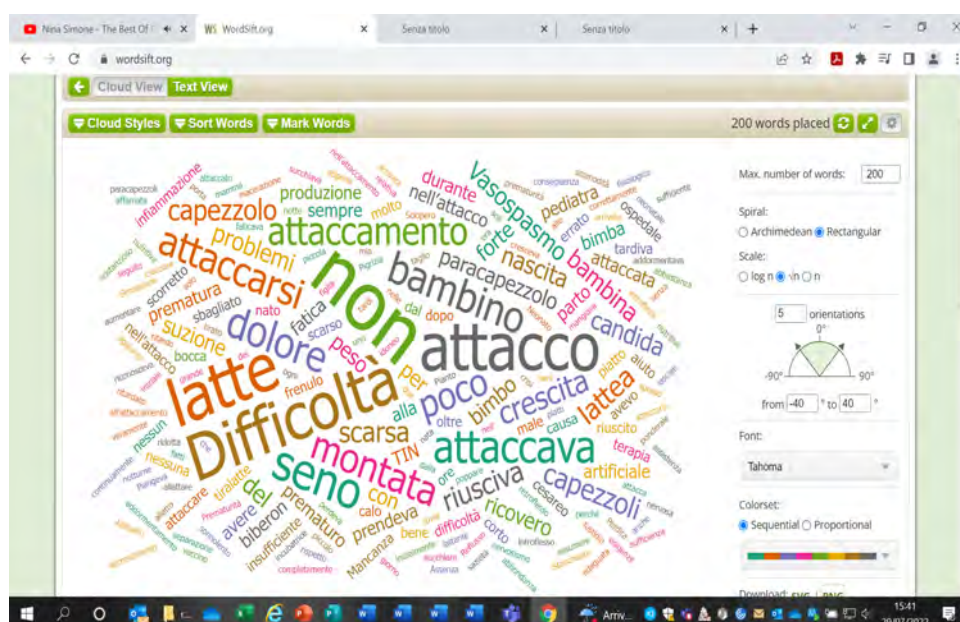


Figura. Word cloud delle risposte inserite nella categoria *altro* relative ai problemi di allattamento sperimentati (questionario, seconda fase).

A questi problemi le donne hanno provato a dare una risposta in gran parte tramite la consulenza con l'ostetrica, privata o dei consultori/ambulatori allattamento.

LA PAROLA ALLE PROTAGONISTE...

"ho provato tutto e nulla ha funzionato, dopo 3 mesi il dolore è scomparso con il ridursi della durata delle poppate"

"lavorare sulla mia serenità psicologica, meditando"

"me lo sono tenuto"

"determinazione e cambio posizione"

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda sulle modalità sperimentate dalle donne per risolvere i problemi di allattamento (questionario, seconda fase).

La gran parte delle donne riferisce di aver avuto un **aiuto pratico esterno al nucleo familiare** per le attività quotidiane, anche se qualcuno ha riferito di averne bisogno, ma di non riceverne (figura).



Figura. Presenza e tipologia di aiuto pratico esterno alla coppia (questionario, seconda fase).

LA PAROLA ALLE PROTAGONISTE...

"Siamo soli"

"Non abbiamo nessun parente e siamo completamente soli. Trovare una babysitter è una impresa e pagarla ancora di più. Siamo due lavoratori e uno di noi si deve sempre sacrificare lasciando il lavoro per occuparsi del bambino."

"Nonni vivono in una altra regione, aiutano quando vengono. Amica aiuta per pulizie e babysitter per bimbo grande saltuariamente. Un aiuto in più farebbe comodo."

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda sugli aiuti pratici (questionario, seconda fase).

La **suddivisione del lavoro domestico** all'interno della coppia risulta equa in quasi la metà dei casi (47%); quando la divisione non è equa ricade più frequentemente sulla madre (41%) e solo raramente sul/la partner (11%).

La **cura dei figli** è ancora più significativamente concentrata sulla madre (71%) e solo nel 25% dei casi è equamente suddivisa. Quindi, nonostante il campione di rispondenti rappresenti per alcune variabili socioeconomiche la fascia meno vulnerabile della popolazione, le responsabilità di cura all'interno della coppia appaiono comunque ancora maggiormente a carico della madre.

La grandissima parte delle rispondenti riferisce che nei primi mesi di vita ha ricevuto **sostegno dalla famiglia rispetto all'allattamento** (90%)

LA PAROLA ALLE PROTAGONISTE...

Ho incontrato qualche difficoltà a far capire la fatica dell'allattare, avrei preferito che al corso preparto avvertissero che non è tutto magico e fantastico.

Quando mi sono arresa e ho interrotto l'allattamento diverse amiche mi hanno giudicata e criticata.

A parte mio marito...con il quale ci siamo spesso confrontati...soprattutto con il passare dei mesi...con gli altri familiari o amici non ho ritenuto necessario comunicare il fatto che nonostante la bambina abbia già 2 anni io abbia scelto di continuare ad allattare!!! Riguarda solo me e la mia bambina.

Dopo i 6 mesi sono stata spinta ad abbandonare allattamento al seno per la formula e introduzione di altri alimenti.

Ho notato che tutti, familiari e amici, hanno da dire la loro senza sapere. Nelle mamme causa solo nervosismo e dispiacere. Si pensa sempre che sbagliamo qualcosa, a sentire le riflessioni altrui.

Il mio partner ha capito nel tempo che per me era importante dare precedenza al latte materno nell'alimentazione di nostro figlio, mentre all'inizio per lui suggerire di usare il latte artificiale era il suo modo per cercare di aiutarmi per non essere troppo stanca (per me invece era un atteggiamento che indisponeva perché lo leggevo come una critica e pensavo che lui ritenesse che non avevo abbastanza latte).

Quando hanno capito la mia determinazione nel voler proseguire con l'allattamento al seno mi hanno sostenuto in tutto e per tutto.

Nessuno mi capisce veramente.

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda sull'aiuto ricevuto in relazione all'allattamento (questionario, seconda fase).

La **partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita** è elevata in questo campione e pari al 76% del totale (maggiore rispetto a quella della popolazione generale di donne che partoriscono in regione, che nel 2021 era pari al 28%). Il corso è stato giudicato nella gran parte dei casi (60%) come buono/ottimo. Ha suggerito modifiche possibili al corso il 24% di chi vi ha partecipato; fra questi c'è chi ha valutato negativamente il corso e anche chi ne ha fornito un giudizio positivo. La tematica più ricorrente nelle risposte è quella relativa alla **modalità online**: pur riconoscendo che la scelta era "obbligata" dalle restrizioni dovute al CoVID, è stata vissuta – tolti alcuni commenti positivi – come insoddisfacente, limitata, poco adeguata, sia in termini di durata che per i temi affrontati, e poco incisiva; ha reso inoltre più difficile intessere relazioni con le altre madri. È stato quindi suggerito di **tornare agli incontri di persona**. L'altro suggerimento è stato quello di parlare dei **temi relativi al postparto** o di prolungare il corso fino ai primi mesi dopo il parto: **il parto non è il punto di arrivo ma quello di partenza**, e le donne si sentono senza riferimento tornate a casa, quando avrebbero bisogno di confronto e sostegno. Altre rispondenti hanno sottolineato come si possa rischiare di fornire descrizioni edulcorate e idealizzate del parto e del puerperio e rimanere troppo nel teorico: non tutto è facile, bisogna essere **realistici** e fornire **esempi pratici**. La **tempistica dei corsi**, troppo spesso a ridosso del parto, è stata anche sottolineata come uno degli aspetti da modificare.

LA PAROLA ALLE PROTAGONISTE...

Al corso al quale abbiamo partecipato, fatto da infermiere e ostetriche dell'ospedale e peraltro online, non si è parlato di altro che di cosa si debba fare al momento del travaglio, dove e quando presentarsi al punto nascita. In tutti e tre gli appuntamenti non si è parlato di altro. Invece il momento più critico e importante è il post nascita. Tanto il momento della pre-nascita e della nascita è molto variegato e non è possibile affrontarlo standardizzando. Invece il post nascita sì. È un supporto che non deve mai mancare soprattutto per chi diventa genitore per la prima volta sia per la mamma che per il papà.

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda sui corsi di accompagnamento alla nascita (questionario, seconda fase).

La **partecipazione ai corsi postparto** è invece residuale, riguardando solo il 13% di chi risponde al questionario ed è limitata quasi esclusivamente alle donne (80%).

LA PAROLA ALLE PROTAGONISTE...

Oltre a tante altre informazioni utilissime ci furono fornite delle dispense promemoria, che per me sono state molto importanti. Tra tante cose ci fu anche il consiglio di non proporre il ciuccio al neonato.

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda sui corsi postparto (questionario, seconda fase).

Fra le **fonti di informazione/sostegno** citate, la **pediatra di libera scelta** risulta essere la figura dei servizi che più frequentemente è in contatto con le neo-famiglie, mentre la professionista privata lo sono più raramente. Il sostegno è stato mediamente giudicato buono, con un gradimento più elevato (percentuale di giudizi buono-ottimo) riservato alle **ostetriche libero professioniste, ai centri per le famiglie, agli ambulatori allattamento e alle associazioni di sostegno fra pari**.

