

«Engaging Patients for Patient Safety».
Coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini nella sicurezza delle
cure.
22 settembre 2023

I percorsi partecipati con i cittadini e le comunità

Fabrizia Paltrinieri
Città Metropolitana di Bologna





Quali leve per produrre innovazione sociale nel sistema dei servizi sanitari e sociali?

PARTECIPAZIONE

Salute intesa in senso positivo, **capacitazione/autodeterminazione**

Partecipazione delle persone nella **definizione dei propri bisogni**

Costruzione di **processi collettivi**

ASCOLTO

Strumenti pensati per creare spazi e momenti di **co-costruzione di significati**

Per praticare un **ascolto attivo** è necessario **cambiare il proprio punto di vista**

I segnali più importanti sono quelli che si presentano come al tempo stesso **trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti** perché incongruenti con le proprie certezze (Sclavi, 2001)

DIALOGO

Approccio dialogico: riconoscere l'altro come portatore di una prospettiva autonoma

'Imparare facendo', **learning by doing**

Saper costruire **buone domande**

Mettere **al centro la persona**

EQUITÀ E UMANIZZAZIONE

Determinanti sociali di salute e malattia e azioni di contrasto alle disuguaglianze

Da una medicina **disease centred** a una **patient oriented**

Strumenti di ricerca '**ecologici**', ossia basati sul contesto

'**Health for All**' e **PHC** (WHO, 1978)



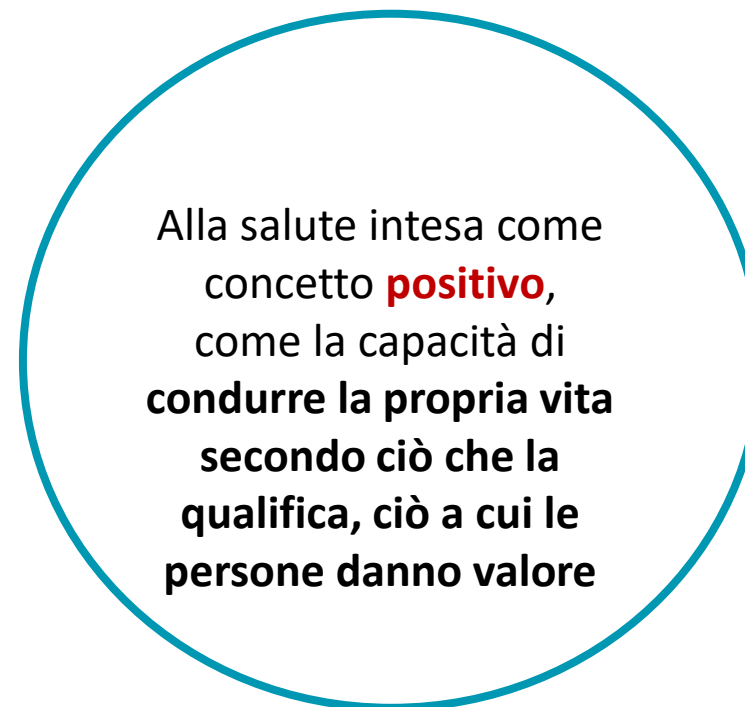
SALUTE



Salute pensata solo in relazione
alla presenza o meno di malattia



De – sanitarizzazione
del concetto di salute



autodeterminazione delle persone nella
società e nell'ambiente in cui vivono, in
quanto **costruttrici attive del proprio
benessere**



La malattia trova risposta nel sistema sanitario , la salute richiede azioni nelle **CONDIZIONI di vita delle persone** , sulle **RELAZIONI** presenti nel quotidiano di vita delle persone. La PROMOZIONE SALUTTE chiama in causa diversi ambiti della società, pertanto richiede la gestione di un **importante grado di complessità**



