

V CONVEGNO NAZIONALE SISS

LE SFIDE DELLA SANITÀ ITALIANA TRA CRISI STRUTTURALI E SOCIAL INNOVATION

Roma 29 maggio 2014

Sessione 1: Cambiamenti dei sistemi socio-sanitari e buone prassi

Coordinatori: Prof. Leonardo Altieri
dott. P. Paolo Guzzo

Abstract n. 1

Titolo: *Riannodando i fili. Un'analisi sociologica della Casa contro la violenza delle donne di Modena.*

Autrice: *LODI Nadia* (Università di Bologna, Facoltà di Scienze Politiche "Roberto Ruffilli" sede Forlì -Corso di Alta Formazione in "Dalla programmazione alla progettazione sociale. Nuovi strumenti di intervento socio-sanitario")

Relatrice: *LODI Nadia*

Introduzione: Attraverso l'esperienza della "Casa contro la violenza" s'intende analizzare impatto ed incidenza del fenomeno della violenza sulle donne sul territorio modenese evidenziando al contempo gli aspetti salienti dell'approccio di sostegno e cura utilizzato dagli operatori del Centro e profilando i possibili strumenti atti a supportare un'evoluzione culturale.

Metodologia e livelli di interpretazione: Una significativa rappresentazione di teorie inerenti le dinamiche della violenza in ambito domestico è stata quella di Gelles e Straus (1977). Da qui la necessità di integrare una serie di approcci teorici sulla violenza nelle relazioni intime: Kristine Anderson (1997), Heise L., Ellsberg M., Gottemoeller M.(1999), McKinley D.G.(1964), Kohn M.L. (1977)., Straus M.A et al. 1980 e Johnson R.(1979).

I dati emersi attraverso metodologie di carattere quantitativo e qualitativo (case study, analisi di trend, "storie di vita", interviste di supporto) hanno permesso di concentrare l'attenzione su vari aspetti del problema: autore di violenza, ricostruzione del "sé" della vittima di violenza, "violenza assistita" agita sui figli.

A partire da una lettura delle prassi operative del Centro si sono evidenziate azioni singole e di sistema per avviare un percorso evolutivo in ambito territoriale atte ad avviare, attraverso un'adeguata azione comunicativa, una forma di conoscenza diffusa delle prassi "buone" e/o "promettenti".

Risultati: L'analisi ha portato gli operatori del Centro ad approfondire e rafforzare aspetti metodologici attraverso il ricorso a tecnologie che possono adeguatamente affiancarsi alla costruzione dell'informazione per la gestione di un più efficiente ed efficace sistema di raccolta dati anche in ambito sociale.

Conclusioni e sviluppi: La sfida è quella di introdurre una cultura del confronto e rispetto della Differenza con interventi educativi mirati alla prevenzione ed al benessere delle nuove generazioni. Si auspicano da parte delle istituzioni azioni concrete ed incisive, incentrate sia sul sostegno morale e psicologico alla vittima di violenza che sulla "reazione sociale" ai processi di vittimizzazione.

Riferimenti bibliografici:

Callà R. M. (2011), *Conflitto e violenza nella coppia*, Angeli, Milano.

Charon R. (2006), *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, N.Y.

Cipolla, C. (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Angeli, Milano/Cipolla C., Ardigò A.(1985), *Le bancarie*, Angeli, Milano.

Di Nicola G.P. (2012), "L'indifferenza per la differenza", in *Prospettiva Persona*, 80 (Anno XXV) pp.44-45.

Straus M.A. (2006), "Future Research on Gender Symmetry", in *Physical Assaults on Partners, Violence Against Women*, 11 (12): pp.1086-1097, November.

Id. "Process Explaining the Concealment and Distorsion of Evidence on Gender Symmetry in Partner Violence", in *European Journal Criminal Policy and Research* (2007).

Ravasi G.F (2012), "Genere e reciprocità" in *Prospettiva Persona*, 80 (XXI): pp. 46-49.