Nel 28% dei casi è stato riportato un ricorso ai **servizi privati** in aggiunta o in sostituzione di quelli pubblici. Le motivazioni più comuni per ricorrere al privato sono: fiducia, disponibilità oraria, consiglio di familiari, vicinanza fisica, consiglio di una professionista, disponibilità in epoca COVID, quando i servizi pubblici non erano aperti o non permettevano la partecipazione del/la partner.

Il **giudizio rispetto ai servizi a sostegno** è stato giudicato di buona qualità.

LA PAROLA ALLE PROTAGONISTE...

Abbiamo partecipato ad un corso di massaggio infantile e ci è servito tantissimo forse più a me in questo caso perché durante questo corso sono emerse tante notizie utili anche sull'allattamento però sono contenta in quanto è stato coinvolto anche il papà.

Andata al consultorio per ingorgo e non fanno entrare senza appuntamento (a xxx necessarie molteplici telefonate prima di prendere la linea, a volte è quasi impossibile). È necessario che il servizio sia disponibile anche senza appuntamento perché non è possibile attendere giorni con ingorghi o mastite.

Assolutamente fondamentali perché, se non si sa cosa fare, sono sempre disponibili e anche due parole rassicuranti fanno sempre piacere.

Unico problema è che a volte in ospedale puoi trovare delle ostetriche poco competenti sull'allattamento e quindi non aiutano.

Chi sposta l'ago della bilancia è il/la pediatra... Bimbo tra 3 e 10 percentile, se la pediatra mi avesse consigliato il latte artificiale e non avesse avuto fiducia in me non avrei allattato per 12 mesi... e meno male perché iniziato lo svezzamento è sceso sotto al terzo... dopo vari esami abbiamo appurato che è sano ma scricciolo! Non mi sarei mai perdonata di aver smesso, evidentemente non era un problema di latte!

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda sulle fonti di informazione/sostegno (questionario, seconda fase).

Alla domanda sulle **sensazioni provate dopo il parto**, quasi mai è stata riportata un'unica risposta, ma più comunemente un mix molto variegato, anche di segno opposto, come ad esempio: voglia di fuggire – solitudine – depressione – stanchezza – gioia – piacere – speranza// oppure gioia – stanchezza – isolamento – tanto amore// infine stanchezza – dolore – paura – voglia di fuggire – solitudine – depressione.

Suggestiva anche la descrizione riportata nelle risposte libere.

LA PAROLA ALLE/AI PROTAGONISTE/I...

Stato di allerta perenne

Voglia di maggiore libertà

Senso di inadeguatezza e di perdita della mia persona. Il parto è stato molto negativo

Rimpianto di non poter dare mio figlio in braccio alle persone a cui voglio bene

Quando non riuscivo ad allattare in ospedale forte frustrazione, mi sentivo una fallita, con un seno inutile. Piangevo davanti al poco latte che usciva dal tiralatte o quando il piccolo piangeva al mio seno. È stato tremendo e solo grazie a supporti privati e la mia tenacia sono riuscita ad allattare e lo faccio ancora

*Travolta dagli eventi giornalieri e paura di non riuscire a gestire il bambino
Paura di sbagliare nei confronti del figlio maggiore*

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda
sulle sensazioni provate dopo il parto (questionario, seconda fase).

Nella rappresentazione visiva dei sentimenti riportati sotto la voce *altro* (word cloud) spicca l'inadeguatezza.

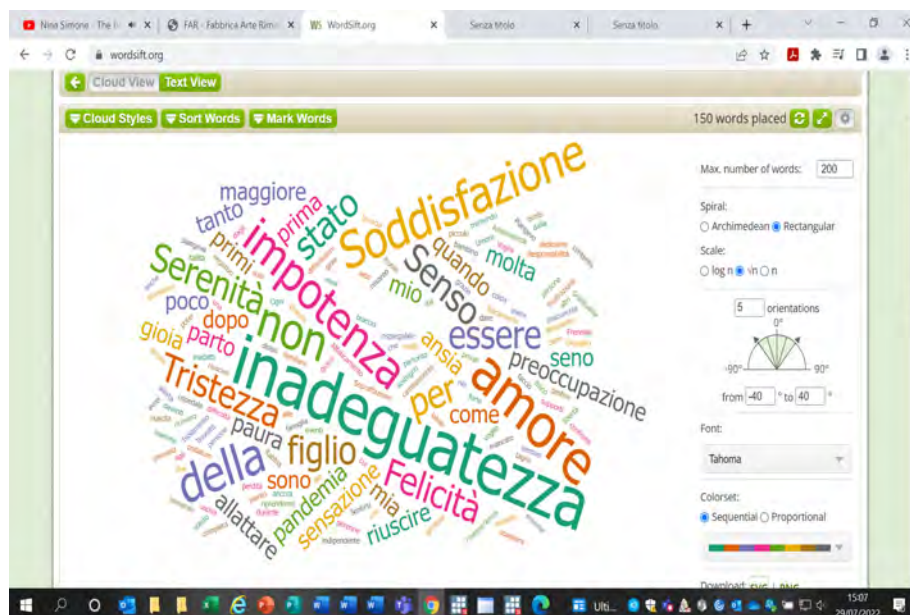


Figura. Word cloud delle risposte inserite nella categoria *altro* relative alle sensazioni sperimentate dopo il parto (questionario, seconda fase).

La gran parte delle persone che ha risposto al questionario (61%) ha **avuto esperienza nella propria famiglia di CoVID-19**. Per una quota consistente di rispondenti il CoVID è stato percepito come un fattore con un **impatto negativo rispetto al progetto di genitorialità** (42%), mentre solo in una percentuale contenuta dei casi (10%) sembra aver avuto **conseguenze negative sulla scelta di allattamento**. Questo è coerente con quanto affermato nei focus group e world café tenuti nella prima parte dello studio: è possibile che lo stare a casa, anche per i partner in smartworking, senza troppe interferenze esterne, abbia contribuito a favorire il compimento delle proprie scelte rispetto all'alimentazione dell' neonato.

Le partner di chi ha vissuto la gravidanza durante l'epoca CoVID non ha potuto assistere:

- ai controlli durante la gravidanza: 49%
- al momento del parto: 18%
- ai controlli nel dopo parto: 56%

Il 42% delle rispondenti ha dichiarato di aver vissuto i **momenti di isolamento** dovuti al lockdown male o molto male.

Commenti liberi rispetto all'esperienza di gravidanza, parto, allattamento e puerperio in epoca CoVID sono stati aggiunti dal 19% di chi ha risposto.

L'**impossibilità per i partner di partecipare** ai controlli in gravidanza, al parto e di essere presenti durante il ricovero, è stata citata come elemento negativo, un eccesso di limitazione non giustificabile neanche dall'emergenza CoVID.

LA PAROLA ALLE/AI PROTAGONISTE/I...

Credo di avercela fatta perché era la seconda gravidanza ma credo che per i genitori dei primi figli sia stata una situazione davvero difficile da gestire, specie per i padri tagliati fuori da tutto. Allontanare il partner nel percorso nascita è una soluzione che non dovrebbe mai essere presa in considerazione dalle istituzioni perché il partner è parte FONDAMENTALE della triade genitori-figlio.

Sul tema genitorialità aggiungerei questo: l'impossibilità di vedere il mio figlio maggiore (che aveva 2 anni e 7 mesi) nelle 48 dopo la nascita del secondo figlio mi ha fatto stare malissimo. Per quanto riguarda l'allattamento, avevo già acquisito dell'esperienza con il primo figlio, quindi tutto è andato benissimo.

Sono stata seguita molto bene nonostante le restrizioni covid, ho potuto fare ogni genere di visita con tempi di attesa non sempre puntualissimi ma senza eccessi, in ospedale ho ricevuto assistenza per tutte le mie necessità.

Occorre sostenere le madri sia per l'allattamento al seno che per quello artificiale. Se non si ha scelta e si deve ricorrere all'artificiale (o se lo si fa per scelta, anche) servono sostegno e molteplici informazioni: come funziona, cosa serve, come si prepara...L'allattamento al seno è la cosa migliore, ma se ci sono difficoltà serve sostegno per chi allatta artificialmente.

Ho avuto un aborto e gestirlo in piena pandemia è stato un evento traumatico che mi ha segnato per sempre. È capitato a gennaio 2021 in pieno boom e affrontare tutto in pieno isolamento è stato durissimo con poca empatia da parte degli addetti in ospedale.

Dato che il mio partner lavorava in smart working in realtà c'è stata quasi una sensazione di minore solitudine e di maggiore aiuto durante i mesi postparto.

Aver deciso di avere un figlio in questo periodo buio e orribile per tutti noi è stato un atto di puro amore e voglia di rinascita, i nostri figli sono una piccola speranza per un futuro si spera migliore.

Doveva essere il periodo più bello della mia vita, ma la pandemia me l'ha rovinato completamente e ancora ne pago le conseguenze, soprattutto dal punto di vista economico e lavorativo. Avrei voluto poter dare al mio bimbo il mondo, e invece al momento gli sto dando solo tante rinunce e tante incertezze per il futuro. Vi assicuro che non è bello, soprattutto visto e considerato che io e il papà qui stiamo affrontando tutto completamente da soli. Migliorate i servizi post-parto, perché ce ne sono tantissime di persone come noi che avrebbero bisogno di una mano soprattutto dopo la nascita di un pulcino, ma non godono del privilegio di avere le famiglie di origine a portata di mano. Grazie.