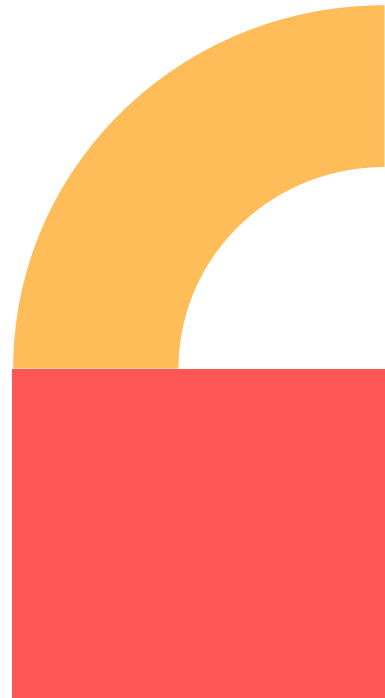
PROMOZIONE DELLA SALUTE

"Per promozione della salute si intende il processo che consente alle persone di esercitare un **maggiore controllo sulla propria salute** e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo **devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi**".

Carta di Ottawa, 1986



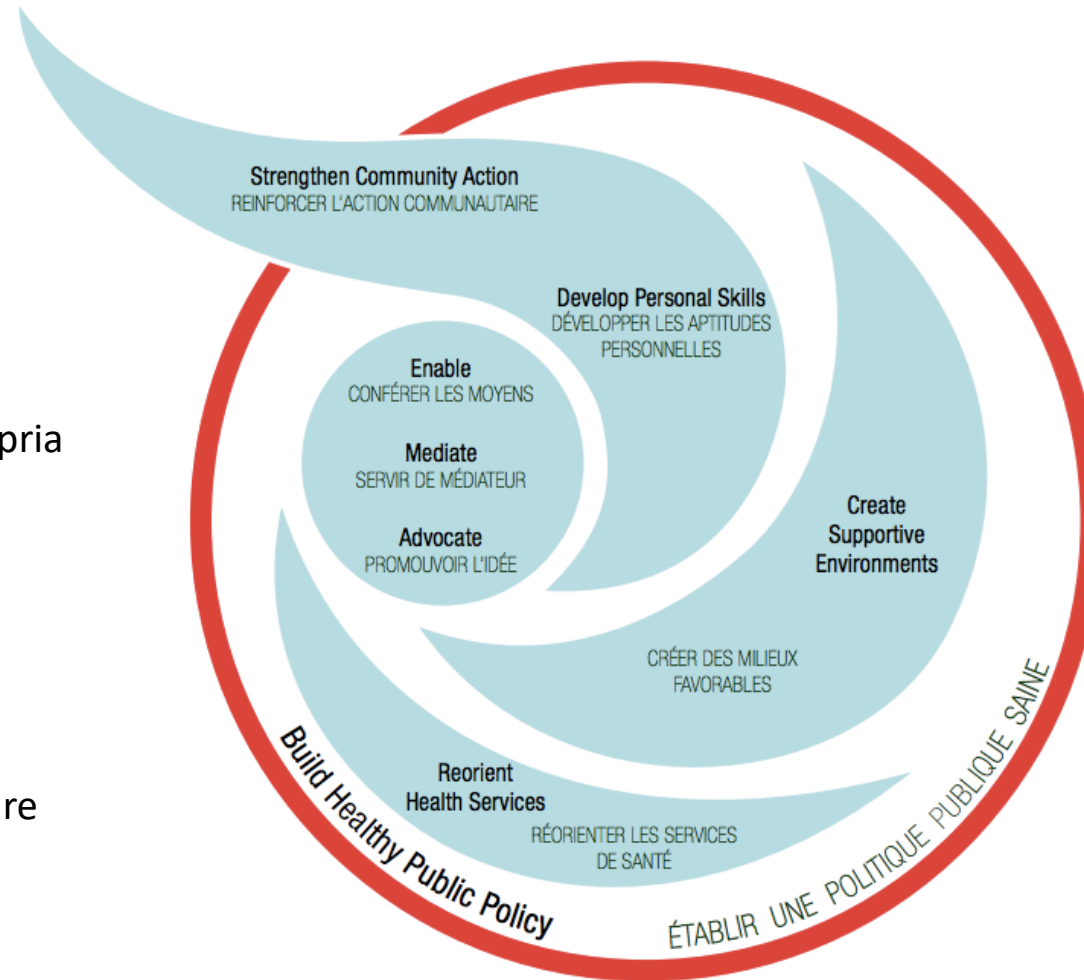
Approccio **salutogenico**: individuare quali sono le "cause" di salute (**salutogenesi**), tutto ciò che concorre a creare salute (cultura?), non le cause della patologia (Antonovsky 1979)