Abstract n. 2

Titolo: *La prospettiva bio-psico-sociale. Analisi della rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma*

Autori: Barbara CORDELLA (barbara.cordella@uniroma1.it cell. 3389849658); Angelita Castellani (ISTAT angelita.castellani@gmail.com); Natalia De Nigris (nataliadenigris@live.it); Francesca GRECO (francesca.greco@uniroma1.it)

Relatore: Barbara CORDELLA, Francesca GRECO

Introduzione: Il presente studio ha esplorato il modo in cui, i medici di medicina generale, si pongono nei confronti della prospettiva bio psico sociale e in che modo essa orienta la loro prassi professionale

Metodologia e livelli di interpretazione: Già da diversi anni si sostiene l'opportunità di utilizzare il modello bio-psico-sociale nella prassi della medicina generale anche perché, secondo alcune stime realizzate negli Stati Uniti, l'84% dei disagi che si presentano in questo contesto non ha una eziologia organica ed il 70% di quelli manifestati sono relativi a problemi di carattere psicosociale (conflitti coniugali, lutti, ecc.). In questa direzione sono state realizzate alcune esperienze, a livello nazionale e internazionale, che hanno esplorato l'opportunità di cambiare il modello di intervento della medicina generale, integrando le competenze del medico con quelle dello psicologo, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi offerti e di ottenere una riduzione dei costi della spesa sanitaria. Ad esempio, nei Paesi Bassi dal 1970 è presente la figura dello psicologo generalista, che collabora con i medici attraverso interventi brevi, mentre negli Stati Uniti già da diversi anni viene proposto un modello di formazione interdisciplinare che coinvolge medici e psicologi. In Italia, è in corso una sperimentazione, condotta dal 2000 dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute della Sapienza Università di Roma, che prevede l'affiancamento di uno psicologo al medico di medicina generale.

La presente ricerca si colloca in questo panorama ed ha inteso esplorare la rappresentazione della prospettiva bio-psico-sociale dei medici di medicina generale presenti nel Comune di Roma al fine di comprendere in quale contesto si colloca la sperimentazione condotta in Italia e di individuare le possibili strategie di sviluppo della stessa.

A tale scopo è stato costruito un campione ragionato in base al genere e alla collocazione sul territorio di medici operanti nelle ASL del Comune di Roma (n=29; età, m=57, min=40, max=66; anni di servizio, m=22,7, min=1, max=38, sd=11,4; 55% maschi e 45% femmine; 48% centro di Roma e 52% periferia). Ai partecipanti è stata proposta un'intervista a domanda aperta che è stata audio registrata e integralmente trascritta. I testi sono stati raccolti in un corpus che è stato sottoposto ad analisi testuale (analisi dei cluster con metodo delle K-Medie e analisi delle corrispondenze) al fine di individuare fattori e cluster indicativi delle rappresentazioni degli intervistati.

Risultati: I discorsi prodotti dagli intervistati possono essere raccolti in quattro aree tematiche. La più grande tra queste associa la prospettiva bio-psico-sociale alle situazioni di grave patologia psichiatrica; è l'unico caso in cui si trovano le parole psicologico e sociale. La seconda tematica, in termini di grandezza, struttura il proprio discorso in riferimento alla relazione di fiducia che si costruisce, tra medico e paziente, nel corso degli anni. La terza raccoglie tutte le problematiche narrate da chi si sente "in frontiera": burocrazia, cronicità, assenza di tempo, ecc. La quarta, infine, argomenta la rete dei servizi territoriali ed i rapporti tra strutture. In breve, la complessità implicita nella prospettiva bio-psico-sociale sembra o scontatamente assunta nel lavoro del solo medico, o impossibile da realizzarsi per le condizioni contestuali. Se ne avverte la necessità solo nei casi di problematiche psicopatologiche da inviare ad altri servizi. Non si evidenzia la problematicità tipica della complessità e, coerentemente, non si prospetta una diversa collaborazione tra professionisti (co-presenza).

