

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI
Servizio Sanitario Nazionale – Regione Emilia-Romagna
CONFERENZA SANITARIA TERRITORIALE



PIANO PER LA SALUTE DELLA PROVINCIA DI RIMINI

II CORSO DI FORMAZIONE

RIMINI - NOVEMBRE 2001

SOMMARIO

- Perché un corso di formazione sul Piano per la Salute..... pag. 3
- Gli obiettivi del corso.....pag. 3
- I destinatari dell'intervento.....pag. 3
- Il programma formativo.....pag. 3
- Metodologia e tecniche utilizzate.....pag. 4
- Le adesioni al corso.....pag. 5
- I risultati dei questionari di valutazione.....pag. 7
- I risultati dei lavori di gruppo: gli effetti delle scelte politiche sulla salute.....pag. 10
- Risultati dei lavori di gruppo: i criteri di scelta delle Priorità.....pag. 15
- Il significato della partecipazione della Comunità: cosa ne pensano i partecipanti.....pag. 20

Il presente fascicolo è stato realizzato a cura del referente tecnico del PPS:
Dr.ssa Laura Zanzani: Res. Area Dipartimentale di Epidemiologia e Comunicazione
Dipartimento di Sanità Pubblica - AUSL di Rimini
Tel. 0541/707017 E Mail: lzanani@auslrn.net

PERCHE' UN CORSO DI FORMAZIONE SUL PIANO PER LA SALUTE?

Il cambiamento di paradigma concettuale nell'approccio al tema Salute ha indicato nuovi scenari e percorsi per il raggiungimento di obiettivi di salute.

I Piani per la Salute, indicati dal PSR 1999-2001 come lo strumento operativo efficace per superare le vecchie logiche che individuavano nel potenziamento dell'assistenza sanitaria la risposta ai problemi di salute, vedono il coinvolgimento responsabile di politici, leader istituzionali, cittadini competenti insieme a dirigenti Ausl nel processo decisionale per migliorare lo stato di salute della popolazione.

L'eterogeneità degli attori coinvolti nel progetto e la novità delle logiche adottate rendono opportuno un preliminare momento formativo teso a condividere il quadro concettuale di riferimento che sarà fondante per le successive fasi del progetto.

L'opportunità di strutturare un momento formativo è stata accolta, nel Settembre 2001, dalla Conferenza Sanitaria Territoriale, Organismo che assume il coordinamento complessivo del processo di costruzione del Piano per la Salute.

OBIETTIVI DEL CORSO:

Perché *la partecipazione della Comunità* al processo di formulazione dei PPS sia la più proficua e consapevole possibile, si è pensato a questo momento di formazione come finalizzato a:

- comprendere il quadro concettuale di riferimento evidenziando i legami tra salute e scelte politiche e la differenza sostanziale tra bisogno di salute e domanda di servizi
- condividere un "linguaggio" comune per la progettazione e realizzazione del Piano
- rendere evidente il ruolo e contributo della comunità, anche attraverso esperienze di altri territori
- condividere il percorso e la organizzazione per la costruzione del "nostro" PPS

DESTINATARI DELL'INTERVENTO:

Il corso è rivolto ai rappresentanti di Enti locali, forze della Cooperazione Sociale, Associazioni di volontariato, AUSL, Associazioni datoriali e Sindacali, mondo della scuola, organizzazioni quali ARPA, INPS, ecc. che hanno manifestato il loro interesse a partecipare al processo di formulazione del Piano a livello locale.

IL PROGRAMMA FORMATIVO

In ragione del numero dei destinatari (n° 120 al momento della programmazione formativa) si è pensato di organizzare tre edizioni distinte del corso che, sovrapponibili per contenuti e metodologia, potessero favorire il raggiungimento di una dimensione quantitativa d'aula particolarmente in grado di generare dinamicità ed interattività.

Tutte e tre le edizioni si sono tenute nel mese di Novembre 2001 grazie anche al contributo di relatori locali e regionali; un ringraziamento particolare va in tal senso al Centro di Documentazione Sanitaria (CDS) della Agenzia Sanitaria Regionale.

Il programma formativo, di seguito riportato, prevedeva tre incontri per ogni edizione

- il primo aveva come punto forte la esplicitazione dei concetti di base per la formulazione politiche di salute (con specifica esercitazione di gruppo)
- il secondo era particolarmente centrato sui concetti di priorità e relativi criteri di scelta (con specifica esercitazione di gruppo)
- il terzo aveva lo scopo di pervenire ad un significato condiviso sul significato della partecipazione della Comunità al processo.

Ogni edizione del corso si è sempre conclusa con la illustrazione e discussione del percorso locale di sviluppo del PPS e con la somministrazione del questionario di gradimento.

L'iniziativa formativa, preliminarmente alla sua realizzazione, è stata presentata alla Stampa dal Presidente della Conferenza Sanitaria Territoriale.

METODOLOGIA E TECNICHE UTILIZZATE:

La metodologia ha tenuto conto delle esigenze "di mettere in relazione" tra loro i partecipanti che, provenienti da diversificate organizzazioni, possedevano eterogeneo livello di conoscenza sui contenuti oggetto del corso.

A tutti i partecipanti, è stata consegnata una cartella contenente la documentazione di supporto al corso medesimo e, precisamente:

- Piano sanitario regionale 1999-2001 "Il patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna" "Parole Chiave".
- "Attore o spettatore? Partecipazione dei cittadini alla definizione dei Piani per la Salute" (VIII Master di Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari- Regione Emilia Romagna- Lavoro sul Campo, 1° Area).
- Piani per la salute –Linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001
- Politica dei servizi e politica per la salute (autore :A. Stefanini).