La Carta di Ottawa, 1986

3 MODALITÀ O ATTIVITÀ ESSENZIALI

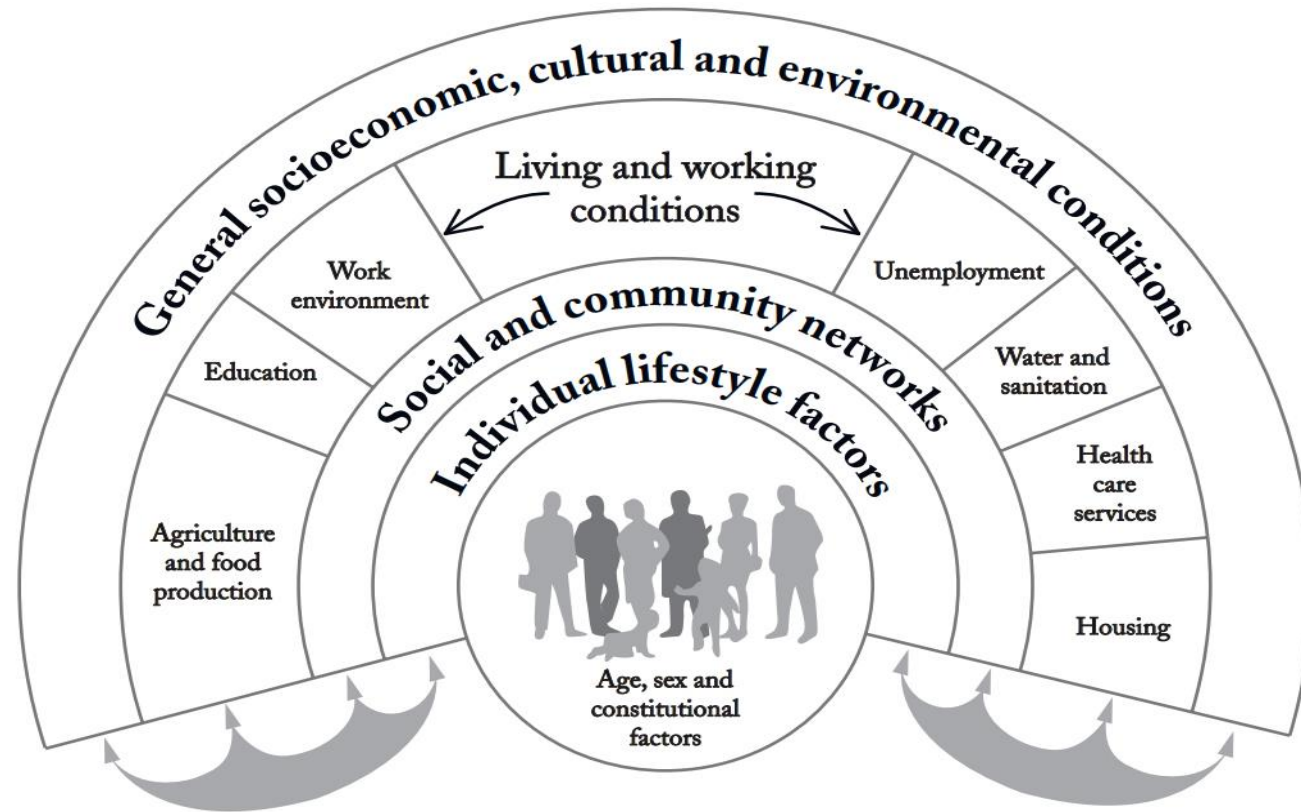
- **Enable**
Mettere in grado persone e comunità di utilizzare risorse, conoscenze e capacità per controllare e migliorare la propria salute.
- **Mediate**
Mediare tra i diversi interessi della società e sviluppare un'azione coordinata tra vari soggetti coinvolti per perseguire la salute.
- **Advocate**
Sostenere la causa della salute.