Conclusioni: I discorsi raccolti seguono la logica "diagnosi-terapia" ed attribuiscono al piano psicosociale un valore generalmente periferico, che assume significato solo in rapporto a specifiche diagnosi. Nel migliore dei casi ci si riconduce alla logica dell'invio ad uno specialista o alle difficoltà delle situazioni croniche. Come dire che l'esperienza acquisita sul campo dai medici di medicina generale, non modifica i modelli di lettura culturalmente acquisiti. La questione, per altro, sembra particolarmente interessante se si considera che gli stessi intervistati dichiarano che presso il loro studio si raccolgono non solo le problematiche somatiche, ma tutti i disagi familiari e sociali degli assistiti. Se si intende promuovere la prospettiva bio-psico-sociale, dunque, sembra opportuno ripensare il piano formativo delle diverse figure implicate in una logica meno parcellizzata.

Riferimenti bibliografici:

- Carli, R. (1990), *Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali*, in "Rivista di Psicologia Clinica", 4:282-296.
- Cubic, B., Mance, J., Turgesen, J.N., Lamanna, J.D. (2012), *Interprofessional education: preparing psychologists for success in integrated primary care*, in "Journal of Clinical Psychology in Medical Setting", 19:84-92.
- Derksen, J. (2009), *Primary care psychologists in the netherlands: 30 years of experience*, in "Professional Psychology: Research and Practice", 40 (5):493-501.
- Farr, R.M., Moscovici, S. (1984), *Social representations*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Gatchel, R.J., Oordt, M.S. (2003), *Clinical health psychology and primary care: practical advice and clinical guidance for successful collaboration*, American Psychological Association, Washington.
- Kaslow, N.J., Graves, C.C., Smith, C.O. (2012), *Specialization in psychology and health care reform*, in "Journal of Clinical Psychology in Medical Setting", 19:12-21.
- Kroenke, K., Mangelsdorff, A.D. (1989), *Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome*, in "American Journal of Medicine", 86:262-266.
- Nash, J.M., McKay, K.M., Vogel, M.E., Masters, K.S. (2012), *Functional roles and foundational characteristics of psychologists in integrated primary care*, in "Journal of Clinical Psychology in Medical Setting", 19:93-104.
- Salvatore, S., Gennaro, A., Auletta, A.F., Tonti, M., Nitti, M. (2012), *Automated method of content analysis: A device for psychotherapy process research*, in "Psychotherapy Research", 22(3):256-273.
- Solano, L. (a cura di) (2011), *Dal sintomo alla persona: medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*, Franco Angeli, Milano.

Abstract n. 3

Titolo: *Rimodulazione ed implementazione di un nuovo modello aziendale di accesso ai servizi sociosanitari (la porta unitaria di accesso).*

Autori: Maria FEMIANO (maria.femiano@asnapoli2nord.it; - 3498568094) R.Pelliccia (rob.pelliccia@alice.it), G.Molinaro (andrea.capasso@asnapoli2nord.it); A.Capasso (gerarda.molinaro@asnapoli2nord.it;; mail U.O.C.: integrazionesociosanitaria@asnapoli2nord.it).

Relatore: Maria Femiano

Introduzione: Gli obiettivi generali della ricerca: migliorare e garantire ai cittadini modalità di accesso unitario ed integrato alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari; Obiettivi specifici: a) conoscere le criticità esistenti; b) migliorare la comunicazione intra ed inter-distrettuale, ospedale-territorio, intra-aziendale; c) uniformare le procedure su tutto il territorio aziendale; d) costruire la matrice di responsabilità.