Il corso ha visto utilizzare i seguenti metodi e/o tecniche:

1. Lezioni d'aula tenute dai singoli relatori secondo programma.
Durante le lezioni il docente si è avvalso di supporti didattici in grado di facilitare l'attenzione e di supportare la discussione con i discenti quali: lavagna a fogli mobili, lavagna luminosa, videoproiezione.

Tutti i docenti hanno optato per lezioni dinamiche, con possibilità di intervento da parte dei partecipanti creando un feed-back attivo.
2. Lavoro per piccoli gruppi (3 gruppi per ogni corso) tenutisi in prima e seconda giornata.
Tali lavori erano finalizzati a verificare la piena comprensione dei contenuti della giornata, e a favorire la conoscenza reciproca di persone che, superato il momento formativo, avrebbero intrapreso un percorso operativo comune "sul campo". Per la definizione degli argomenti oggetto dei lavori di gruppo si è fatto riferimento a: "Documentare la formazione per i Piani per la Salute" - i Corsi dell'area della Bologna Nord nel 2000- a cura del CDS (ASR- Regione Emilia Romagna).
3. Utilizzo dei risultati dei singoli gruppi di lavoro, direttamente esposti dai partecipanti tramite lavagna luminosa, quali strumenti di discussione nel grande gruppo (cioè l'aula) lavori e scambio di pareri; tale momento è risultato come molto gradito e stimolante sia per i partecipanti che per i docenti che hanno avuto modo di riprecisare reciprocamente alcuni passaggi concettuali.
4. Utilizzo di figure di "facilitatori" per i singoli lavori di gruppo e di tutor d'aula per la gestione complessiva d'aula; tali figure hanno contribuito a dare supporto operativo/logistico ed inoltre a "leggere" le esigenze del piccolo e grande gruppo in corso d'opera suggerendo opportuni aggiustamenti.

La percezione del "buon clima" d'aula e di lavoro di gruppo oltre che dai singoli partecipanti (vedi questionari di valutazione del corso) deriva direttamente anche dalle "osservazioni" fatte da queste figure.

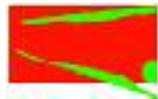
Le adesioni al Corso

Alle tre edizioni del corso sono state invitate complessivamente 120 persone, 109 delle quali hanno complessivamente frequentato il corso (68%).

L'appartenenza organizzativa dei partecipanti è risultata la seguente:

N°	ORGANIZZAZIONE E/O ENTE
38	AUSL
30	ASS.VONTORAIATO E/O COOP. SOCIALI
28	COMUNI
6	FORZE SINDACALI
4	ROVINCIA
1	PROVVEDITORATO AGLI STUDI
1	INPS
1	ARPA
109	totale

I risultati dei questionari di gradimento, in seguito riportati, testimoniano l'apprezzamento complessivo per la iniziativa formativa realizzata.



**Il Piano per la Salute
della Provincia di Rimini**
.....e la partecipazione della Comunità locale

***Programma
di
Formazione***

NOVEMBRE 2001

Edizione A: 14-19-26
Edizione B: 15-20-27
Edizione C: 16-21-28

SEDE: Formazione Professionale
Azienda USL Rimini
Via Flaminia n° 76, Rimini

Primo incontro (14.30/18.30)

- 14.30 - Saluti della Conferenza Sanitaria Territoriale
- 15.00 - Presentazione del corso L. Zanzani/S.Vitali
- 15.15 - Il mosaico della salute e gli effetti delle decisioni politiche sulla salute – B.M. Carozzo
- 16.15 - Lavoro di gruppo
- 17.15 - Plenaria con presentazione lavori
- 17.40 - Linee Guida Regionali sui Piani per la Salute B. M. Carozzo
- 18.10 - Discussione
- 18.30 - Chiusura incontro

Secondo incontro (14.30/18.30)

- 14.30 - Presentazione dell'incontro e obiettivi della giornata – L. Zanzani/S.Vitali
- 14.40 - Come fare un piano: la spirale della progettazione - M.Biocca/D.Pasquali/A.Stefanini
- 15.40 - Come valutare la salute – Laura Zanzani
- 16.20 - Criteri di scelta delle priorità - E. DiRuscio
- 16.40 - Lavoro di gruppo
- 17.30 - Plenaria con presentazione lavori
- 17.50 - Discussione
- 18.30 - Chiusura incontro

Terzo incontro (14.30/18.30)

- 14.30 - Presentazione dell'incontro e obiettivi della giornata -L. Zanzani/S.Vitali
- 14.40 - Partecipazione e coinvolgimento della collettività nei PPS - Mauro Palazzi
- 15.10 - L'esperienza del territorio di Cesena -Mauro Palazzi
- 15.40 - Il percorso e la organizzazione locale S.Vitali /L. Zanzani)
- 16.40 - Discussione per la condivisione del progetto locale
- 17.40 - Il questionario di valutazione - MassimoFerrari
- 18.30 - Conclusione del corso formativo.