5 LIVELLI O AMBITI DI AZIONE

- Sostenere/sviluppare le capacità personali
- Rinforzare le azioni delle comunità
- Creare ambienti favorevoli alla salute
- Riorientare i servizi sanitari
- Costruire politiche pubbliche per la salute

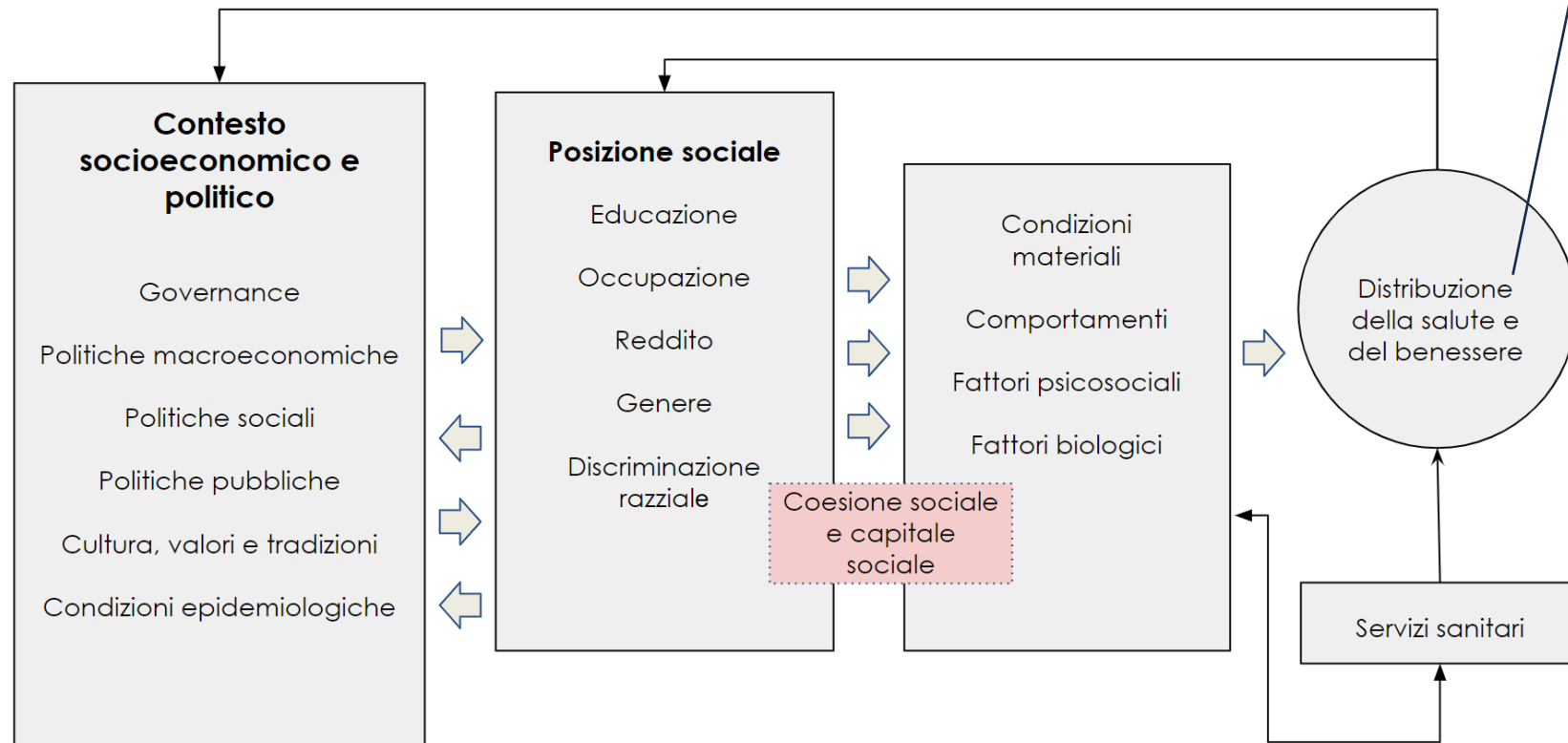
I DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE



Spesso la capacità di esercitare un controllo sulla propria vita come prevede la Carta di Ottawa è tuttavia limitata. Per promuovere la salute è necessario capire quali sono i fattori che limitano la capacità delle persone di esercitare controllo sulla propria vita → comprendere il ruolo delle dinamiche sociali, economiche, materiali e politiche che limitano la capacitazione (capacità d'azione) delle persone

Dahlgren e Whitehead, 1993

I DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE E DELLE DISUGUAGLIANZE

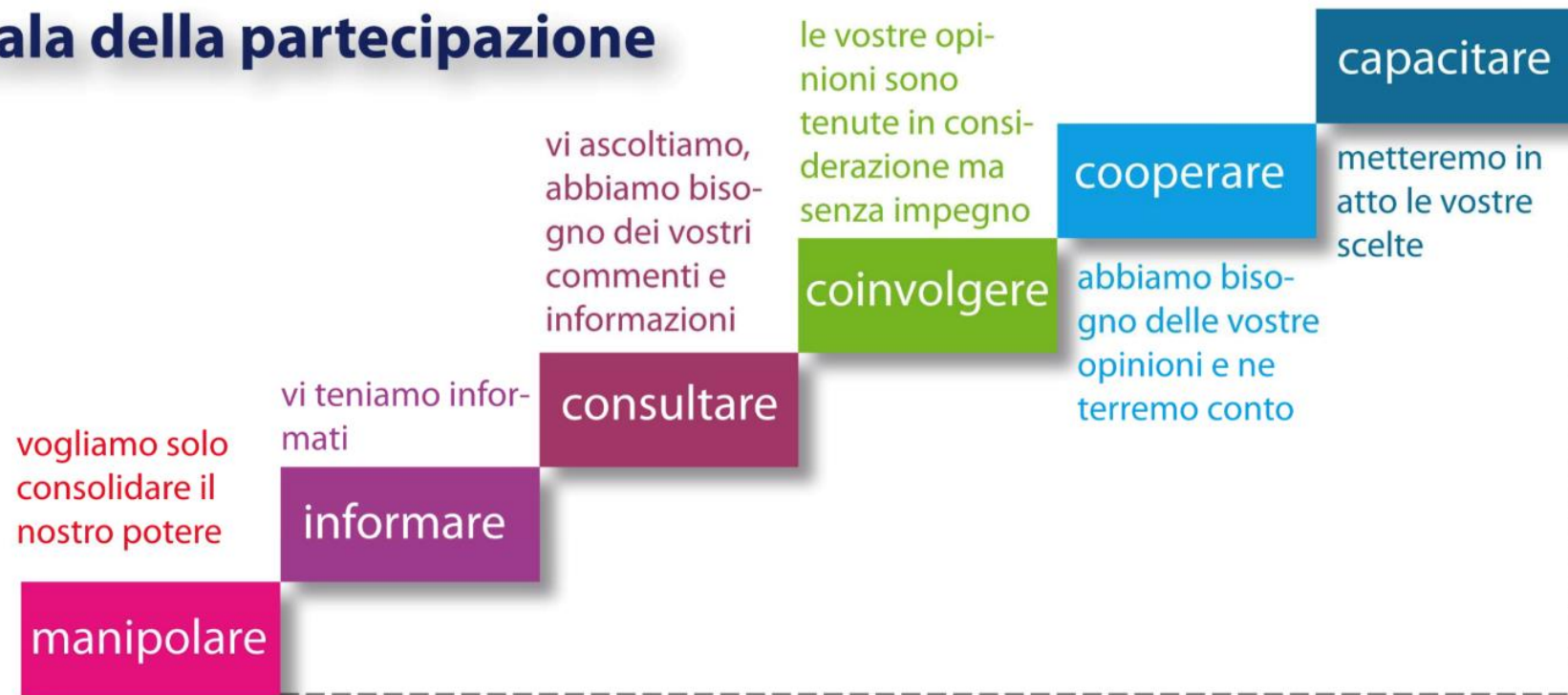


Se spogliamo salute e malattia dalle relazioni sociali che le sostanziano, perdiamo un ampio margine di azione di cura

Determinanti sociali della salute e iniquità in salute (Solar e Irwin, 2007)

- Passare dall'idea di partecipazione come contrapposizione di posizioni a idea di partecipazione come costruzione di dialoghi, come **tessitura di relazioni** che abbiano un significato per gli attori coinvolti.

la scala della partecipazione



Amministrazione condivisa: co-
programmazione e co-
progettazione (D.LGS. 117/2017
legge regionale 3/2023)

Alcune esperienze

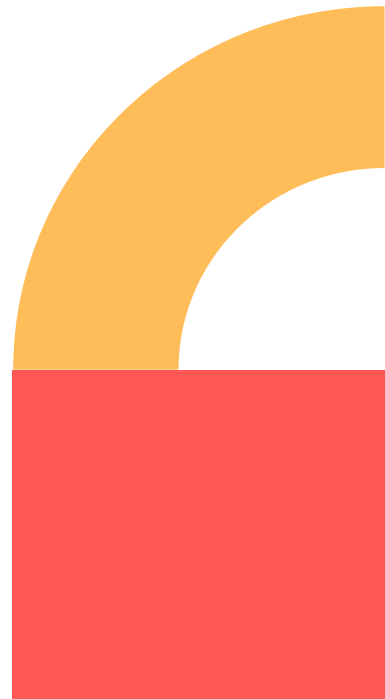
- Percorso di definizione del nuovo **Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR)**
