

I percorsi di segnalazione: nessuna porta è sbagliata

I **percorsi di segnalazione** non sono univoci e coinvolgono diversi servizi e molti soggetti della comunità. L'approccio "**nessuna porta è sbagliata**" (no wrong door) garantisce che ogni cittadino acceda al supporto sociale indipendentemente dal punto di ingresso scelto nel sistema. Questo modello aumenta significativamente l'**inclusività** e la portata territoriale del programma, intercettando soprattutto chi affronta barriere sistemiche nelle cure primarie. Semplificando l'accesso tramite comunità, terzo settore o autosegnalazione, si abbate lo stigma e si promuove un'equità sanitaria reale

1. Setting Clinico — MMG

- **Diagnosi di patologie croniche:** Il medico identifica i bisogni non medici legati a condizioni come diabete o depressione, riconoscendo che i determinanti sociali influenzano l'80% degli esiti di salute rispetto alla sola clinica.
- **Controlli periodici:** Le visite di routine permettono di spostare l'attenzione dalla patologia alla persona, chiedendo "**cosa conta per te?**" per far emergere aspirazioni, valori e potenziali risorse individuali di benessere.
- **Accessi frequenti per sintomi aspecifici:** La solitudine spinge spesso a consultare il medico per motivi impropri. Il MMG identifica questi casi, prescrivendo attività comunitarie per **ridurre la dipendenza dai servizi sanitari**.
- **Rinnovo di terapie:** Questo momento amministrativo è un'occasione per l'approccio "Making Every Contact Count" (MECC), identificando fragilità latenti o isolamento sociale che impattano negativamente sull'efficacia delle cure farmacologiche.

2. Setting Specialistico

- **Prima diagnosi di patologia cronica o cronico-degenerativa:** Lo specialista individua la necessità di un **supporto psicosociale immediato** per aiutare il paziente a gestire l'impatto emotivo e pratico della nuova condizione nella vita quotidiana.
- **Visite ambulatoriali specialistiche:** In centri dedicati (es. oncologia o salute mentale), i clinici riconoscono bisogni complessi, indirizzando i pazienti a risorse comunitarie che integrano il trattamento medico con il benessere sociale.
- **Dimissioni ospedaliere:** I team di dimissione utilizzano la prescrizione sociale per facilitare il **reintegro nella comunità**, identificando necessità di alloggio, mobilità o reti di supporto necessarie per una guarigione sostenibile.
- **Follow-up clinici periodici:** Durante i controlli, lo specialista valuta se le condizioni sociali ostacolano il recupero, aggiornando il piano di benessere per includere nuove connessioni comunitarie che favoriscano l'autogestione.

3. Setting dei Servizi Sociali

- **Valutazioni del bisogno sociale:** Gli assistenti sociali analizzano bisogni profondi come insicurezza abitativa o alimentare, fungendo da "identificatori" primari per collegare l'individuo a percorsi di supporto non sanitario.
- **Gestione di pratiche amministrative:** L'interazione burocratica permette di rilevare stress dovuto a difficoltà finanziarie o disoccupazione. Gli operatori indirizzano quindi a consulenze legali o a gruppi di mutuo aiuto per **mitigare i determinanti sociali negativi**.
- **Accessi allo sportello sociale:** Questi sportelli sono punti di contatto critici per identificare popolazioni vulnerabili, come migranti o anziani soli, facilitando l'accesso a reti sociali che promuovano la **coesione comunitaria**.
- **Presa in carico per situazioni di vulnerabilità:** Nella gestione di casi complessi, i servizi sociali collaborano in équipe multidisciplinari per identificare fragilità radicate, agendo come ponte verso attività di volontariato o artistiche.

4. Setting Comunitario

- **Attività associative e di volontariato:** Le organizzazioni del Terzo Settore identificano la fragilità attraverso il contatto diretto, riconoscendo quando i partecipanti necessitano di un supporto più strutturato per migliorare il proprio benessere.
- **Contatti con caregiver e familiari:** I familiari spesso notano per primi il declino. Coinvolgerli nella segnalazione dei bisogni all'operatore di contatto permette di intercettare chi, per orgoglio, non chiederebbe aiuto.
- **Reti di vicinato e comunità religiose:** Persone attive della comunità, per la loro vicinanza informale alle persone, identificano l'isolamento nascosto. Queste reti informali segnalano le fragilità, trasformando i luoghi di vita in contesti abilitanti che rafforzano la **resilienza collettiva**.
- **Sportelli di ascolto:** Hub comunitari o linee telefoniche dedicate fungono da primo contatto per identificare disagio emotivo, e possono trovare la risposta più appropriata, orientandosi tra i servizi locali.

5. Segnalazione proattiva o mirata

La **segnalazione proattiva** (o mirata) avviene quando i servizi contattano direttamente persone con bisogni specifici, identificati analizzando dati sanitari (es. registri di patologia) o liste d'attesa. Mira a intercettare precocemente soggetti vulnerabili o con patologie croniche, promuovendo l'**equità** e agendo sui determinanti sociali prima che le condizioni si aggravino.

6. Autosegnalazione

L'**autosegnalazione** (*self-referral*) permette ai cittadini di accedere autonomamente al Link Worker, riconoscendo i propri bisogni sociali o emotivi. Questo modello favorisce l'**empowerment** e riduce lo stigma, eliminando la necessità di una mediazione clinica iniziale. Richiede, tuttavia, una forte consapevolezza e informazione nella comunità.