RELATORI

- Dr. MARCO BIOCCA
Direttore del Centro di Documentazione per la Salute
Agenzia Sanitaria Regionale
- Dr. BIANCA MARIA CARLOZZO
Centro di Documentazione per la Salute- Agenzia Sanitaria Regionale
- Dr. EUGENIO DI RUSCIO
Direttore Sanitario AUSL di Rimini
- Dr. MASSIMO FERRARI
U.O Formazione Professionale AUSL di Rimini
- Dr. MAURO PALAZZI
U.O Epidemiologia e Comunicazione Dipartimento di Sanità
Pubblica AUSL di Cesena
- Dr. DONATELLA PASQUALI
Centro di Documentazione per la Salute Agenzia Sanitaria Regionale
- Dr. ANGELO STEFANINI
Assessorato Regionale alla Sanità - Regione Emilia Romagna
- Ass. STEFANO VITALI
Assessore ai Servizi Sociali - Comune di Rimini
(referente per il coordinamento del PPS)
- Dr. LAURA ZANZANI
Area di Epidemiologia e Comunicazione Dipartimento di Sanità
Pubblica - AUSL di Rimini

Segreteria organizzativa

- Azienda USL di Rimini*
- Rosella Agostoni - Segreteria Direzione Generale(0541/707778)*
- Morena Morelli - U.O. Formazione Professionale (0541/304916)*
- Daniela Pagliarani - Area Dipartimentale Epidemiologia
Comunicazione (0541/707598)*
- EE.LL*
- Barbara Baldazzi- Segreteria Assessorato ai Servizi Sociali
del Comune di Rimini (0541/367501)*

Risultati del questionario di valutazione

1. Nel suo complesso il Corso si è rivelato:

Un'esperienza molto gativa		2	6	15	29	21	1	Un'esperienza molto positiva
-------------------------------	--	----------	----------	-----------	-----------	-----------	----------	---------------------------------

2. Gli argomenti trattati durante il Corso le erano:

Del tutto ignoti	2	5	6	12	23	19	5	Completamente chiari e noti
------------------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	----------	--------------------------------

3. Pensa che gli argomenti trattati nel corso possano essere applicabili nel suo lavoro sui Piani per la salute?

Non applicabili		1	5	13	28	24	1	Applicabili
-----------------	--	----------	----------	-----------	-----------	-----------	----------	-------------

4. Riguardo la sua partecipazione al Corso ritiene di essere stato/a:

poco impegnato e llaborativo			13	11	25	22	1	Impegnato e collaborativo
---------------------------------	--	--	-----------	-----------	-----------	-----------	----------	------------------------------

5. Ritiene che la partecipazione dei presenti al Corso sia stata:

non aperti e non llaborativi		1	4	11	31	23	1	Aperti e collaborativi
---------------------------------	--	----------	----------	-----------	-----------	-----------	----------	------------------------

6. Ritiene che i contenuti del Seminario siano stati:

Poco interessanti			5	20	26	26	1	Molto interessanti
-------------------	--	--	----------	-----------	-----------	-----------	----------	--------------------

7. Come giudica il materiale didattico:

Insufficiente			1	9	19	33	9	Eccessivo
---------------	--	--	----------	----------	-----------	-----------	----------	-----------

8. Dia una valutazione delle metodologie didattiche:

Lezioni teoriche d'aula				2	6	15	36	13
Esercitazioni d'aula				2	11	13	33	15
Discussione in aula			2	3	6	12	32	17

9. Circa l'organizzazione del Corso, la ritiene complessivamente:

Inadeguata			1	1	12	36	22	Ineccepibile
------------	--	--	----------	----------	-----------	-----------	-----------	--------------

10. Circa l'organizzazione del Corso i tempi dedicati ai vari argomenti li ritiene complessivamente:

Troppo breve	Adeguito	Troppo lungo
--------------	----------	--------------

Il mosaico della salute e gli effetti delle decisioni politiche sulla salute	15	53	3
Le linee Guida regionali sui piani per la Salute	11	58	3
I percorsi delle Politiche di Salute	12	53	/
Come fare un Piano di Salute: la fase operativa della progettazione	14	56	2
Come valutare la salute	23	47	1
Criteri di scelta delle priorità	20	49	1
Partecipazione e coinvolgimento della collettività	15	55	2
Il percorso e l'organizzazione locali	11	60	1

11. Esprima un parere sul livello di raggiungimento dei vari obiettivi del Corso:

Comprendere il quadro concettuale di riferimento evidenziando i legami tra la salute e le scelte politiche e la differenza sostanziale tra bisogno di salute e domanda dei servizi		1	1	8	19	28	15
Condividere un linguaggio comune per la progettazione e realizzazione del piano			4	8	24	24	12
Rendere evidente il ruolo e il contributo della comunità			1	9	15	25	22
Condividere il percorso e la organizzazione per la costruzione del "Piano di Salute" PPS			1	7	20	23	19

12. Esprima una valutazione complessiva del docente:

Competenza percepita							
Chiarezza espositiva							
Efficacia didattica							
Disponibilità							

N.B. (TAB. 12)

Complessivamente la valutazione dei docenti è stata più che discreta attestandosi mediamente sui valori alti della scala (6/7).

1° Esercitazione di gruppo

Argomento:

“Il mosaico della salute e gli effetti delle decisioni politiche sulla salute”

Risultati degli elaborati dei singoli gruppi di lavoro

Durante il primo incontro, di ogni edizione del corso, sono stati creati tre gruppi di lavoro; ad ognuno veniva chiesto di scegliere uno degli argomenti sottoriportati quale oggetto della esercitazione.