- **Stati Generali della salute della comunità**
- **Piano Regionale Triennale della Ricerca Sanitaria**
- **Programma 2022-2024 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri** – Emilia-Romagna plurale, equa, inclusiva - percorso partecipativo e dialogico
- Sperimentazioni **Approccio dialogico**
- Sperimentazioni **metodo Community lab** (Piani di zona, Unioni dei comuni, PRP **promozione della salute in età evolutiva...**)
- in avvio il percorso di accompagnamento **Case della Comunità partecipate (clab + casalab)**

...



Percorso verso il Piano sociale e sanitario regionale

- **Percorso di ascolto che ha coinvolto in 34 incontri (da gennaio 2022 a luglio 2022) circa 4.000 persone (stakeholders, professionisti/e, ccrq, ccm, ets, ooss, organismi di rappresentanza..)**
- **Aree trasversali su:**
 - **Promozione equità accesso, presa in carico e percorsi di cura**
 - **Promozione equità tra generazioni e nella conoscenza**
 - **Promozione equità tra i generi**
 - **Contrasto diseguaglianze territoriali e di riconoscimento sociale**
 - **Contrasto diseguaglianze socio-economiche e alle povertà**



Stati generali della salute della comunità

- Novembre 2022 –febbraio 2023 **22 incontri** con circa **850 partecipanti**.

