

Educazione Permanente in Salute, la cassetta degli attrezzi per l'empowerment delle reti assistenziali e il supporto alla gestione dei servizi territoriali

Ardigó Martino

Per comprendere le caratteristiche della formazione in salute nei servizi territoriali è necessario richiamare alcuni aspetti specifici, in particolare: le attività sociali e sanitarie territoriali contano sulla partecipazione di molti attori nella stessa rete; ogni territorio e comunità presenta caratteristiche proprie e mutevoli nel tempo che richiedono una adattabilità dei servizi al contesto ed alle sue trasformazioni; gli interventi sociali e sanitari propri del comparto territoriale investono tutto l'arco delle azioni in salute, dalla promozione, alla prevenzione alla cura ed al palliativismo; sono centrati sulla salute ed il benessere di individui e comunità e non sulla singola patologia; attraverso un approccio integrato ai processi salute malattia che contempli le dimensioni sociali, culturali, economiche, politiche, geografiche ed ecologiche; adottano quadri teorico metodologici che incorporano i così detti determinanti e determinazioni sociali di salute; devono rispondere a problemi complessi attraverso azioni integrate come nel caso del contrasto delle patologie croniche specialmente in comunità dove sono presenti frazioni rile-

vanti di popolazione anziana e vulnerabile, o in relazione al controllo di patologie acute con ampie implicazioni sociali come nel caso del sars-cov2; coinvolgono, infine, tutti gli attori istituzionali e comunitari portatori di interesse presenti sul territorio.

Dal punto di vista teorico virtualmente tutti i settori della società sono coinvolti negli interventi in salute: i decisori politici perché investiti della governance dei territori; i gestori e gli operatori dei servizi pubblici e privati in qualità di effettori delle politiche; gli attori comunitari legati ad organizzazioni o semplici cittadini come portatori di interesse e/o di risorse; ed infine gli attori legati alla ricerca ed alla formazione.

Nel quotidiano di lavoro, però, il coinvolgimento di questi attori dipende quantitativamente e qualitativamente dal contesto e dal tipo di intervento. Nel lavoro quotidiano, pertanto, è possibile pianificare solo in parte il servizio, ma la configurazione complessiva della rete si costituisce adattivamente a partire dalle necessità, dalle opportunità e dall'evoluzione temporale dell'inter-

vento stesso, rendendo necessario adeguare localmente e temporalmente la pianificazione e la gestione delle azioni in salute. Questa flessibilità è realizzata attraverso la destandardizzazione dei modelli organizzativi e la decentralizzazione gestionale. La de-standardizzazione e la de-centralizzazione a loro volta sollevano due nodi fondamentali (condizioni sine qua non): la responsabilità nell'offrire gli stessi servizi, con standard assistenziali e qualità omogenea in tutto il SSN; e la necessità di sviluppare competenze organizzative e gestionali diffuse. La de-centralizzazione dei processi gestionali ha come ulteriore condizione la riduzione della separazione tra i dipartimenti gestionali e quelli assistenziali (frammentazione verticale) e della separazione tra i vari servizi (frammentazione orizzontale) necessaria per rendere possibile il lavoro inter-professionale e intersettoriale. Lo sviluppo delle tre dimensioni delle competenze sanitarie territoriali (assistenziali, relazionali e organizzative) deve perciò realizzarsi trasversalmente in tutte la rete, soprattutto rispetto agli

operatori “della prima linea”, che nel contesto attuale sono i meno provvisti di abilità relazionali e gestionali. Questa esigenza è resa ancora più evidente dall’adozione di modelli organizzativi centrati sul Distretto, sulle Case della Comunità e sull’assistenza in Equipe in cui per fornire ai cittadini ed alla comunità le migliori risposte assistenziali è necessario costruire interventi individualizzati e localizzati che tengano in conto i bisogni di salute specifici e le risorse disponibili. In tali modelli tutti gli operatori sono inseriti in reti assistenziali inter-professionali, intersettoriali ed investiti di responsabilità meso e micro gestionali. In questo scenario in cui le competenze relazionali e gestionali sono direttamente collegate al miglioramento dell’assistenza, possono essere applicati i quadri teorico metodologici delle “Politiche Adattive” in salute, delle istituzioni sanitarie “apprendenti”, e delle reti multi settoriali locali (politici, gestori e professionisti, comunità, istituzioni di formazione e ricerca). L’empowerment diffuso rispetto alla capacità di pianificazione, gestione ed erogazione dell’assistenza, realizzato attraverso interventi di formazione strutturati, continui, in rete rappresenta uno degli elementi chiave per lo sviluppo di azioni territoriali dirette alla tutela della salute. Questa formazione si configura a tutti gli effetti come una funzione gestionale, dal momento che mira a capacitare gli operatori rispetto alle abilità di progettazione di breve, medio e lungo periodo, che complementano quelle assistenziali, mantenendo una gestione flessibile sempre aderente ai cambiamenti in atto nel territorio e nella comunità attraverso un processo continuo di valutazione, formazione e riorganizzazione.