Obiettivi del lavoro di gruppo:

⇒ identificare gli **effetti positivi e negativi** di una decisione politica sulla salute

⇒ indicare i **soggetti** che, con decisioni politiche, potrebbero limitare gli effetti negativi sulla salute

gruppo 1: insediamento di un **polo sportivo** attrezzato che consenta anche la realizzazione di eventi sportivi con possibilità di accesso al pubblico

gruppo 2: insediamento di un **centro commerciale** (ipermercato) con presenza di sale ricreative quali sale cinematografiche, sale di lettura, sale giochi, ecc..

gruppo 3: incentivazione della **attività fisica per gli anziani** con costruzione di una grande palestra intercomunale, offerta di corsi gratuiti, regalo di una bicicletta ed organizzazione di gite in bici.

ESEMPIO: incentivazione della viticoltura con conseguente diminuzione del prezzo del vino ed aumento della occupazione

POSITIVI	NEGATIVI
Aumento dell'occupazione in agricoltura, nella trasformazione e commercializzazione del prodotto	Aumento dell'alcolismo e delle patologie correlate
Diminuzione del pendolarismo	Aumento dell'uso di pesticidi e aumento delle malattie professionali
Diminuzione dell'inquinamento da uso di macchine agricole	Aumento del traffico specifico stagionale
Aumento del piacere del vino per soggetti a basso reddito	Aumento del rischio degli incidenti stradali

Le tabelle che seguono sono il frutto dell'assemblaggio delle considerazioni/concetti emersi direttamente dai gruppi e, da questi, riportati su lucido per la discussione d'aula.

In tal modo è possibile confrontare quanto emerso complessivamente sui tre argomenti durante le edizioni del corso; si segnalano, a fianco di concetti identici e/o affini, il numero delle volte che sono emersi (*).

Tabella n° 1

ipotesi di insediamento di un centro commerciale con presenza di sale ricreative, sale cinematografiche, sale di lettura, sale giochi, ecc..

<u>EFFETTI POSITIVI</u>	(*)	<u>EFFETTI NEGATIVI</u>	(*)	SOGGETTI CHE CON DECISIONI POLITICHE POTREBBERO LIMITARE GLI EFFETTI NEGATIVI SULLA SALUTE	(*)
RISPARMIO DI TEMPO	3	IMPATTO AMBIENTALE	2	EDUCAZIONE AL CONSUMO ED IN GENERALE	2
MAGGIORE OCCUPAZIONE	3	INQUINAMENTO DELLA ZONA	2	COMUNE (EE.LL) TECNICI E POLITICI	2
INCONTRO E SOCIALIZZAZIONE	2	AUMENTO DEI CONSUMI	2	COINVOLGIMENTO COMMERCianti CENTRO STORICO	1
ACCESSIBILITA'	2	IMPOVERIMENTO DELLE RELAZIONI SOCIALI	2	CONSEGNA SPESA A DOMICILIO	1
RISPARMIO ECONOMICO	2	CHIUSURA PICCOLI NEGOZI E IMPOVERIMENTO CENTRO STORICO	2	REFERENTI POLITICHE CULTURALI	1
AVVICINAMENTO OFFERTA CULTURALE	1	MINOR TEMPO ALL'ARIA APERTA	1	REFERENTI URBANISTICA-VIABILITA'	1
NUOVE OPPORTUNITA' DI AGGREGAZIONE	1	DISEDUCAZIONE INFANZIA	1	ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	1
MAGGIORE SCELTA	1	SCOLLAMENTO REALTA' SOCIALE/APPARTENENZA	1	REFERENTI POLITICHE TRASPORTI	1
		RISCHIO DI AUMENTO DELL'EMARGINAZIONE	1	PROGETTO ARCHITETTONICO "BELLO"	1
		DISUMANIZZAZIONE DEI RAPPORTI	1	AZIENDA USL	1
		TIPOLOGIA DEL LAVORO OFFERTO	1	ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E CULTURALI	1
		ECESSIVA CONCORRENZA	1	ARTISTI	1
		AMBIENTE INSALUBRE	1		
		MICROCLIMA	1		
		ARTIFICIALITA' DELL'AMBIENTE INTERNO	1		
		DIFFICOLTA' DI ACCESSO	1		

Tabella n°2

insediamento di un polo sportivo attrezzato che consenta anche la realizzazione di eventi sportivi con possibilità di accesso al pubblico.

<u>EFFETTI POSITIVI</u>	(*)	<u>EFFETTI NEGATIVI</u>	(*)	SOGGETTI CHE CON DECISIONI POLITICHE POTREBBERO LIMITARE GLI EFFETTI NEGATIVI SULLA SALUTE	(*)
Facilita la socializzazione e incontri interculturali	3	Aumento del Traffico,	3	Programmazione del territorio, e partecipazione delle istituzioni	1
Riqualificazione della zona	2	Difficoltà di accesso, per noni, handicap, anziani	2	Programmazione viabilità e sporti	2
Favorire sviluppo psico-fisico e promuovere attività sportive	2	Problemi di ordine pubblico, violenze durante le manifestazioni	2	Gestione pubblica	1
Aumento posti di lavoro	2	Rumore	2	Promozione della salute	1
Aumento ricettività	1	Viabilità (se immodificata)	1	Associazionismo sportivo	1
Maggior confronto educatori e qualità professionale	1	Rischio centralizzazione	1	Controlli sanitari	1
Attività riabilitativa	1	Agonismo sfrenato	1	Riqualificazione strutture non più idonee	1
< comportamenti a rischio nei giovani	1	Rischio uso anabolizzanti	1	Equità di accesso	1
Aumento motricità	1	Traumatismi	1	Cura delle strutture architettoniche e riqualificazione del verde	1
Training personale	1	Malattie trasmissibili/igiene	1	Apertura sportello	1
Miglior uso del tempo libero	1	Rischio "branchi"	1	Regolamento società sportive per handicap	1
Prevenzione cardiopatie con visite medico-sportive	1	Costi della struttura	1	Umanizzazione della struttura	1
Ottimizzazione uso strutture full time	1	Costi per accesso	1	Biblioteca/attività ludiche e socializzanti	1
Interazione tra attività diversificate (sport, concerti..)	1			Gestione mista pubblico/privato	1
Opportunità di lavoro	1			Educazione allo sport	1
				Punti di primo soccorso	1