Diversi momenti di ascolto e confronto setting differenziati con: ccrq e ccm, società scientifiche, ooss, organismi istituzionali di rappresentanza, organizzazioni terzo settore, ordini professionali, società scientifiche, università, produttori e gestori, organizzazioni datoriali, imprese...

Condivisione prospettive strategiche sviluppo sistema sanitario regionale

Piano regionale triennale della ricerca sanitaria

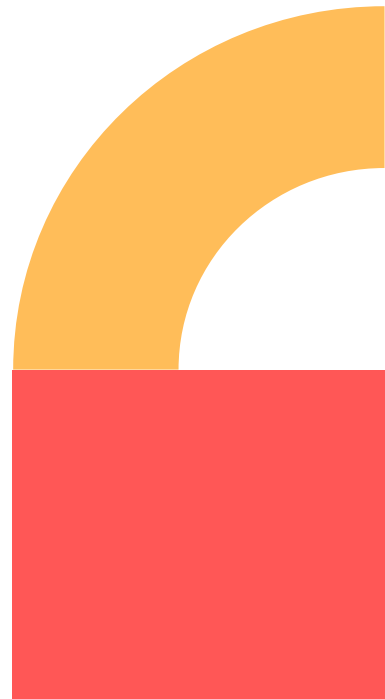
Percorso partecipato attraverso
azioni di ascolto rivolte a
professionisti e stakeholders



Obiettivo:

identificare le **aree di ricerca «orfane»** da
inserire nell'ambito del Piano della ricerca
ritenute prioritarie mediante
un **percorso partecipativo** che includa
professionisti e stakeholders
(con focus sul Terzo Settore)

DGR 910/2019



Azioni di ascolto per definire aree di innovazione dove focalizzare la ricerca - INTERLOCUTORI

FASE 1 Azioni di ascolto professionisti

- Finalizzate a co-costruire agenda aree di ricerca ed esplorarne le dimensioni
- focalizzate sul Piano Ricerca
- dedicate ai professionisti di Aziende Sanitarie e Enti Locali (governance, management; operativo); Reti Cliniche, MMG e PLS

gennaio
a settembre
2022

FASE 2 Azioni di ascolto professionisti e stakeholders per PSSR

- intercettare il percorso di definizione del PSSR nella fase esplorativa
- luoghi per rendere sistemici gli strumenti di pianificazione
- tavoli di ascolto allargati a professionisti sanitari e sociali, Terzo Settore, OOSS, organismi intermedi, cittadin@

gennaio
a giugno 2022

FASE 3 Azioni di ascolto Terzo Settore

- finalizzate e focalizzate sul Piano Ricerca
- dedicate ad associazioni individuate tramite Registro Terzo Settore

ottobre
novembre
2022

L'approccio dialogico in Emilia-Romagna



LE NOSTRE MENTI
SONO COSTRUITE
IN MODO
DIALOGICO,
POLIFONICO
E INTERSOGETTIVO

- JAAKKO SEIKKULA -

APPROCCIO DIALOGICO / sara.galeffi@casa.delaialbo.org



Regione Emilia-Romagna

L'APPROCCIO DIALOGICO: CORNICE DI RIFERIMENTO

- È un “metodo” di lavoro orientato al dialogo di rete per tutti i settori e tutti i professionisti/e (che lavorano con l'utenza ma non solo)
- L'AD è uno strumento necessario per operare un **cambio di postura e quindi culturale** rispetto alla relazione tra professionisti/e, servizi e con l'utenza:
 - Sul piano organizzativo: le pratiche dialogiche possono essere utilizzate per **far dialogare, in modo costruttivo, tutti i soggetti di un sistema** al fine di analizzare insieme le prassi, valorizzando quelle più efficaci, come elementi utili nel costruirne altre; individuare le criticità e le potenzialità; definire azioni concrete, i compiti che ciascuno può assumere
 - Nella relazione con l'utenza: cambiamento rispetto a come l'organizzazione vede gli utenti che utilizzano i servizi. Al centro della relazione professionista-utente c'è la persona con un'esigenza specifica. Una centralità che si esplicita nella modalità della relazione stessa: la pratica dialogica non intende infatti cambiare le persone ma, al contrario l'AD impone un ripensamento del concetto di utente che si rivolge al servizio. **Utente come espressione della rete relazionale in cui è immerso e come soggetto che porta al tavolo il proprio punto di vista e le proprie esperienze.**