Metodologia: La metodologia utilizzata per questo lavoro è stata la *gestione per processi* con un approccio *Day to Day Management*. Quest'ultimo consiste nella gestione organizzata del processo di miglioramento continuo (di tipo bottom up) dell'azienda, attraverso un forte orientamento al cliente interno - perseguendo, cioè miglioramenti "lungo i processi". Il lavoro svolto si è basato sui seguenti principi:

- Focalizzazione sui processi visti come catene di fornitori e clienti
- Allineamento continuo ai bisogni dei clienti, sia interni che esterni
- Monitoraggio delle prestazioni del processo e delle modalità con cui esso si svolge
- Rispetto della programmazione dal basso, valorizzando l'esperienza degli operatori sul campo
- Interventi guidati da scelte per priorità.

Risultati: Attraverso la metodologia utilizzata è stato possibile:

- effettuare un monitoraggio sui Distretti Sanitari dell'Asl Napoli 2 Nord rilevando il funzionamento del modello pre-esistente ed eventuali criticità e risorse;
- identificare ed individuare possibili soluzioni organizzative e di flussi attività per la definizione del nuovo modello aziendale di Porta Unitaria di Accesso (PUA);
- realizzare un progetto formativo rivolto agli operatori PUA attraverso la metodologia *on the job* che ha consentito sia di sviluppare/potenziare le competenze tecnico-professionali e trasversali degli operatori, che di superare le difficoltà rilevate nei punti di accesso (/PUA) individuando azioni migliorative;
- implementare il sistema di informatizzazione della rete di accesso che ha avuto come esito l'attivazione dei flussi informativi in oltre il 70% dei Distretti Sanitari

Conclusioni: La rivisitazione del modello aziendale PUA ha consentito di realizzare una risposta unitaria ed omogenea, attraverso una riduzione della domanda impropria ed un sostanziale miglioramento della modalità di accesso unitario ed integrato alla rete dei servizi sociosanitari. In conclusione, abbiamo osservato che gli attori organizzativi e professionali, che governano l'accesso al sistema dei servizi, hanno contribuito ad equilibrare domanda e offerta dei servizi stessi, ponendosi come primi interpreti (rispetto agli orientamenti istituzionali) e traduttori (nei confronti dei cittadini) dei cambiamenti che si susseguono nei meccanismi di produzione dei servizi.

Riferimenti bibliografici:

- ARS TOSCANA n.59 Giugno 2011- "Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità."
- AGENAS- Quaderni di Monitor- 2° Supplemento al n.21/2008- "Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale"
- DGRC 790/2012- "Linee Operative per l'accesso Unitario ai Servizi Sociosanitari - P.U.A"
- Delibera ASLNA2Nord n.348 del 05/04/2013- "Approvazione Modello aziendale PUA"

Abstract n. 4

Titolo: *Verso un ‘approccio progressivo’ alla partecipazione? Il decreto n.38/2006 catalano e l’istituzionalizzazione del Consejo de Salud come primo esempio di organismo stabile di partecipazione deliberante.*

Autrice: Silvia Cervia (Università di Pisa, Dipartimento di Scienze Politiche, silvia.cervia@for.unipi.it)

Relatrice: Silvia Cervia

Introduzione: utilizzando i quadri teorici e la metodologia di analisi di seguito esplicitata, la ricerca condotta ha inteso enucleare le caratteristiche distintive di una “struttura” partecipativa capace di favorire l’*empowerment* individuale e collettivo e al condivisione del potere decisionale. La ricerca ha, quindi, inteso verificare l’aderenza delle pratiche adottate dai paesi europei a livello di istituzioni sanitarie locali.

Metodologia e livelli di interpretazione: Per l’individuazione degli elementi che, a livello istituzionale, definiscono un processo partecipativo in ottica collaborativa, ci riferiamo ad Ansell e Gash (2007), mentre per la categorizzazione delle variabili di carattere processuale a Lewansky (2013). Per la corretta collocazione dei risultati dell’analisi ricorriamo al quadro interpretativo proposto da Altieri (2004, 2009) che distingue tra diversi approcci alla partecipazione (*espansivo, progressivo, conflittuale, tecnocratico*) ciascuno dei quali collegato/abile ad un preciso assetto di potere (o *sistema di dominanza*; Light 1995).