Tabella n°3

incentivazione della attività fisica per anziani con la costruzione di una grande palestra intercomunale, offerta di corsi gratuiti, regalo di una bicicletta e organizzazione di gite in bici

<u>EFFETTI POSITIVI</u>	(*)	<u>EFFETTI NEGATIVI</u>	(*)	SOGGETTI CHE CON DECISIONI POLITICHE POTREBBERO LIMITARE GLI EFFETTI NEGATIVI SULLA SALUTE	(*)
Socializzazione	3	Accessibilità al servizio	3	AUSL (controllo medico – formazione) Assistenza medica (soggetto non indicato) Filtro sanitario per inserimento anziani fragili (soggetto non indicato)	3
Recupero identità (persona attiva)/ Incremento consapevolezza di sé	2	“Ghettizzazione”/Emarginazione degli anziani	2	Enti Locali (trasporti)	3
Vigorizzazione e beneficio psico – fisico	2	Esclusione/Limitazione soggetti più fragili/non autosufficienti	2	Eliminare la bici e promuovere la tuta con scarpe	1
Sollievo alla famiglia/migliore equilibrio familiare	2	Selettività dell’offerta ginnica (selezione del gruppo)	1	Allargamento gamma offerta (ballo, tai-chi, sale ricreative)	1
Intercomunalità dell’offerta/Collaborazione tra Comuni	2	Aumento traumatismi per attività sportiva	1	Corsi intergenerazionali (nonno - nipote)	1
Incremento opportunità di lavoro	2	Scarsa partecipazione per mancanza di	1	Educazione Sanitaria	1
Focalizzazione sulle problematiche/bisogni dell’anziano	2	Peggioramento della salute	1	Enti locali (aree verdi, piste ciclabili)	1
Riduzione spesa socio sanitaria	1	Impatto ecologico	1	Centri Sociali (informazione e motivazione)	1
Riduzione uso farmaci	1	Resistenze degli anziani e delle famiglie	1	Ente Formazione specifica per istruttori	1
Concorrenza pubblico - privato (incentivo a miglioramento)	1	Concorrenza dei privati	1	Ente Assicurativo/Comune	1
Assenza di discriminazione in base ai costi	1	Incremento consapevolezza di sé	1		
Aggregazione	1	Costo eccessivo in relazione agli effetti	1		
Qualità dell’offerta	1	Congestione traffico	1		
Prevenzione	1	Difficoltà di gestione	1		

2° esercitazione di gruppo

Argomento:
**Quali possibili criteri per la scelta delle
priorità?**

**Risultati degli elaborati dei singoli gruppi di
lavoro**

Durante il secondo incontro, di ognuna delle tre edizioni, è stata effettuata una esercitazione di gruppo, suddividendo l'aula in tre gruppi di lavoro; i nove gruppi di lavoro che in tal modo si sono venuti a creare complessivamente, hanno avuti il seguente mandato;

**QUALI CRITERI SI POSSONO USARE
PER LE SCELTE DI PRIORITA'**

Lavoro di gruppo

Obiettivo:

- definire un ordine di priorità dei criteri di scelta forniti e delle tipologie di informazioni epidemiologiche disponibili

Mandato di lavoro:

- indicate sul lucido quale ordine di priorità daresti ai criteri di scelta (potete aggiungerne altri) e quale giudizio daresti alle tipologie di informazioni disponibili

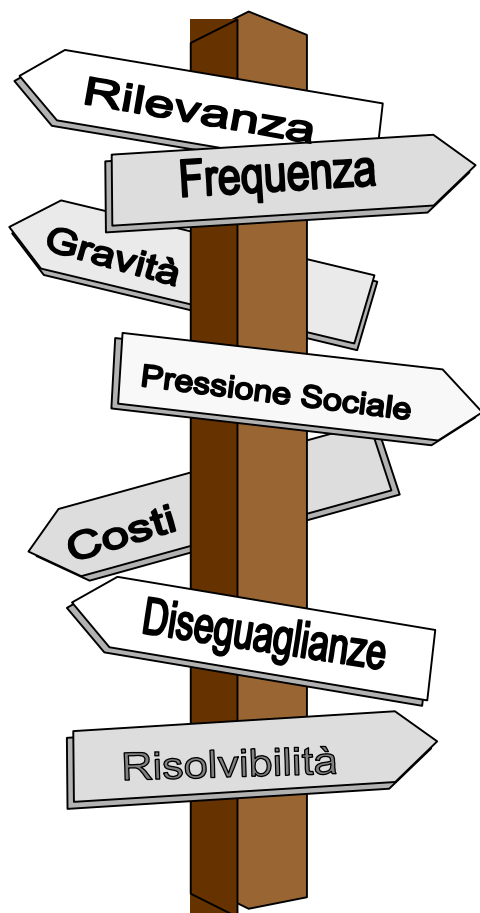
I gruppi sono stati inoltre dotati di un elenco di criteri pre-definiti (vedi schema seguente) integrabile e modificabile.