Educazione Permanente in Salute

A partire da quanto riportato è possibile comprendere come i processi adattivi nelle reti iter-settoriali territoriali e dei modelli basati sulla PHC abbiano bisogno di modelli di formazione specifici che non corrispondono alla formazione professionalizzante accademica o Continua.

Le Formazioni Professionalizzanti Accademica e Continua sono basate sulla pedagogia della trasmissione delle conoscenze, erogate in eventi formativi isolati dal contesto, circoscritti e puntuali; usano la scienza quale fonte prevalente di saperi tecnici e specialistici; sono legate ad una categoria professionale e centrate sulle conoscenze tecnico scientifiche di quella professione; generalmente realizzate senza tenere conto delle reali reti di assistenza alla salute, della loro organizzazione e gestione, e del contesto in cui insistono. Dal momento che i contenuti della formazione sono basati sulle necessità professionali, il risultato atteso è la semplice trasformazione delle pratiche individuali, senza tenere in conto delle necessità di riorganizzazione della rete di servizi in cui l’operatore è inserito che accompagnano l’inserimento di nuove conoscenze. La Formazione Continua, per esempio, è efficace nel trasferire le migliori conoscenze scientifiche agli operatori ma non nel garantire il trasferimento di tali conoscenze nell’assistenza in rete né in ultima analisi di garantire alle persone una migliore salute.

D’altra parte le conoscenze professionali rappresentano solo uno degli elementi coinvolti nei processi trasformativi, ma da sole non sono sufficienti a sostenerli. La trasformazione delle pratiche assistenziali dipende da multipli elementi: le dimensioni morali, culturali, politiche e sociali che coinvolgono l’intera

comunità, le risorse materiali e umane disponibili sia in termini quantitativi che qualitativi e conoscenze tecniche, di pianificazione e gestione specifiche. È per questo motivo che gli operatori che partecipano ai corsi di Formazione Continua, al ritorno nei loro servizi constatano che quanto appreso non fornisce loro elementi sufficienti per affrontare le problematiche della vita concreta, e sperimentano la difficoltà di modificare le pratiche quotidiane.

Di fatto l’introduzione di nuove pratiche assistenziali produce un effetto di inabilità paradossale degli attori coinvolti (operatori e utenti) che devono re-significare e re-apprendere il funzionamento e la relazione con i servizi. La formazione basata sulle nuove conoscenze tecniche da sole trasferisce agli operatori l’onere di risolvere autonomamente il problema dell’inabilità paradossale, e non si occupa di supportare la complessa trasformazione del lavoro in equipe ed in rete. I processi trasformativi sono gravati da una serie di difficoltà degli attori coinvolti nel comprendere i motivi ed il proposito del cambiamento, con la loro resistenza e l’inerzia, la difficoltà di assimilazione dei nuovi contenuti, l’accettazione e la collaborazione nel processo trasformativo. Ognuno di questi aspetti per essere affrontato necessita di conoscenze e strategie specifiche. La formazione degli operatori deve dunque essere intesa nella più ampia accezione “Capacitazione”, ossia nella produzione delle abilità trasformative in gruppo ed in rete, contemplando sia i contenuti tecnici e professionalizzanti, sia quelli relazionali, organizzativi e politici. La Capacitazione mira alla de-standardizzazione ed all’autonomia perché deve rispondere alle necessità specifiche delle reti e del contesto di lavoro in cui gli

operatori sono inseriti.