Almeno tutti erano al mio ritmo, non uscivano e non vedevano nessuno. Quindi non mi sono perso proprio niente.

Box. Selezione di risposte libere relative alla domanda sull'esperienza di gravidanza, parto, allattamento e puerperio in epoca COVID (questionario, seconda fase).

Riflessioni conclusive e traiettorie future

1. **Maggior sostegno per tutte e tutti**

Pur essendo eventi fisiologici, la gravidanza, il parto e il puerperio richiedono cura. Il sostegno ai futuri e neogenitori è importante indipendentemente dal livello scolastico, economico o dalla nazionalità dei genitori e deve essere disponibile e accessibile. L'ultimo dato di frequenza dei corsi di accompagnamento alla nascita prima della pandemia si attestava attorno a 35% [dato CedAP 2019] e riguardava maggiormente le donne italiane con elevata scolarità: è quindi necessario immaginare una organizzazione, offerta e fruizione dei corsi/percorsi di accompagnamento alla nascita che permettano di raggiungere una quota maggiore di persone per garantire equità di accesso.

2. **La genitorialità è un processo da sostenere socialmente**

I servizi, sanitari e sociali, hanno un ruolo importante nel concorrere a offrire occasioni di socialità e messa in rete, fin dai primi mesi della gravidanza e poi nel puerperio, dei futuri-neogenitori. Il confronto durante gli incontri, il fare gruppo, e allo stesso tempo il poter ricevere un parere informato e uno spazio di dialogo con i professionisti e le professioniste, quando necessario, è importante.

3. **Fornire aiuto quando serve**

Ci sono necessità, soprattutto dopo il parto, quando si passa dall'ambiente protetto dell'ospedale alla quotidianità della vita domestica che, pur non rappresentando delle emergenze, non possono tuttavia aspettare i tempi delle visite programmate. Per questo servono spazi fisici di incontro ad accesso libero e gratuito, occasioni di condivisioni di attività e saperi, dove trovare anche solo

una rassicurazione o un consiglio, o magari un parere e una consulenza esperta.

4. *Non solo on-line*

Se gli incontri on-line sono stati una occasione preziosa durante i momenti di chiusura della pandemia, quando ancora non erano disponibili strumenti e interventi per la prevenzione dell'infezione e della malattia, non sono comunque sostitutivi rispetto all'incontro in presenza. Possono facilitare la partecipazione di alcuni gruppi (chi vive in luoghi disagiati, chi non possiede mezzi di trasporto, chi ha un orario di lavoro prolungato), ma non offrono la stessa possibilità di dialogo e confronto degli incontri in presenza.

5. *Dal corso al percorso di accompagnamento alla nascita e ai primi 1000 giorni*

I genitori vogliono sapere che cosa viene prima del parto, cosa fare durante il parto, e che cosa li aspetta dopo il parto. Vogliono sapere "la verità", le diverse possibilità (non è tutto rose e fiori), ma soprattutto vorrebbero che il servizio e la possibilità di confronto continuassero anche dopo il parto, perché è quando si torna a casa con il bambino o la bambina che si cominciano ad avere dubbi ed eventualmente a sperimentare problemi.

6. *L'elasticità dei servizi è un valore*

Il COVID ha dimostrato che la flessibilità e rapidità di cambiare e di adeguarsi alle emergenze dei servizi sanitari è un valore. Bisogna identificare modalità e percorsi che permettano di essere rispondenti al mutare dei bisogni e delle condizioni esterne: non sempre questo è successo, o almeno non in tutti i territori e servizi nello stesso modo.

7. *I figli non sono solo della madre*

I componenti della coppia genitoriale devono poter accedere al percorso nascita con pari facilità e continuità: anche in una condizione di emergenza, come è stato il periodo della pandemia di COVID 19, si dovrebbe operare per tutelare la partecipazione al percorso di entrambi. La genitorialità è elemento di salute per chi nascerà e per la coppia. Così come, negli anni, si è consolidata l'idea che il percorso di diagnosi e cura del bambino deve includere l'adulto di riferimento per cui non è più pensabile oggi visitare in un ambulatorio o ricoverare in un reparto un bambino o una bambina senza la presenza dei genitori/caregiver, similmente dovrebbe consolidarsi l'idea che l'offerta di visita, diagnosi, prevenzione, cura e ricovero insite nel percorso nascita, riguarda allo stesso modo i componenti della coppia genitoriale.

8. *No ai messaggi contrastanti*

Le competenze necessarie al sostegno alla persona che vuole allattare necessitano di periodici aggiornamenti, sia per quanto riguarda la parte di conoscenze teoriche, quelle pratiche di sostegno, che quelle di comunicazione/counselling. Queste competenze devono essere patrimonio condiviso fra chi lavora nel sociale e chi lavora nella sanità e, fra questi ultimi, fra chi lavora in ospedale e chi lavora nel territorio, fra professionisti dipendenti, convenzionati e privati. La non coerenza dei messaggi ricevuti in caso di problemi nell'allattare confonde, non sostiene la coppia, induce una peregrinazione alla ricerca della soluzione o, infine, concorre all'abbandono dell'allattamento. Una formazione trasversale e continua sembra necessaria, ma anche l'intensificazione del confronto e dialogo fra le diverse professioni, discipline e ambiti. In questo scambio di informazioni e di momenti formativi il fare rete con le associazioni è un valore aggiunto.

9. *L'offerta pubblica è un valore*

Quando hanno bisogno di consulenza e informazioni i genitori si rivolgono in primo luogo all'professionisti del sistema pubblico: in assenza di una risposta – come è successo a volte durante il lockdown – si rivolgono al servizio privato. È importante, al fine di garantire equità di accesso e di cura, che la disponibilità e la qualità dell'offerta pubblica continui a essere elevata. Il pensionamento del personale esperto deve essere momento per rivalutare le necessità dei servizi in termini non solo numerici, ma anche di aggiornamento e acquisizione delle competenze.

4. Consultorio familiare in Brasile: dall'apprendistato con l'Italia all'invenzione della "differenza brasiliana"

di Matheus Madson Lima Avelino e Ricardo Burg Ceccim

Traduzione a cura di Stefano Simoni

Introduzione

Nel presente testo, riportiamo il resoconto di un'esperienza brasiliana, avvenuta nella regione Nordeste (nord-orientale) del Brasile, in un'area nota come Sertão, con la progettazione e l'apertura di un Consultorio Familiare sull'esempio dell'esperienza italiana. Avendo conosciuto il modello italiano e partecipato alla discussione sulla necessità della sua revisione dai tempi della sua invenzione ai tempi contemporanei, ci è sembrato comunque possibile trasporre e adattare il "modello di cura" del Consultorio Familiare. La decisione è stata presa da un gruppo multiprofessionale che lavorava in un ospedale di maternità di lunga tradizione nella città di Mossoró, nell'entroterra dello stato di Rio Grande do Norte, e che aveva modificato le sue strutture per progettare un modello di porte aperte alle persone trans o omosessuali che trovavano difficoltà ad essere accolte nella rete sanitaria di base, in grado di affrontare la violenza sessuale e di genere e di fornire supporto alla salute sessuale e riproduttiva che non veniva fornito altrove.

L'idea era quella di cambiare il profilo di maternità per le donne cis ed eterosessuali, che forniva un'assistenza centrata sul ciclo gravidanza-puerperale, in un profilo di accoglienza ambulatoriale per la salute sessuale e riproduttiva che riconoscesse la gravidanza nelle donne cis, ma anche negli uomini trans, fosse in grado di accogliere persone trans e generasse meccanismi per affrontare la virilità tossica nei casi di violenza contro donne e adolescenti. L'idea non era quella di creare un servizio di riferimento specializzato, ma di offrire accoglienza alle persone che non trovavano assistenza nelle cure primarie della rete sanitaria territoriale e di supporto formativo per i professionisti della rete di base.

L'esperienza è stata sviluppata nella regione del semi-arido brasiliano, a Mossoró, nello stato del Rio Grande do Norte, nella regione nord-orientale del Brasile, nota anche come Sertão. Il Sertão è visto dalle lenti conservatrici e colonizzatrici delle élite brasiliane o internazionali come una terra segnata dalla mancanza di acqua, che vive con perdite in agricoltura e allevamento, con un'elevata esposizione al sole e al calore, con un deficit di tecnologie abitative e di circolazione urbana. Per la popolazione locale, si tratta di imparare e costruire la convivenza con il semi-arido, localizzando potenze e fonti di vita e resistenza. Patriarcato, maschilismo e abusi di latifondisti impregnano la cultura locale, traducendosi in omofobia, transfobia, abusi sessuali e violenza di genere.