GRUPPO N°

ARGOMENTO : *QUALI CRITERI SI POSSONO USARE
PER LE SCELTE DI PRIORITA'*

Criteri (indicare l'ordine di priorità)

RILEVANZA GRAVITA' E FREQUENZA	<ul style="list-style-type: none">▪ mortalità▪ anni di vita perduti a 65 anni▪ ricoveri ospedalieri▪ invalidità permanente▪ morbosità
PRESSIONE SOCIALE COSTI	<ul style="list-style-type: none">▪ Domande, lamentele, sondaggi referendum▪ Sanitari (per es. per ricoveri e farmaci)▪ sociali
DISEGUAGLIANZA	<ul style="list-style-type: none">▪ Es. % di svantaggiati colpiti
RISOLVIBILITA'	<ul style="list-style-type: none">▪ disponibilità di strumenti e tecnologie appropriate▪ costi proporzionati e sostenibili



Cinque gruppi, su nove, hanno scelto di lavorare senza un oggetto specifico di riferimento, mentre i rimanenti quattro ne hanno individuato uno su cui operare la simulazione richiesta.

Questo elemento, comporta la necessità di operare una rappresentazione dei risultati mantenendoli separati per entrambe le modalità operative scelte dai gruppi.

1. Risultati delle esercitazioni condotte senza tema specifico assunto a riferimento_(5/9)

Tabella 1: riporta fedelmente le preferenze espresse dai cinque gruppi di lavoro in ordine alla gerarchia attribuita ai diversi criteri

	CRITERI	PREFERENZE ESPRESSE					NOTE
		1° posto	2° posto	3° posto	4° posto	5° posto	
1	RILEVANZA	4	-	-	-	-	un gruppo ha indicato al primo posto pari merito, le diseguaglianze e la rilevanza/gravità/frequenza; per tale motivo
2	GRAVITA'	4	-	-	-	-	
3	FREQUENZA	4	-	-	-	-	
4	PRESSSIONE SOCIALE	-	-	2	3	-	
5	COSTI	-	2	2	1	-	
6	DISEGUAGLIANZE	2	1	1	1	-	
7	RISOLVIBILITA'	-	2	2	-	1	

Rilevanza, gravità, frequenza sono stati messi a pari merito al primo posto da 4 gruppi si cinque. Le disuguaglianze sono state messe al primo posto da in gruppo; mentre un altro gruppo le ha inserite al primo posto assieme a Rilevanza gravità e frequenza.

Al secondo posto, come importanza gerarchica, due gruppi hanno indicato i costi e la risolvibilità.

2. Risultati delle esercitazioni condotte attraverso la individuazione di un argomento specifico come guida

I rimanenti 4 gruppi hanno tutti liberamente individuato un tema di riferimento, cioè un oggetto su cui simulare l'esercizio richiesto: uno dei gruppi ha individuato due oggetti e pertanto considereremo, ai fini dell'analisi dei risultati, di avere a disposizione il prodotto di 5 gruppi di lavoro.

Tabella 2 : risultati dei lavori dei singoli gruppi che hanno individuato temi specifici

Oggetti individuati	Obesità	Onco-geriatria	Alzheimer	Stragi abato sera incidenti stradali	Inserimento vorativo soggetti svantaggiati
Criteri					
	Unico gruppo				
	POSTAZIONI ASSEGNATE DAI SINGOLI GRUPPI AI CRITERI				
RILEVANZA	1°	2°	4°	4°	6°
GRAVITA'	2	1	1	3	5
FREQUENZA	3	1	1	2	5
PRESSSIONE SOCIALE	7	5	3	1	2
COSTI	5	4	2	5	3
DISEGUAGLIANZE	6	3	3	7	1
RISOLVIBILITA'	4	6	6	6	4

Tabella 3: numero di PREFERENZE osservate COMPLESSIVAMENTE per ogni postazione gerarchica

(es. la rilevanza è stata messa una volta al primo posto, una volta al secondo, due volte al quarto, una volta al sesto)

Osservazioni	1 posto	2 posto	3 posto	4 posto	5 posto	6 posto	7 posto
criteri							
rilevanza	1	1	0	2	0	1	0
gravità	2	1	1	0	1	0	0
frequenza	2	1	1	0	1	0	0
Pressione sociale	1	1	1	0	1	0	1
costi	0	1	1	1	2	0	0
diseguaglianze	1	0	2	0	0	1	1
risolvibilità	0	0	0	2	0	3	0

La Partecipazione della Comunità nel percorso del Piano per la Salute

Cosa ne pensano le persone
presenti al corso?

Il docente (Dr. Mauro Palazzi) ha stimolato la discussione e la raccolta di pareri come fase preliminare alla lezione vera e propria; molti dei concetti detti dai partecipanti, riportati fedelmente nella tabella che segue, sono stati poi ritrovati nella relazione predisposta dal medesimo che si allega di seguito in forma integrale.