La ricerca è stata condotta attraverso un’analisi documentale, fondata tanto sui disposti normativi/regolamentari istitutivi delle pratiche di partecipazione che ai rapporti in itinere sviluppati da questi organismi. Il percorso compiuto intendeva individuare concreti istituti e processi che possano connotare la partecipazione come *social capital builder*.

Risultati: Il percorso ha consentito di individuare alcuni concreti istituti, affatto comuni alle altre pratiche presenti nel vecchio continente. Il decreto catalano ha, infatti, il merito di circoscrivere l’attività degli organismi focalizzandoli così sul principale documento di pianificazione e programmazione sanitaria a livello locale. Ma anche, soprattutto, della peculiare previsione catalana che stabilisce per i *Consejos de Salud* un elevato grado di strutturazione della procedura decisionale che viene riferita esplicitamente al modello deliberativo e consensuale da cui deriva anche la presenza di una figura deputata a favorire il dialogo e il confronto proficuo (*dinamizador*).

Conclusioni e sviluppi: L’analisi condotta ha potuto contare solo su dati secondari, eminentemente di natura amministrativa o documentale. Sarebbe, invece, interessante proseguire il percorso di indagine attraverso un’osservazione sul campo, atta a verificare la *traslazione* (Czarniawska 1996) degli istituti e delle previsioni regolamentari e gli effetti della presenza del *Consejo de Salud* sulle relazioni tra i partecipanti, la cittadinanza e le istituzioni sanitarie.

Riferimenti bibliografici:

- Altieri L. (2004). “La partecipazione alla salute”, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*. Milano: Franco Angeli, pp.395-449.
- Altieri L. (2009), *Valutazione e Partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*. Milano: Franco Angeli.
- Ansell Ch., Gash A. (2007). *Collaborative Governance in Theory and Practice*. “Journal of Public Administration and Theory”, 13:1-29.
- Arnstein S. R. (1969). *A Ladder of Citizen Participation*. “Journal of The American Institute of Planners”, July: 216-224.
- Czarniawska B., Joerges B. (1996). “Venti di cambiamento”, in Bacharach S., Gagliardi P., Mundell B. (a cura di). *Il pensiero organizzativo europeo*. Milano: Guerini.
- Lewanski R. (2013). “Valutare la partecipazione: una proposta *theory-based* e *user-oriented*”, in Bobbio L. (a cura di), *La qualità della deliberazione. Processi dialogici tra cittadini*, Roma: Carocci.
- Light D. (1995), “Countervailing power. A frame work for professions in transition”, in Jhonson T., Larking G., Saks M. (Eds.), *Health professionals and the state in Europe*, London e New York: Routledge.
- White D. (1999), “Consumer and Community Participation: a reassessment of process, impact, and value”, in Gary L. A., Ray F., Scrimshaw S. C. (eds). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London: Sage, pp.465-480.

Abstract n. 5

Titolo: *Rilevare dati sul web: la cassetta degli attrezzi 2.0*

Autori: Cleto Corposanto (Università “Magna Græcia” di Catanzaro cleto.corposanto@unicz.it e Beba Molinari (Università di Genova, beba.molinari@unige.it)

Relatrice: Beba Molinari

Introduzione: In questa sede ci proponiamo di affrontare gli aspetti legati alla qualità del dato ed a come il web 2.0 intervenga nel disegno della ricerca con nuovi strumenti di rilevazione. Questi ultimi saranno oggetto di approfondimento al fine di mettere in luce come la co-istituzione dell’informazione cambi volto attribuendo al web un nuovo ruolo nella metodologia contemporanea. Cercheremo quindi di esaminare attraverso una nuova lente interpretativa se gli strumenti di rilevazione e le relative analisi nate sul web, possano essere considerati nuove forme di indagine, oppure se siano una semplice prosecuzione dei tradizionali strumenti della cassetta degli attrezzi del ricercatore.