Quando è iniziata la discussione sul Consultorio Familiare, il mondo era prossimo a vivere la crisi sanitaria, sociale e umanitaria causata dalla pandemia di Covid-19. Il nuovo virus, Sars-CoV-2, che ha causato milioni di vittime in tutto il mondo, ha imposto molte restrizioni ai modelli a porta aperta nei servizi sanitari. Il controllo della diffusione del virus richiedeva di limitare il più possibile la presenza nei servizi sanitari non urgenti o essenziali. È in questo contesto che si è costituita la Rete di Ricerca e Progetti di Educazione e Cooperazione Internazionale con il Semi-arido in Area Sanitaria (Rede PRECISA). Questa rete riunisce professionisti dei servizi sanitari (Municipio di Mossoró e Ospedale di Maternità Almeida Castro)⁴⁴; professori e ricercatori di università locali (Università Federale Rurale del Semi-arido e Università Statale del Rio Grande do Norte); movimenti sociali che articolano il sistema sanitario, di natura locale, statale e nazionale; entità scientifiche e associative, in particolare l'Associazione Scientifica Rede Unida; e partnership con l'Italia e la Spagna. Per quanto riguarda l'Italia, vi sono partnership di lunga durata con la Regione Emilia-Romagna.

La Rete PRECISA intende esplorare il potenziale di questa cooperazione per studiare e praticare modelli di assistenza, gestione, educazione e partecipazione popolare alla salute. Il Consultorio Familiare, l'Ospedale di Comunità e l'Azione Socio-educativa per la Lebbra sono state tre esperienze italiane di grande ispirazione per il territorio di cui stiamo parlando. Il Consultorio Familiare è emerso come una possibilità di trasformare il modello assistenziale patriarcale nella

⁴⁴ In Brasile, l'assistenza sanitaria di base (cure primarie) è di competenza dei municipi, attraverso gli Assessorati Municipali alla Salute. L'Ospedale di Maternità Almeida Castro è un ospedale privato filantropico, che offre servizi principalmente al sistema sanitario pubblico.

pianificazione familiare, nell'assistenza al ciclo gravidanza-puerperale, nell'allattamento al seno, nell'esercizio della sessualità e nella protezione contro le infezioni sessualmente trasmissibili, inserendo la nozione di diritti sessuali e riproduttivi, transmascolinità, transfemminilità, assistenza in terapia ormonale e assistenza della gravidanza e del parto negli uomini trans.

Prendiamo come obiettivo di questo testo riportare un'esperienza del Consultorio Familiare nella città di Mossoró, l'iniziativa di assistenza di coppie trans e di copertura di prenatale, parto e puerperio di un uomo trans. Il rapporto rappresenta l'accoglienza di un uomo trans, presso l'Ospedale di Maternità, per: 1) fornire assistenza durante la gravidanza e il parto, 2) formazione in servizio per il personale ospedaliero, in modo che lo assista nel pieno rispetto della sua condizione maschile di uomo gestante, in ogni circostanza assistenziale, 3) la formazione del team sanitario multiprofessionale tirocinante in cure ginecologico-ostetriche specialistiche ambulatoriali, 4) e la facilitazione delle procedure legali e di assistenza sociale per la registrazione della nascita e la consegna del bambino per l'adozione.

L'insieme delle novità è stato fatto nell'articolazione della produzione di conoscenza, produzione dell'intervento di assistenza, procedure di educazione popolare alla salute e pratica di formazione delle équipe sanitarie. La metodologia è stata denominata "ricerca-formazione-intervento", è stata svolta presso l'ospedale di maternità, con la partecipazione di professori e specialisti in salute familiare presso l'Università Statale del Rio Grande do Norte (UERN) e la supervisione accademica del programma universitario interdisciplinare di master e dottorato in scienze sociali, umane e sanitarie presso l'Università Federale Rurale del Semi-arido (UFERSA). Più che un semplice resoconto degli eventi sotto forma di atti protocollari e tecnico-assistenziali, ci proponiamo di riflettere sugli eventi soggettivi e sulla rottura dei paradigmi conservatori e patriarcali.

Consultorio Familiare e formazione professionale

Ci sono due diversità brasiliane nell'esperienza mondiale che devono essere spiegate: la "residenza multiprofessionale sanitaria" e il "supporto matriciale specializzato". La residenza multiprofessionale sanitaria riguarda la formazione di medici, infermieri, nutrizionisti, odontoiatri, psicologi, fisioterapisti e assistenti sociali, tra le altre categorie professionali, che ottengono una formazione specialistica insieme, nello stesso tempo e luogo, nel formato dell'educazione interprofessionale svolta nell'ambiente di lavoro. Il supporto matriciale specializzato riguarda le pratiche di sostegno, accompagnamento e supporto da professionisti più esperti di qualsiasi professione a professionisti meno esperti, anche loro di qualsiasi professione, nel formato di collaborazione interprofessionale. Sia la residenza multiprofessionale che il supporto matriciale riconoscono che diverse professioni hanno conoscenze e pratiche **specifiche**, ma anche conoscenze e pratiche **in comune** (quando una o più professioni hanno competenze uguali o molto simili) e sviluppano conoscenze e pratiche **interprofessionali** (quando le competenze si espandono e si completano a vicenda quando si lavora insieme, in modo interdisciplinare e imparando gli uni dagli altri)¹.

L'idea di collaborazione interprofessionale coniuga educazione interprofessionale e pratica interprofessionale, entrambe come parte strutturante di un processo di miglioramento della qualità del lavoro, condotte negli ambienti di lavoro in modo continuo e duraturo. L'idea del supporto matriciale è quella di scoprire quanti e quali professionisti sono correlati tra loro, quali interazioni e connessioni stabiliscono o possono stabilire, quali intersezioni esistono o possono esistere e quali livelli di relazioni di scambio e sinergia raggiungono o possono raggiungere. La Figura 1 mostra un'immagine progettata dalle organizzazioni del lavoro per costruire il miglioramento continuo.

Nel Consultorio Familiare abbiamo iniziato a formare professionisti per il pensiero critico, dove è stato possibile denaturalizzare le spiegazioni biologiche e considerare i bisogni sociali e soggettivi di qualità di vita e di inclusione delle diversità. Per questo, abbiamo utilizzato alcuni indicatori dell'analisi della situazione sanitaria e dell'assistenza alla maternità per chiederci cosa dovesse cambiare, come doveva essere il cambiamento e da dove iniziarlo. Per far funzionare il Consultorio Familiare mettiamo in servizio i residenti (professionisti che frequentano i programmi di residenza) e i professionisti che insegnano in servizio (precettori). Le residenze sanitarie, soprattutto quelle multiprofessionali, sono state protagoniste di diversi movimenti di riorientamento delle pratiche assistenziali e formative nelle unità di base e ospedaliere.

Con l'interprofessionalità come base della formazione, le residenze multiprofessionali sono avanzate: 1) nel decentramento del lavoro dalle mani dei medici all'équipe sanitaria, quindi di clinica in un senso allargato (non tutto è una malattia, non tutto richiede la prescrizione di farmaci, ecc.); 2) nell'ampliamento della capacità risolutiva dei servizi (maggiore adesione al servizio, migliore riscontro alle attività di gruppo di promozione della salute e maggiore dedizione ai trattamenti indicati) e 3) nell'offerta di pratiche comunitarie e mobilitazione sociale insieme alle azioni sanitarie. Inoltre, le residenze si occupano di formare professionisti basati su un impegno etico-politico per la qualità di vita e la partecipazione popolare ai movimenti di difesa della vita.

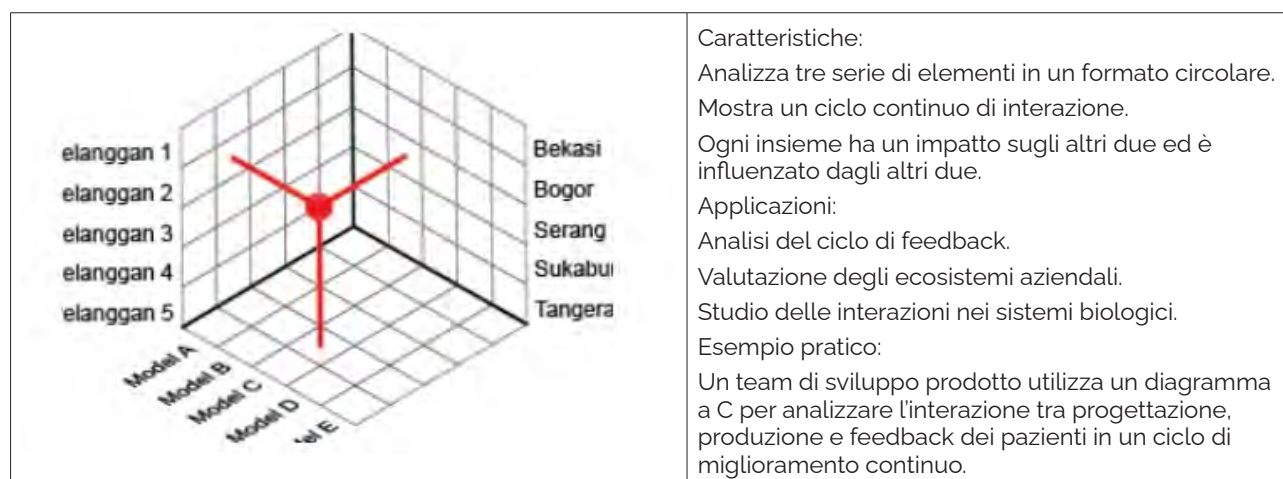


Figura 1. Diagramma di matrice a forma di C

Fonte: Diagramma a matrice: esempi e passaggi di base (<https://aprendeindustrial.com/diagrama-matricial-ejemplo/>)