PARTECIPAZIONE (QUALE SIGNIFICATO PER QUESTA PAROLA?)		PERCHE' PARTECIPARE	COSA INFLUISCE SULLA PARTECIPAZIONE		
	Detto n° volte		Detto n° volte	Detto n° Volte	
Condivisione	3	Coinvolgimento	3	Fattore tempo	2
Collaborazione	2	Per discutere problemi comuni	3	Cultura della partecipazione	
Costruire insieme	2	Per condividere	2	(abitudine)	2
Aggregazione	2	Arricchimento		Voglia di mettersi in gioco	2
Opportunità		Per suddividere oneri (risorse e responsabilità)		Disponibilità delle persone	
Dovere		Risorse ridotte e necessità condividere obiettivi		all'ascolto	2
Scegliere		Per un migliore Piano per la salute		Conoscenza della materia	2
Responsabilità		Contributo al miglioramento		Interesse per l'altro (reciprocità)	
Dare voce		Più controllo da parte dei partecipanti		Interesse	
Essere parte di		Per eliminare l' autoreferenzialità		Problemi	
Educazione		Interesse delle istituzioni ad avere idee nuove		Urgenza del problema	
Presenza e ascolto		Per avere pareri diversi (più professionalità)		Percezione del problema	
Presenza attiva e influente		Perché non si possono delegare		Praticità e convenienza	
Incontro attivo		Per capire/conoscere		Volontà politica	
Motivazione		Per comprendere i problemi		Volontà che " gli altri"entino	
Fregatura		Far conoscere i bisogni reali		Livello di democraticità	
Protagonismo		Conoscenza de problema		Congruità delle scelte	
Potere		Competenza		Interessi economici	
Competenza		Allargare le competenze		Condizioni economiche	
Affettività		Rafforzare la coesione		Risorse disponibili (non solo economiche)	
Finalizzazione		Per decidere		formazione condivisa	
Progettazione		Rischio nella scelta		Competenza (convergente)	
Informazione		Conflittualità		Autoreferenzialità	
Comunicazione		Per il consenso		Numero delle persone	
		Interesse politico		"Qualità "delle persone	
		Interesse economico		Volontà dei partecipanti	
		Aspettative		Livello di motivazione dei partecipanti	
		Numero di persone coinvolte		Potere ai partecipanti	
		Tempo a disposizione		Modello organizzativo	
		Ridurre il potere dei tecnici		Luoghi e orari	
		pregiudizi			

La partecipazione della comunità nell'elaborazione del Piano per la Salute

(a cura di Mauro Palazzi referente AUSL di Cesena per i Piani per la Salute e Coordinatore gruppo di ricerca regionale "Ascolto e Partecipazione nel Piano per la Salute")

Il Piano per la Salute (PPS) rappresenta un esempio di "programmazione negoziata" che, per condurre alla realizzazione del Patto Locale di Solidarietà per la Salute, deve attuarsi attraverso un processo che garantisca il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti gli attori sociali della comunità ai quali va garantita una partecipazione attiva fin dalle prime fasi del processo.

La partecipazione dei cittadini rappresenta il presupposto innovativo, che assieme alle politiche intersettoriali, può realizzare concretamente la promozione della salute di una popolazione in un determinato contesto territoriale, è uno dei fattori di maggior complessità, ma rappresenta anche una grande opportunità, nella realizzazione dei PPS.

Partecipazione è una parola molto usata, per indicare varie tipologie di attività che vanno da forme puramente simboliche a iniziative che prevedono un forte potere della comunità nella determinazione delle scelte che la riguardano.

Questo diverso significato associato al termine "partecipazione" è ben rappresentato da Ewles e Simnett che individuano i seguenti livelli possibili di partecipazione:

- Nessuna attività di coinvolgimento e partecipazione.
- Molto bassa: è quando la comunità è semplicemente informata.
- Scarsa: è quando si effettua una consultazione solo formale e simbolica.
- Modesta: è quando viene effettuata la consultazione ed esiste la possibilità di recepire suggerimenti su soluzioni definite (**ASCOLTO**).
- Alta: è quando la comunità partecipa alla formulazione del piano. (partnership)
- Molto alta: è quando l'agenzia (ad es. l'AUSL) propone un problema e la comunità decide se includerlo o no nel piano (potere decisionale).
- Massima: quando è la comunità ha il controllo, individua il problema, gli obiettivi e i programmi e l'agenzia si limita a sostenerla nelle diverse fasi del processo.

Il tipo di partecipazione che dovrebbe fare da filo conduttore per i Piani per la Salute deve essere intesa non solo come semplice coinvolgimento, definito da P. Branca come "il processo che fornisce l'opportunità ai diversi soggetti del territorio di riconoscersi e di essere legittimati nei loro problemi e nelle loro potenzialità", ma come quella azione di influenzamento che offre la possibilità di intervenire efficacemente nel processo decisionale, allargata anche a quei soggetti che normalmente sono esclusi dalla elaborazione di politiche e programmi per la salute.

Questo tipo di partecipazione è stato ben definito da R. Martini che la definisce come "il contributo che ciascun attore dà alla definizione del processo di orientamento alla sua concreta attuazione. Rappresenta il processo attraverso il quale i normali cittadini possono contribuire alla formazione delle decisioni rispetto a questioni che riguardano la comunità e di conseguenza la loro vita.... Nella comunità locale essa può prendere la forma della rete, della coalizione, dei patti territoriali", Martini afferma inoltre che "La partecipazione richiede tempo, allunga in genere i processi decisionali. Il processo partecipativo si scontra e deve trovare il modo di rendere compatibili gli interessi individuali (di singoli o gruppi) con gli interessi più generali della collettività".