PREMESSA E FINALITÀ

- La **complessità** dei fenomeni in costante mutamento induce il **sistema dei servizi** a rivedere il modo in cui si organizza e agisce per rispondere alle sfide attuali.
- I cambiamenti epidemiologici e sociali, la multi-fattorialità del disagio sociale e la co-morbilità dei quadri patologici emergenti richiedono un **approccio a forte integralità** centrato sul **territorio** e quindi sulla **comunità**.
- Lavorare in **rete**, costruire **partnership locali**, agire in quanto membri di **un team multidisciplinare**, richiede la disposizione di strumenti che consentano a livello pratico la capacità di gestire contesti relazioni altamente complessi.
- Le pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete necessitano di **competenze trasversali** e di dispositivi organizzativi in grado di garantire **tempo e lavoro dedicato alla cura e alla manutenzione delle relazioni** e a un cambiamento organizzativo.
- Per rispondere a questa necessità emergente, a livello regionale ci si è posti un duplice obiettivo che consentisse da un lato di ricercare **soluzioni organizzativo-professionali** finalizzate a superare l'approccio burocratico e settorializzato che contraddistingue le organizzazioni e dall'altro promuovere un **orientamento capace di rafforzare il lavoro integrato e di comunità per far fronte alla complessità dei problemi da affrontare.**

PREMESSA E FINALITÀ

La considerazione di base su cui poggia l'impianto teorico dell'AD riguarda una **mancanza di corrispondenza tra la divisione in settori della burocrazia/organizzazione e la vita quotidiana** che risulta essere evidentemente priva di questa parcellizzazione. Infatti, le organizzazioni sono a settori, mentre la vita quotidiana non lo è; la vita è complessiva e relazionale.



FINALITÀ: superare i silos nel nostro sistema dei servizi

*Le Burocrazie sono a settori, la vita quotidiana non lo è.
La vita è complessiva e relazionale*

Attraversare i confini richiede dialogismo

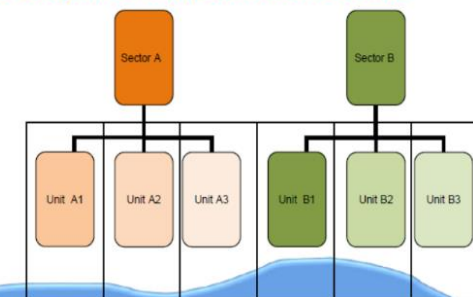
- **Giungere all'altro invece di sentenziare**
- **Ascoltare e sentirsi ascoltati**
- **Pensare insieme invece di ritenersi in possesso della verità**

*I confini necessitano di diventare degli interfaccia.
Gli interfaccia necessitano di diventare degli spazi dialogici*

In verticale - una forte specializzazione professionale

In orizzontale - una debole integrazione

Quanto più numerosi sono i confini, tanto più confini saranno da attraversare



La vita quotidiana complessiva nelle relazioni di rete

L'AD è centrato sul principio dialogico e sul presupposto che gli operatori/trici **non sono chiamati a dare soluzioni, ma a promuovere riflessività tra tutti i soggetti coinvolti nella situazione, generando così risposte da quegli stessi soggetti.**

“La dialogicità non è un metodo in senso stretto, ma una presa di posizione, un atteggiamento, un modo di essere tra le persone, al cui centro si trova una fondamentale relazione di Alterità: le persone sono tutte sullo stesso piano, ma non sono identiche” (T. Arnkil, J. Seikkula, Metodi dialogici nel lavoro di rete, Erickson, 2013).