Nella città di Mossoró, una partnership tra l'Assessorato municipale alla salute e l'Università Statale di Rio Grande do Norte ha stabilito l'integrazione insegnamento-servizio-comunità, quindi i programmi di Residenza Medica in "Medicina Familiare e Comunitaria" e in "Ginecologia e Ostetricia" più i programmi di Residenza Multiprofessionale in "Cure Primarie" e in "Salute Familiare e Comunitaria" funzionano in modo integrato. Questo "collettivo di residenze" ha effettuato l'analisi della situazione sanitaria e ha riscontrato lacune assistenziali in alcuni gruppi della popolazione che si trovavano in una maggiore situazione di fragilità e vulnerabilità ai rischi per la salute. Tra queste popolazioni c'erano lesbiche, gay, bisessuali, travestiti, transgender e transessuali, tra gli altri nell'ambito della diversità sessuale (LGBT+), senzatetto, lavoratrici del sesso (specialmente travestiti), persone adepte di religioni di origine africana e adolescenti. Queste persone erano prive di assistenza, ai margini dei servizi sanitari, a causa di processi di violenza istituzionale, a volte praticati da professionisti, a volte prodotti da modelli di gestione negligenti da parte dei servizi. Il tema dei diritti sessuali e riproduttivi era attraversato da pregiudizi, moralismi, discriminazioni nei confronti delle donne ed esclusione delle persone LGBT+.

Alla fine della Residenza, i residenti sono tenuti a produrre una monografia, quindi i residenti Arthur Fernandes Sampaio, Karla Souza e Amélia Fernandes, nel 2019², hanno condotto un'indagine che mirava a conoscere le esigenze di salute delle persone trans, utilizzando una metodologia di educazione popolare in salute. Questo studio ha dimostrato sia l'invisibilità delle persone trans nei servizi di Cure Primarie sia l'inesperienza e l'incapacità dei residenti di fornire assistenza sanitaria a persone trans. Parallelamente, la ricerca dottorale dell'infermiera Lorrainy da Cruz Solano, nell'anno successivo (2020)³, ha dimostrato la necessità di riorganizzare i modelli di integrazione insegnamento-servizio-comunità, evidenziando la necessità di inserire spazi formativi creativi per aprire la mente e mobilitare le competenze professionali, rendendo matriciali questi spazi per tutti i residenti e i professionisti che lavorano nelle Cure Primarie, ma non sono in grado di avere cura della diversità sessuale, della violenza di genere, della virilità tossica, delle transmascolinità e delle transfemminilità.

Queste questioni hanno costituito le basi del Forum Nazionale dei Dialoghi e delle Pratiche Interprofessionali in Salute (FONDIPIS), edizioni del 2019 e 2020. Questo Forum è realizzato dai programmi di residenza, con il sostegno delle due università locali, dei movimenti sociali e

popolari che rappresentano quelle popolazioni non assistite (di cui sopra) e dell'Associazione Rede Unida. Nei Forum del 2019 e del 2020 si sono svolte una serie di workshop e di discussioni con i movimenti LGBTQ+, femministi, neri, di senz'ateto, di comunità delle religioni di origine africana e delle lavoratrici del sesso. Hanno partecipato rappresentanti della direzione sanitaria comunale e statale e dell'Ospedale di Maternità Almeida Castro. Il Consultorio Familiare ha avuto una grande accoglienza.

A partire da questo, l'Ospedale di Maternità ha iniziato il suo percorso di qualificazione dei processi formativi e assistenziali dell'assistenza ostetrica e neonatale, con lo sviluppo di un'idea di "maternità-scuola in rete", in cui il Consultorio Familiare avrebbe guidato il cambiamento del modello assistenziale, non solo nella maternità, ma anche nella rete sanitaria, in considerazione del carattere di supporto matriciale delle Cure Primarie e del fatto che si tratta di uno scenario fondamentale per tutte le residenze citate.

Il processo ha acquisito rilevanza per il fatto di contare sull'interlocuzione con il modello italiano della Regione Emilia-Romagna e sulla partecipazione dell'Associazione Rede Unida. Il Consultorio Familiare è diventato un luogo per l'insegnamento, la ricerca e l'assistenza sanitaria, che, attraverso il supporto matriciale e ambulatoriale, è diventato un riferimento in particolari situazioni di violenza contro le donne, l'assistenza a uomini e donne trans, l'assistenza ai neonati con disabilità intellettive o sensoriali, la salute orale delle donne in gravidanza e dei neonati, l'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva per uomini e donne trans e cis.

Il primo punto dell'esperienza del Consultorio Familiare di Mossoró è stata l'enfasi sull'insegnamento e l'apprendimento, l'evidenza data al suo posto nella formazione sanitaria, diretta dalle residenze sanitarie come pratica di riorientamento della formazione di base dei professionisti e di riqualificazione del servizio. Il secondo punto è stato la valorizzazione del territorio, delle sue singolarità e dell'esperienza dell'altro, soprattutto attraverso il dialogo con i movimenti sociali e popolari per la costruzione del modello di assistenza, inserendo questa trasformazione del pensiero nelle modalità di realizzare il supporto matriciale. Passiamo ora a quanto è stato ascoltato in questi dialoghi per la costruzione dell'assistenza integrata.

Consultorio Familiare e le diversità cis e trans

In questa sezione, esploriamo la nozione di territorio e la situazione sanitaria, in particolare quella che ha mobilitato il cambiamento nel modello di assistenza, identificando il terreno in cui questa esperienza è germinata e si è radicata. Per questo, presentiamo alcuni dati sugli indicatori di assistenza nella regione sanitaria, nonché informazioni provenienti da interviste semi-strutturate con utenti LGBTQ+ e workshop con professionisti della rete sanitaria.

Le residenze, come già accennato, hanno rivelato alcune sfide latenti nella rete sanitaria. Il sertão dello stato del Rio Grande do Norte presentava specificità legate alla convivenza con la regione semi-arida, a causa della sua vasta area rurale, oltre ai processi storici e sociali della popolazione e dei servizi sanitari. Quali erano le lacune e quali risposte dovevano essere prodotte per garantire il diritto alla salute, alla riproduzione, alla sessualità e a una vita dignitosa?

L'assistenza ostetrica nella regione è stata altamente medicalizzata, come si evidenzia dalla percentuale di parti cesarei, che corrispondeva all'81% di tutti i parti nella II Macroregione Sanitaria dello stato di Rio Grande do Norte (regione di Mossoró), secondo i dati del Sistema di Informazioni dei Nati Vivi⁴. Questo scenario mostrava anche una maggiore percentuale di parti prematuri, con il 14% dei bambini nati con meno di 37 settimane, e un aumento della mortalità materna negli ultimi 10 anni, con 15 decessi, superando i tassi della I Macroregione Sanitaria. Questi indicatori, pertanto, hanno evidenziato l'urgente necessità di riqualificare l'assistenza ostetrica e neonatale nella rete sanitaria, il che ha indicato l'urgenza di migliorare l'assistenza e il follow-up prenatale, perinatale e postnatale.

Pertanto, la qualificazione dell'assistenza non dovrebbe essere limitata a una prospettiva tecnica, ma comprendere anche approcci umani ed etici da parte dei professionisti coinvolti nelle cure ostetriche. Inoltre, erano necessari adeguamenti negli stessi sistemi sanitari, che richiedevano cambiamenti nel loro funzionamento. Questa esigenza è diventata evidente durante i workshop di pensiero collettivo tenuti in dialogo con i professionisti della maternità, gli/le utenti e i familiari del Consultorio Familiare. In una tavola rotonda con professionisti di diversi settori e di varie categorie professionali, in particolare infermieristica e sociale, sono stati narrati

momenti che hanno evidenziato la necessità di una formazione oltre la tecnica, incorporando la dimensione etica e umana. Ciò è evidente nel discorso di Conceição, una infermiera⁴⁵:

So che qui ognuno ha il suo credo religioso, tu credi in quello che vuoi, ma dal momento in cui entri qui e fai il turno, indossi l'uniforme dell'ospedale, rispondi a nome dell'istituzione. Devi fare le cose in accordo con quello che ha valore qui, anche se va contro il tuo credo religioso, perché sei un professionista sanitario [...] Sappiamo che non è nostro compito giudicare, ma sappiamo che succede. Ad esempio, in sala parto dire alla donna che sta soffrendo che "sta urlando di dolore ora, ma nel momento di farlo non ha urlato", questa è violenza ostetrica (Conceição, infermiera. Tavola rotonda "Accogliere senza pregiudizi", 28/6/2022).

La violenza ostetrica richiede non solo l'adozione di buone pratiche assistenziali, ma anche una nuova configurazione etica da parte dei professionisti. Inoltre, richiede di aggiornare la propria comprensione di tale violenza, che non riguarda solo le donne eterosessuali cisgender, ma anche gli uomini trans e le persone non binarie nel processo di gestazione⁵.