A partire da questi presupposti già dalla fine degli anni 80, è andato affermandosi il quadro teorico metodologico dell'Educazione Permanente in Salute (EPS). L'EPS riscatta la pedagogia costruttivista del secondo dopoguerra e le adatta allo sviluppo delle reti di servizi territoriali in una dimensione di Primary Health Care. L'EPS si è sviluppata soprattutto nel continente americano, in un primo momento per iniziativa dell'Organizzazione Pan Americana di Salute ed in seguito per iniziativa dei paesi dell'area. Un contributo significativo alla sua strutturazione proviene tutt'ora dal Sistema Unico de Saúde (SUS, il Servizio Sanitario Nazionale del Brasile), il più grande sistema sanitario basato sulla PHC al mondo, del quale l'EPS è una politica costituente sotto la responsabilità diretta del Ministero della Salute.

L'EPS ha come obiettivo capacitare gli attori delle "reti che si prendono cura della salute" perché questi assicurino alla popolazione l'accesso universale ed equitativo alle azioni ed ai servizi di salute in accordo con i principi e le direttrici del Sistema Sanitario Nazionale, attraverso la costruzione di relazioni organiche e permanenti tra gli attori politici, la gestione, di ricerca e formazione, di controllo, di assistenza e comunitari che assumono la responsabilità dell'evoluzione e manutenzione del SSN e delle reti inter-settoriali in salute. L'Educazione Permanente concorre alla definizione degli obiettivi della pianificazione e gestione in salute (non li esegue passivamente), dal momento che è chiamata ad individuare le risorse necessarie, le fasi e le tempistiche ed assicurare che quanto pianificato possa essere messo in pratica. Allo stesso tempo fornisce al

sistema feedback elaborati e qualificati che consentono di orientare le politiche ed adattare all'evoluzione del contesto in cui insistono.

EPS in pratica

Il focus dell'EPS è la relazione tra lavoro, pratiche e salute. La formazione legata al territorio ed alla PHC è caratterizzata "dall'apprendimento significativo", basato su presupposti costruttivisti, centrato sulle esperienze degli attori coinvolti.

L'Educazione Permanente ha un'impostazione "prasseologica", ossia basata sulla prassi quale fusione tra le teorie e

le pratiche, a partire dalla pluralità di saperi, conoscenze, pratiche e valori presenti nei contesti di lavoro e di vita reali. L'approccio prasseologico è valoriale, dal momento che riflette sulle relazioni di forza e di potere e sulle loro ricadute sulle disuguaglianze sociali e sanitarie; è basato sui principi di democrazia, giustizia ed equità; mira alla co-costruzione ed alla cogestione democratica dei saperi, alla co-produzione, ed alla distribuzione equitativa delle risorse. Persegue la sintesi delle conoscenze: accademiche, "biomediche", delle scienze umane applicate alla salute, del settore politico, gestionale e amministrativo;

Aspetti	Formazione Continua	Educazione Permanente
A chi è diretta	Mono-professionale	Multi-professionale
Ricadute sulla collocazione degli operatori nel mercato del lavoro.	Qualifica gli operatori per il mercato del lavoro e la pratica autonoma (svincolata dall'istituzione)	Qualifica gli operatori per il lavoro nell'istituzione, nel contesto, nel territorio e nella comunità.
Focus	Temi specialistici	Problemi di Salute
Obiettivo principale	Aggiornamento tecnico scientifico	Trasformazione delle pratiche: assistenziali, relazionali, organizzative e sociali
Periodicità	Sporadica	Continua inserita nella routine di lavoro
Risultati attesi	Appropriazione delle conoscenze	Trasformazione individuale e collettiva

Tabella 1- Tabella riassuntiva delle differenze tra Formazione Continua ed Educazione Permanente



Figura 1 - Principali caratteristiche dell'Educazione Permanente

professionali ed appartenenti al mondo del lavoro; include i saperi comunitari formali ed informali, delle pratiche locali, provenienti da altri contesti nazionali ed internazionali.

L'EPS è un apprendimento basato sul contesto e sulle relazioni "micropolitiche" che compongono il "sistema dei servizi" all'interno della cornice del SSN. La gestione micropolitica di tale complessità richiede strategie democratiche di cooperazione dal momento che nessun settore è egemone e/o detiene da solo tutte le risorse necessarie.