La partecipazione della comunità nel processo di costruzione del Piano per la Salute permette di conseguire i seguenti obiettivi:

- 1 **Miglioramento delle conoscenze dei problemi, dei bisogni di salute e delle risorse presenti nella comunità (reti, progetti, esperienze, attori sociali..)** attraverso la raccolta e l'elaborazione degli indicatori epidemiologici e delle opinioni dei cittadini (**ascolto**)
- 2 **Miglioramento dello stato di salute della comunità** attraverso la realizzazione di programmi di intervento efficaci
- 3 **Sviluppo della comunità attraverso:**
 - ❖ **la realizzazione di momenti di incontro e di confronto tra cittadini e istituzioni**
 - ❖ **la responsabilizzazione diffusa dei diversi attori rispetto ai problemi e alle scelte di salute**
 - ❖ **l'aumento del potere della comunità nei confronti della tutela della propria salute** (per dare al cittadino competenze, conoscenze e un ruolo attivo nei confronti della tutela della propria salute)
 - ❖ **il miglioramento della coesione sociale e del rapporto di fiducia tra istituzioni e società civile** (aprire uno spazio di partecipazione può servire a fare incontrare, a far superare dei pregiudizi e creare delle condizioni che permettano di ricostruire dei rapporti di fiducia, che è uno dei collanti fondamentali per la società).

Lo sviluppo del processo di partecipazione della comunità alle scelte di salute prevede :

- ❖ **l'individuazione dei diversi attori sociali della comunità**
- ❖ **il riconoscimento dei diversi interessi e motivazioni**
- ❖ **la definizione degli obiettivi e del tipo di impegno previsto**
- ❖ **l'individuazione dei metodi e degli strumenti per lo sviluppo e il mantenimento nel tempo della partecipazione**

Gli strumenti ed i metodi utilizzabili per realizzare l'ascolto dei bisogni e per favorire la partecipazione della comunità sono molteplici. La loro praticabilità ed efficacia dipende da alcuni fattori che vanno attentamente considerati:

- ✦ **il tempo a disposizione**
- ✦ **le risorse umane e materiali**
- ✦ **la numerosità e il tipo degli attori da coinvolgere**
- ✦ **le diverse fasi del percorso ed i loro obiettivi specifici**

I principali strumenti utilizzati per l'**ascolto** dei cittadini, finalizzato ad aumentare il livello di conoscenza dei loro bisogni e opinioni sulla salute, sono:

- ✦ **questionari**
- ✦ **interviste**
- ✦ **tecniche di gruppo (gruppi focus, gruppi nominali...)**
- ✦ **siti web interattivi**

I principali strumenti utilizzati per favorire la **partecipazione** alla definizione dei piani per la salute sono:

- ✦ **tecniche di gruppo (gruppi focus, gruppi nominali...)**
- ✦ **corsi e laboratori formativi**
- ✦ **forum, panel, comitati, giurie di cittadini**
- ✦ **siti web interattivi**

La metodologia che può meglio di altre favorire la partecipazione è **la ricerca-azione partecipante o partecipata**.

È una modalità di intervento la cui matrice teorica proviene dagli studi classici di psicologia di comunità, il cui promotore è Kurt Lewin.

La ricerca-azione partecipante è una ricerca comparata sulle condizioni e gli effetti delle varie forme di azione sociale, che a sua volta tende a promuovere l'azione sociale stessa" [Lewin, 1946].

La ricerca-azione è rivolta a stimolare la partecipazione degli ipotetici destinatari dell'intervento e/o di altri membri della comunità interessati e coinvolti a vario titolo al problema in oggetto.

L'aspetto innovativo è la capacità degli operatori/ricercatori di coinvolgere i membri della comunità in tutte le fasi della realizzazione della ricerca. È un metodo che si sviluppa a spirale e prevede il riadattamento continuo in itinere del percorso per modificare ciò che non funziona o adattare obiettivi e azioni alla nuova situazione.

Bibliografia

1. *Piano sanitario nazionale*. Decreto Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998–2000. - s.o n. 201 alla GU n. 288 del 10 dicembre 1988
2. *Piano sanitario regionale 1999–2001. Il Patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna* AAVV (2001),
3. *La partecipazione dei cittadini alla definizione dei Piani Per la Salute: "attori o spettatori "*, Regione Emilia Romagna, Rapporto presentato all'VIII Master in amministrazione e gestione di servizi sanitari, Bologna
4. L.Altieri e B.Zani appunti dal corso regionale per coordinatori dei piani per la salute “*l’ascolto e la partecipazione dei cittadini*”- Agenzia Sanitaria Regionale-Bologna12.11.01.
5. L. Altieri, *Una ricerca di qualità. La spendibilità della ricerca/valutazione nei servizi sociosanitari*, in C. Cipolla (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano 1998;
6. L. Altieri, *La valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi*, in C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri (a cura di), *Valutare la qualità*, Angeli, Milano, in corso di pubblicazione;
7. Eweles L.e Simnett I. “*Promoting health. A practical guide.*” Edinburgh, Ballière Tindall. 1999
8. P.Branca “*Il Potere nella comunità locale tra coinvolgimento e partecipazione*“ in *Animazione Sociale* n. 10 del 1996
9. E.R. Martini “*La ricerca Azione Partecipata*” in *Animazione Sociale* n. 10 e n. 11 del 1995
10. M.Biocca (a cura di) “*Promozione della Salute e Sanità Pubblica*” Franco Angeli Editore 1997
11. B. Zani e E. Cicognani “*Psicologia della Salute*” Il Mulino editore (ricca bibliografia) 2000
12. G. Bertin “*Valutazione e sapere sociologico*” Franco Angeli Editore 1996
13. S. Corraru “*il focus group*” Franco Angeli Editore 2001
14. C. Bezzi, *Il disegno della ricerca valutativa*, Angeli, Milano, 2001.