Sebbene inizialmente non comprendessero che la transfobia, in questo contesto, si configura come violenza ostetrica, gli stessi infermieri hanno riconosciuto l'urgenza di questo problema nell'assistenza quotidiana a persone che non rientravano nell'eteronormatività⁶. Ciò era particolarmente evidente nelle situazioni che coinvolgevano coppie di donne lesbiche che arrivavano alla maternità per partorire, come narrato da Tamires, una infermiera, durante la tavola rotonda:

Sì, persone così sono già apparse qui nel reparto maternità... c'è stato anche quel caso in cui chi accompagnava era la compagna. (Tamires, infermiera. Tavola rotonda "Accogliere senza pregiudizi", 28/6/2022).

Oltre ai necessari cambiamenti negli atteggiamenti dei professionisti, il sistema rappresentava anche una sfida. Nella stessa conversazione, Conceição ha evidenziato la necessità di riformulare il sistema di maternità, dimostrando che i processi che hanno generato la violenza andavano oltre le azioni individuali dei professionisti.

È importante per noi vedere questo problema delle cartelle qui e dei braccialetti, per vedere se possiamo aggiornare il sistema, perché sono questi dati che vanno là al monitor. Ed è anche positivo vedere questa formazione con i barellieri perché sono coloro che chiamano con il nome che appare e che fanno il trasporto. Vedrò come funziona affinché si possa cambiare questo problema dei nomi (Conceição, infermiera. Tavola rotonda "Accogliere senza pregiudizi", 28/6/2022).

D'altra parte, i dialoghi con le persone LGBT+ che utilizzavano il servizio hanno rivelato sfide diverse da quelle evidenziate in studi precedenti². Comprendere le esperienze delle persone LGBT+ solo dal punto di vista dello stigma e della negazione dell'accesso non era più sufficiente per spiegare le disuguaglianze negli indicatori di salute. Questo perché, sebbene esistessero servizi specifici volti a soddisfare le loro esigenze, queste persone incontravano ancora difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari. Le interviste hanno mostrato l'insufficienza dei servizi sanitari e hanno indicato la necessità di riconfigurare le pratiche di assistenza per le persone LGBT+. Un esempio è stato riportato da Bernardo, un uomo trans assistito dal Consultorio Familiare, che ha condiviso la sua esperienza con il servizio nel quale realizzava la terapia ormonale. Secondo lui, le consultazioni si limitavano esclusivamente alla prescrizione di ormoni e all'analisi dei parametri di laboratorio, senza considerare altre dimensioni dell'assistenza.

Questo dottore..., non ricordo il nome..., ma era fantastico perché era davvero disponibile, quindi, tipo, era lì per prendersi davvero cura, nel senso di comprensione, di un medico di famiglia, finalmente, giusto? Già nella consultazione, in relazione ai cambiamenti del nostro corpo con gli ormoni... Ci siamo sentiti a nostro agio a chiedere qualcosa a riguardo? Passavano gli ormoni e non mi hanno mai chiesto di me, di Bernardo, sai? Ma noi abbiamo questa richiesta! Di chiarire davvero, tipo, i dubbi... È già successo diverse volte, ma ho dovuto imparare da solo, o cercare altri ragazzi per capire. E, anche, forse succedono cose, che non mi rendo nemmeno conto siano responsabilità della transizione ormonale, della mancanza di informazione stessa, questo non passa neppure per la mia mente, ma questo è già successo e ho dovuto affrontarlo io da solo per poter capire (Bernardo, uomo trans, bianco e bisessuale, dati dell'intervista).

Narrazioni come queste riflettono altre esperienze di persone trans, evidenziando l'insufficienza del modello assistenziale utilizzato nei servizi di assistenza specifici. Questa insufficienza assistenziale si aggiungeva alla violenza affrontata nella vita quotidiana, che portava

⁴⁵ Tutti i nomi dei principali informatori utilizzati in questo documento sono fittizi.

le persone trans davanti a due opzioni: affrontare o eludere tali situazioni. Un esempio di questo è stato riportato da Isabel e Antonio, rispettivamente una donna e un uomo trans che frequentavano il Consultorio Familiare. Entrambi hanno raccontato che, dopo situazioni di confronto – da loro descritte come “fare confusione”, hanno potuto accedere ad alcuni servizi presso l'Unità Sanitaria di Base:

Così sono andato a cercare la direttrice, e dal giorno in cui ho fatto uno scandalo sull'Instagram del municipio, lei mi sta trattando molto bene [...] (Antônio, uomo nero trans, intervista del 22 maggio 2022).

[...] Abbiamo avuto un caso di recente, meno di tre mesi fa, di un ragazzo che ha dovuto fare la PEP [Profilassi post-esposizione]; e poi la donna ha detto che non poteva dare la PEP, per questo e quel motivo, [...] nel momento in cui lui era con me ha dovuto mentire su cosa ci stesse a fare lì [...] il ragazzo è stato lasciato senza assistenza e io sono stata assistita dopo aver fatto un casino [...] (Isabel, donna trans nera, intervista del 13 maggio 2022).

Quando non potevano ottenere assistenza attraverso richieste formali, un'alternativa trovata era bypassare i servizi sanitari ricorrendo a professionisti amici che lavoravano in questi servizi. Un esempio di questo è il racconto di Alberto, un uomo pansessuale cisgender, che ha menzionato l'esecuzione di un follow-up di PrEP [Profilassi pre-esposizione] con un'amica che lavorava in un ospedale specializzato in malattie infettive.

Forse è perché diciamo che chi lo fa è mio amico. Dentro di me c'è amicizia. Nel mio caso non so se è per questo, ma è perché conosco la persona e mi tratta bene. Non so se lo sarebbe per altre persone, ma per me è facile accedervi (Alberto, uomo bruno cisgender, pansessuale, intervista del 25 aprile 2022).



Figura 2. Fanzine: Diritto al nome sociale, che cos'è?⁴⁶ Fonte: Avelino, 2022.⁷

Pertanto, mantenere i servizi a porte aperte per le persone LGBT+ non era sufficiente per soddisfare le loro esigenze di salute; era necessaria una riformulazione delle cure fornite per garantire un'assistenza integrale. In alcune situazioni, il sistema stesso non ha riconosciuto i

⁴⁶ L'immagine è intitolata "Diritto al nome sociale: che cos'è?". Di seguito, spiega cosa significa il nome sociale delle persone trans, oltre a fornire informazioni sulle procedure per cambiare il nome legale, in modo che sia il nome scelto dalla persona trans. Si parla anche dell'uso dei pronomi "lui" e "lei", come diritto della persona e dovere della società.

105

nelle religioni di origine africana, soprattutto nell'umbanda, ampiamente diffusa all'interno del Rio Grande do Norte, si adatta agli ambienti più difficili grazie alla resistenza dei suoi numerosi rami. Il suo fogliame si diffonde e si espande nello spazio. Le sue caratteristiche la rendono unica. Per questi motivi, l'albero è stato scelto come simbolo per disegnare la mappa esplicativa del modello assistenziale del Consultorio Familiare, come illustrato in Figura 3.

Avendo le sue radici nelle Cure Primarie, in connessione con altri servizi sanitari, territori e università, vengono generati tre tronchi: salute, formazione e assistenza prenatale, che si basano su cure, conoscenze e pratiche di assistenza. Questi tronchi si dividono in rami che preservano le principali linee di azione del Consultorio: salute sessuale e riproduttiva, assistenza prenatale individuale e collettiva e la formazione, che è politica, svolta attraverso l'assistenza sanitaria e come pratica di ricerca. Nella jurema tutti questi concetti sono collegati da un'unica base, che fiorisce e forma l'assistenza sanitaria.

La scelta della jurema non è dovuta solo alla sua idea concettuale di connessioni e ramificazioni, né per la sua metafora di resistenza e adattabilità al semi-arido, ma anche per la sua memoria ancestrale. Ciò pone anche le pratiche del Consultorio Familiare in dialogo con quei saperi che non si concentrano esclusivamente sulla medicina, ma che considerano l'individuo in un contesto storico e culturale. Attraverso una razionalità che racchiude l'integralità dell'individuo nella sua dimensione olistica, si riconoscono le sue connessioni con il territorio in cui vive e con i suoi antenati.

Queste idee sono rappresentate nell'immagine che contraddistingue il Consultorio Familiare, al posto di un logo, la figura di una donna bruna circondata dai segni della caatinga e del semi-arido. La donna rappresenta Gaia, la madre terra (Figura 4). Pertanto, il Consultorio inserisce le sue pratiche in questo contesto, valorizzando l'ancestralità e comprendendo l'individuo come parte di un sistema integrato.



Figura 4. Identità visiva del Consultorio Familiare.⁴⁸

Fonte: Consultorio Familiare, 2020.

⁴⁸ Le frasi nell'immagine sono: "Progetto Maternità - Scuola in Rete", seguite dal nome dell'Ospedale: "Maternità Almeida Castro". In basso ci sono i loghi dell'Ospedale, del suo Istituto di Insegnamento, Ricerca ed Estensione e del sistema sanitario brasiliano (SUS).

Dal modello assistenziale della jurema e dall'idea di pratiche e saperi tradizionali in ambito sanitario che fioriscono, emergono le linee di cura del Consultorio Familiare, sulla base degli indicatori già presentati. Le linee includono: assistenza sanitaria integrale per gli adolescenti, assistenza sanitaria per la popolazione LGBT+, Rete Alyne⁴⁹ (prenatale, parto, nascita e puericultura), con particolare attenzione al monitoraggio dei bambini da 0 a 2 anni con disabilità, e la rete di urgenza e emergenza.