In queste reti il lavoro in salute è prodotto attraverso la negoziazione, la produzione di consenso e la co-gestione delle risorse, per questo l'EPS contribuisce alla costruzione di relazioni funzionali mirate allo sviluppo istituzionale.

Nel contesto e nel sistema delle reti territoriali gli operatori devono costantemente prendere delle decisioni e "risolvere problemi" ma la capacità di definire i problemi, la comprensione di quali risorse sono necessarie per la loro risoluzione, dove reperirle e come pianificare la loro messa in pratica non

sono egualmente costanti.

La problematizzazione nel contesto della EPS risponde a questa funzione. Esistono vari strumenti e strategie che consentono la problematizzazione, basati sulla valutazione in gruppo ed in rete, e sulla valorizzazione delle differenze come strumento per stimolare la riflessività. Il lavoro in gruppo ed in rete permette lo scambio di conoscenze orizzontale, la costruzione di meta-conoscenze e meta-competenze, necessarie al lavoro assistenziale, ma anche l'emersione e la gestione dei conflitti e la riorganizzazione inclusiva e partecipativa del lavoro in rete e l'utilizzo equitativo delle risorse disponibili.

Questi processi devono essere sostenuti istituzionalmente attraverso politiche specifiche e l'allocatione di risorse per l'EPS, creando il contesto istituzionale ed organizzativo necessario, investendo nelle competenze e nelle professionalità che inducono e sostengono la trasformazione, destinando spazi fisici e organizzativi al lavoro inter-professionale e inter-settoriale, riconoscendo le funzioni microgestionali come parte delle attività core dei lavoratori dell'area della salute. In definitiva attraverso la promozione di giustizia ed equità l'EPS rappresenta un esercizio di democrazia come pratica del SSN ed una opportunità per il supporto allo sviluppo delle cure territoriali e di tutta la rete assistenziale in un contesto epidemiologico tanto imprevedibile come quello attuale.

Bibliografia

1. BurgCeccim R.; Cerchi In Rete. La costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione. In: Franco T.B. BurgCeccim R. (eds) Prassi in Salute Globale: Azioni Condivise tra Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2016.
2. Carey G. Crammond B. Malbon, E., et al. Adaptive policies for reducing inequalities in the social determinants of health.

International Journal of Health Policy and Management, 2015;4:11;763.

3. Franco T.B. La cassetta degli attrezzi per il lavoro creativo nella gestione dei processi assistenziali. In: Franco T.B. BurgCeccim R. (eds) Prassi in Salute Globale: Azioni Condivise tra Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, RedeUnida, 2016.
4. Frenk, J. Chen, L. Bhutta, Z. A., Cohen, J. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The lancet, 2010; 376:9756:1923-1958.
5. Gomes L. Guimarães C. F. Sintoni F. et.al. L'educazione Permanente In Salute Nell'esperienza Brasiliana. In: Franco T.B. BurgCeccim R. (eds) Prassi in Salute Globale: Azioni Condivise tra Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2016.
6. Lay, Margaret, and Irena Papadopoulos. "An exploration of fourth generation evaluation in practice." Evaluation 2007;13:4: 495-504.
7. Merhy E.E. CamargoMacruzFeuerwerker L. Cerqueira M.P. Dalla ripetizione alla differenza: costruendo significati con l'altro nel mondo del cuidado. In Merhy E.E. Stefanini A. Martino A. (eds). Problematizzando Epistemologie in Salute Collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2015.
8. Merhy E.E.; Le "viste dei punti di vista": Tensioni all'interno dei programmi di "Salute della famiglia" e possibili strategie di intervento. In Merhy E.E. Stefanini
9. Martino A. (eds). Problematizzando Epistemologie in Salute Collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia. Porto Alegre, Brasile, Rede Unida, 2015.
10. Sade, P. M. C. Peres, A. M. Development of nursing management competencies: guidelines for continuous education services. Revista da Escola de Enfermagem da USP;2015;49:988-994.
11. WHO / UNICEF. Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals; WHO: Geneve; 2019

Ardigò Martino
Dipartimento Cure Primarie,
Aisl della Romagna