All'interno di queste linee di cura, il Consultorio Familiare si propone di produrre risposte che qualifichino l'assistenza e la formazione sanitaria, attraverso pratiche di assistenza a livello individuale e collettivo. Con la formazione come ramo importante del modello, il Consultorio ha creato un gruppo di studio sulla ricerca-formazione-intervento e sulla ricerca sui diritti sessuali e riproduttivi, attraverso una Comunità di Pratica (CoP) che coinvolge non solo membri del mondo accademico, ma anche della società civile e dei movimenti sociali. Inoltre, ha promosso la formazione in servizio a vari livelli, da quello tecnico a quello post-laurea, nonché l'educazione sanitaria permanente insieme con i professionisti dello stesso ospedale di maternità e della rete locale del sistema sanitario.

L'accoglienza interprofessionale

L'accoglienza interprofessionale ha acquisito rilievo nelle azioni svolte dal Consultorio. Si configura come un servizio condiviso tra diverse categorie professionali coinvolte nell'assistenza, con la presenza di più di uno o due professionisti di diverse professioni durante lo stesso servizio. La prospettiva dell'accoglienza guida il primo ascolto degli utenti del servizio, che non è solamente il primo contatto con il team, ma anche un servizio risolutivo in sé, e non soltanto una mera fase del flusso del servizio.

La condivisione nell'accoglienza interprofessionale non risiede solo nella presenza di più professionisti, ma nell'orizzontalità delle relazioni tra saperi interprofessionali. C'è uno spostamento della centralità medica nel processo lavorativo, che permette un intervento interdisciplinare nell'atto dell'accoglienza. Questo modello riduce il numero di rinvii e il pellegrinaggio degli utenti attraverso i servizi, oltre a garantire una maggiore completezza nell'ascolto. Questo ascolto non si limita al paradigma dell'anamnesi-lamentela-condotta. Combinando le diverse visioni di ciascuna categoria professionale, l'ascolto diventa più ampio, integrale e olistico, contemplando aspetti che non verrebbero affrontati in una consultazione uniprofessionale, indipendentemente dalla categoria.

Questo modello di assistenza condivisa ha prodotto risposte significative, soprattutto nell'assistenza sanitaria delle persone trans. Spesso, queste persone vengono al servizio in cerca esclusivamente di terapia ormonale, di solito attraverso cure mediche specialistiche, ma trovano nell'accoglienza interprofessionale l'identificazione di altre esigenze e risposte ampie a queste richieste⁵⁰. Queste risposte provengono da diverse categorie professionali. Tuttavia, queste esigenze non sono soddisfatte solo nelle visite individuali, ma anche negli spazi di assistenza collettiva, come l'assistenza prenatale collettiva⁵⁰, la visita collettiva e interprofessionale di accompagnamento prenatale, e lo Spazio della Parola (un'assistenza collettiva e interprofessionale volta a sostenere la salute mentale delle persone LGBT+ e delle loro reti di supporto).

A titolo di esempio, riportiamo due estratti di interviste a persone trans che parlano di questi bisogni del processo di "transizione di genere"⁵¹ che vanno oltre il farmaco, sebbene questi bisogni non siano percepiti dagli stessi utenti, benché siano sempre sentiti, come narrato da Bernardo e Natalia.

⁴⁹ Rete Alyne è un programma del governo federale (Ordinanza n. 5.350, del 12 settembre 2024), per la copertura dell'assistenza prenatale, del parto e della nascita, come follow-up dei bambini fino a due anni di vita, e deve essere attento alle questioni di disponibilità, accessibilità ed equità. Alyne si riferisce ad Alyne Pimental, una donna incinta razzializzata che, nel 2002, ha perso il suo bambino e la sua stessa vita a causa di una serie di negligenze da parte di professionisti che l'hanno assistita in diversi punti della rete sanitaria.

⁵⁰ L'assistenza prenatale collettiva è un incontro a cui le persone gestanti e i loro partner partecipano, viene loro insegnato a palpare la pancia, ascoltare il battito cardiaco fetale, valutare il seno e parlare di sesso durante la gestazione, tutto viene fatto in gruppo, di solito seduti su tappetini. Di solito è condotto dall'infermiera che effettua la visita ostetrica infermieristica.

⁵¹ La transizione di genere è una categoria emica utilizzata dalle persone trans per descrivere il processo attraverso il quale, identificandosi e comprendendosi come persone trans, iniziano a presentarsi fisicamente e socialmente, utilizzando l'espressione di genere che per loro è pienamente propria. Questo processo può includere interventi biomedici, come l'uso di ormoni e interventi chirurgici, interventi transitori sul corpo, come l'occultamento del seno o del pene e dei testicoli, o interventi sociali, come l'uso del nome sociale e l'uso di indumenti coerenti con il genere auto-identificato⁶.

[...] il testosterone inibisce il sistema limbico, che è il nostro sistema emotivo. E poi stavo prendendo un ormone molto forte e non riuscivo a piangere. E poi mi disperai, perché non riuscivo più a piangere, e non sapevo più cosa succedesse, e non sapevo perché non riuscivo più a piangere [...] Volevo piangere, ero triste, ma non versavo una lacrima. [...] ed è stato dopo che l'ho scoperto, quando sono tornato dall'endocrinologa, lei ha detto "è davvero il testosterone" (Bernardo, uomo trans bianco e bisessuale, dati dell'intervista).

Io, ad esempio, i miei seni stanno crescendo, giusto? Ma non ho informazioni sul tipo di controllo medico che devo fare con queste ghiandole mammarie che si stanno sviluppando. Quindi, non credo di saperlo! Così, ma qualche medico per fare questo tipo di controllo... per esempio nel foglietto illustrativo dei farmaci che leggo si dice che l'uso continuativo di questo farmaco per più di 5 anni può sviluppare tumori (Natalia, travestita, bianca, dati dell'intervista).

Entrambe le affermazioni indicano esigenze che vanno oltre l'uso di farmaci durante il processo. Il discorso di Bernardo, pur concentrandosi sulla specialità dell'endocrinologia, sottolinea l'ampia necessità di un monitoraggio psicosociale durante il processo, per l'elaborazione delle emozioni insite nella transizione. Natalia descrive i cambiamenti corporei e sottolinea la necessità di un monitoraggio più specifico di questi cambiamenti, che non è esclusivo delle specialità mediche, ma può comportare la cura proveniente da altre aree come l'infermieristica, la nutrizione e la fisioterapia, tra le altre. In questo senso, il Consultorio ha promosso questi follow-up individualmente, ma soprattutto collettivamente, attraverso spazi condivisi, sia individuali che collettivi.

Queste esperienze di accoglienza interprofessionale hanno ampliato la propria comprensione della pratica dell'ascolto qualificato e della cura. Con le ampie sfide sorte da questo spazio di assistenza, abbiamo iniziato a riflettere sui significati stessi dell'accoglienza. In questo contesto, un laboratorio di collage, tenuto con professionisti e utenti nell'ambito delle strategie di ricerca-formazione-intervento nel Consultorio, è stato mediato da uno degli utenti. L'obiettivo di questo workshop è stato quello di comprendere questi significati e sistematizzare le esperienze di accoglienza. Le Figure 5 e 6 presentano una sintesi delle idee lavorate in questo workshop.



Figura 5. Collage prodotto da professionisti residenti.⁵²

Fonte: Consultorio Familiare (2020).

⁵² Al centro dell'immagine c'è una domanda: "Come vuoi che ti chiami?" Seguito da "Rispetto". Il centro è circondato da espressioni di affetto e di rischio: "abbraccio di orso", "ottimismo in azione", "opportunità ai quattro angoli", "il futuro appeso a un filo" e "l'ultima barriera".



Figura 6. Collage prodotto da uno dei professionisti del servizio⁵³

Fonte: Consultorio Familiare (2020).

Questi due collage dimostrano bene la potenza e la comprensione dell'accoglienza che è stata impiegata nel Consultorio Familiare. Nel primo, in Figura 5, l'accoglienza è illustrata da gesti come l'abbraccio, e al centro c'è la domanda: "Come vuoi che ti chiami?" Poi, «rispetto». Questa prospettiva evoca l'accoglienza come un'abilità, quindi una competenza che può essere appresa e praticata nella vita quotidiana a partire da questi gesti. La domanda centrale non è valida solo per le persone trans, ma per tutte le persone, opponendosi all'idea discriminatoria che impone difficoltà ai professionisti quando si tratta di persone trans, e riflette l'immaginario che le persone trans siano dell'ordine del distinto o dello straordinario. L'accoglienza è, quindi, una fase primaria dell'assistenza sanitaria per tutte le persone.

Il secondo collage, in Figura 6, ci porta una riflessione su una prospettiva più ideologica dell'accoglienza, intendendola come una postura etico-politica, un atteggiamento non solo verso l'altro, ma verso la vita. Comprende la diversità etnico-razziale, la storia e l'ancestralità in questa prospettiva. Contrariamente alla visione stereotipata su diversità e molteplicità, questo approccio colloca l'accoglienza come un modo di comprendere l'unicità delle differenze di ogni persona. Come esemplificato nel discorso di Maria, infermiera del servizio:

[...] l'accoglienza non è solo nell'ascolto, ma nel nostro atteggiamento. Ad esempio, quando cambiamo la configurazione della stanza, rimuoviamo il tavolo tra noi e l'utente, questo produce accoglienza, rompe un rapporto di potere (Maria, infermiera, "Laboratorio di collage", 25/7/2022)

Pertanto, l'accoglienza non è solo un momento della visita, ma un atteggiamento etico-politico nei confronti della vita. Comprende le azioni dirette svolte nell'incontro con gli utenti, la forma di organizzazione e gestione dello spazio e dei flussi del servizio, oltre all'impegno dei professionisti in un progetto di promozione dell'equità, della giustizia e del miglioramento della qualità dell'assistenza.

Per una transizione dell'assistenza

L'accoglienza, nella misura in cui configura la disposizione a soddisfare le esigenze ampie di salute delle persone, ha causato riconfigurazioni nelle pratiche e nelle azioni sviluppate nel Consultorio. Questo perché, per esigenze ampie, sono necessarie risposte ancora più ampie. Ciò è diventato più evidente con l'arrivo di un uomo trans gestante nel servizio sanitario. Questa esperienza ha mobilitato la creazione e la sistematizzazione di un opuscolo per la cura prenatale degli uomini gestanti, come mostrato in Figura 7.

⁵³ Le frasi nell'immagine sono: "La nostra storia è con i popoli", "Qualcuno deve cambiare il proprio atteggiamento", "Abbiamo bisogno di discutere di razzismo strutturale, transgenerismo e molto altro" e "Continuiamo a tenerci per mano". Il titolo in mezzo alla nuvola di parole è "Accogliere".



Figura 7. Opuscolo dell'uomo gestante⁵⁴

Fonte: Avelino (2022)

La sistematizzazione di un opuscolo specifico per gli uomini trans gestanti, basato su uno esistente per le donne⁵⁵, è importante al di là dei registri clinici e ostetrici. Contribuisce alla produzione di soggettività, riconoscendo l'esperienza della gravidanza trans mascolina come qualcosa di legittimo, oltre a creare uno spazio veramente accogliente, concentrandosi sull'accoglienza delle singolarità⁹.

Queste esperienze insieme hanno indicato che, all'interno della capacità propria del servizio, è possibile reinventare le pratiche. In questo senso, abbiamo adottato l'idea di "transizione dell'assistenza" come rafforzamento dell'assistenza sanitaria integrale per le persone trans⁸. Comprendiamo che le risposte ai bisogni di salute delle persone trans sono già disponibili all'interno del sistema sanitario, contrastando le idee e le nozioni egemoniche sollevate da attori che cercano di ostacolare o addirittura interrompere lo sviluppo dei progressi in questo senso, ponendo l'assistenza alle persone trans come qualcosa che va oltre la capacità dei servizi sanitari e relegato a servizi specializzati.

Considerazioni finali

Dopo la ricostruzione della timeline del Consultorio Familiare e l'esposizione delle esperienze del servizio e dei risultati della ricerca-formazione-intervento svolta nel suo ambito, si evidenziano ora i principali apprendimenti di questo processo e le prospettive future da seguire, in questa linea che non si esaurisce, ma che, come una jurema, continuerà a fiorire e a ramificarsi sempre di più.

La formazione in servizio è stata fondamentale per il riorientamento delle pratiche di assistenza sanitaria, nella misura in cui si preoccupano di una formazione etico-politica dei professionisti impegnati nel miglioramento del sistema sanitario pubblico. Questi professionisti, nell'individuare le sfide nella vita quotidiana dei servizi sanitari, producono risposte per superarle, come è stato il caso nella costruzione del percorso di assistenza per le persone LGBT+, basata sulle provocazioni delle residenze sanitarie. Questo processo è culminato nella qualificazione delle cure primarie e ha motivato la creazione del Consultorio Familiare.

⁵⁴ La figura è un opuscolo aperto, sul lato sinistro si trova la copertina anteriore e sulla destra la quarta di copertina. La copertina contiene il nome "Consultorio Familiare" e il titolo "Opuscolo del GESTANTE!". La quarta di copertina contiene alcune tabelle con spazi per la registrazione degli esami, come il test per la sifilide e l'HIV, gli esami di routine e le scadenze dei controlli.

⁵⁵ Il libretto DEL gestante ha riprodotto tutti i dati contenuti nel libretto DELLA gestante, ma ha trasferito tutto il linguaggio al maschile. La copertina allude all'immagine simbolica del Consultorio Familiare, che pone un uomo nero al posto della donna bruna.

Il Consultorio Familiare è emerso, poi, come risposta ai problemi e alle esigenze del territorio, allineato, soprattutto, agli indicatori regionali. Tuttavia, questo territorio non è solo il campo in cui vengono applicate le risposte; esso è incorporato come un modello di assistenza, non solo come un servizio. Come un servizio, è matriciale e non c'è necessità di installarne altri nella città. Si tratta di un modello che riconosce una memoria delle pratiche, include l'ancestralità ma, soprattutto, la capacità di produrre alternative per risolvere questi bisogni di salute di donne, persone con diversità sessuale e persone trans, seguendo un progetto di cura che coinvolge i movimenti sociali e gli attori dei territori come co-produttori di risposte. Questo si è reso evidente nella costruzione dei percorsi di assistenza del Consultorio.

Il modello assistenziale in forma di *jurema* deve essere inteso come una risposta a questo territorio, che produce cambiamenti al di là della dimensione individuale e degli atteggiamenti dei soggetti e delle pratiche di cura. Si tratta di un processo costante di riorientamento delle pratiche didattiche e di gestione dei servizi, come è emerso dai cambiamenti citati per la formazione dei lavoratori, nonché dalla necessità di modificare i sistemi informatizzati e gli strumenti della maternità, ampliandone l'integralità.

L'accoglienza, nella sua accezione più ampia, come postura etico-politica in difesa della vita e del sistema sanitario pubblico, è stata centrale come faro per i cambiamenti nel modello assistenziale e nella formazione nel Consultorio Familiare. Questa accoglienza, che si traduce e si concretizza nell'accoglienza interprofessionale, ha prodotto una maggiore capacità di risposta e ampliato la capacità risolutiva del Consultorio, ampliando sia le richieste che le risposte con una maggiore integralità nella cura. Oltre a una maggiore capacità di risposta, questa postura ha rimosso la centralità della cura della figura medica, consentendo approcci più integrali e risolutivi.

Queste prospettive interprofessionali e integrali dell'assistenza hanno favorito lo sviluppo di tecnologie assistenziali che riconfigurano la pratica dalla capacità installata dei servizi sanitari, che ha rafforzato e riconnesso l'idea primordiale di assistenza, riprendendo questi principi per affrontare i dilemmi emergenti. Pertanto, scommettiamo su questa prospettiva di "transizione dell'assistenza", a partire dalla formazione interprofessionale in servizio, basata sui reali bisogni di salute dei territori, per promuovere l'equità e l'integrità nella salute. L'accoglienza efficace delle persone trans scalza tutte le progettualità conosciute nella letteratura in ginecologia e ostetricia, e mostra che vogliamo un Consultorio per uomini e donne cis e trans, omosessuali o eterosessuali, come parte integrante della cultura assistenziale nei sistemi sanitari, non servizi specializzati e di riferimento a livelli superiori a quelli delle cure primarie.

Bibliografia

1. Silva CA, Dalbello-Araújo M. Programa de residência multiprofissional em saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate*. 2012; 43(123): 1240-1258. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>
2. Sampaio AF, Souza KCA, Fernandes ACL. Trans.formando-se: a educação popular na construção de saberes sobre saúde da população trans. *Rev. Ed. Popular*, 2019, 18(2) p. 229-251. <https://doi.org/10.14393/rep-v18n22019-47100>
3. Solano LC. Mandala formativa e a Unidade Básica de Saúde Escola: as residências em saúde nos cenários de práticas na atenção básica [tese]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2020. <https://scispace.com/pdf/mandala-formativa-e-a-unidade-basica-de-saude-escola-as-d364leuq1h.pdf>
4. DATASUS. Sistemas de informações sobre nascidos vivos [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>
5. Peçanha MB, Monteiro AA, Jesus JG. Transfeminismo das transmasculinidades: diálogos sobre direitos sexuais e reprodutivos de homens trans brasileiros. *REBEH*. 2023; 6(19):90-104. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/15787>
6. de Pontes JC, da Silva CG. Cisnormatividade e passabilidade: deslocamentos e diferenças nas narrativas de pessoas trans. *PERI*. 2018; 1(8):396-417. <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/23211>
7. Avelino MML. Cartografias da produção de cuidado em saúde à população LGBTQ+ [dissertação]. Mossoró (RN): Universidade Federal Rural do Semi-Árido; 2022. <https://repositorio.ufersa.edu.br/items/1b9a7740-281a-488d-8f1e-e07413c1ff60>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
9. Avelino MML, Solano LC, Ceccim RB, Pessoa Júnior JM. Transmasculinidades, gestação e acolhimento na rede de saúde. Interface (Botucatu). 2025; 29:e240382. <https://doi.org/10.1590/interface.240382>