Metodologia: Al fine di evidenziare quanto sopra esposto sarà cura degli autori confrontare una serie di studi, all’interno dei quali sono stati utilizzati differenti strumenti di rilevazione online, che ci permettano una comparazione in merito ai risultati riscontrati grazie al supporto dei *new-media*.

Al riguardo sarà dato particolare rilievo a come le nuove tecnologie intervengano trasversalmente nella quotidianità della persona, dalla consultazione online di piattaforme dedicate in ambito sanitario a come le APP siano sempre più uno strumento utilizzato nella quotidianità per il benessere personale.

Risultati: Saranno messi in discussione i risultati conseguiti con le differenti tecniche di rilevazione per comprendere in quali contesti possano essere utilizzati proficuamente.

Conclusioni: In conclusione sarà discussa una nuova riorganizzazione degli strumenti di rilevazione online, con particolare attenzione alla qualità del dato, svelandone pregi e difetti a seconda dei contesti oggetto di studio, al fine di evidenziare le buone prassi da adottare per una reale integrazione socio-sanitaria.

Riferimenti bibliografici:

- Bethlehem J., Biffignandi S. (2012), *Handbook of Web Surveys. Wiley Handbooks in Survey Methodology*, John Wiley & Sons, New Jersey.
- Cipolla C. (1997), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, Milano: Franco Angeli.
- Cipolla C., Corposanto C., Tousijn W. (2006) (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, Milano: Franco Angeli, .
- Corposanto C. (2004), *Metodologia e tecniche non intrusive nella ricerca sociale*, Milano: FrancoAngeli.
- (2011), *Celiachia, malattia sociale. Un approccio multidisciplinare alle intolleranze alimentari*, Milano: Franco Angeli,.
- Corposanto C., Molinari B. (2013a). “Quando il dover mangiare in modo diverso complica le relazioni sociali”, in Clemente C., Guzzo P.P., a cura di, *I sistemi socio-sanitari regionali tra innovazioni e spendibilità. Esperienze e ricerche*, Quaderni CIRPAS, Università degli Studi di Bari, Bari: Cacucci editore.
- (2013b), “Ma i giovani celiaci la seguono la dieta gluten free?”, in Cipolla C. Maturo A. (a cura di), *Sociologia della Salute e web society*, Milano: Franco Angeli.
- Dillman D.A. (2006), *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method* (2nd Edition ed.), John Wiley & Sons, New Jersey.
- Giarelli G. (2010) (a cura di), *Metodologie di ricerca comparata in Sociologia della salute e della medicina*, in “Salute e Società”, Anno IX – Supplemento al n. 2/2010, Milano, Franco Angeli.
- Vehovar V., Lozar Manfreda K. (2008), "Overview: Online Surveys", in Fielding N., Lee R. M. Blank, G. *The SAGE Handbook of Online Research Methods*, SAGE, London.

Abstract n. 6

Titolo: *La valutazione del “grado di umanizzazione” delle strutture ospedaliere del Trentino.*

Autori: Adriano Passerini (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento Adriano.Passerini@apss.tn.it) Mery Pederzolli (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento)

Relatore: Adriano Passerini

Introduzione: Rilevazione, analisi e valutazione, attraverso una metodologia che prevede la presenza nella stessa équipe di ricerca di operatori professionali e cittadini, del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere. La stessa équipe così formata interpreta e analizza i risultati in modo condiviso. Con il supporto di una Check-List sono stati analizzati 9 Ospedali della Provincia di Trento (7 dell'APSS e 2 privati convenzionati), per una valutazione del “grado di umanizzazione” dei rispettivi servizi/strutture sia da un punto di vista strutturale che processuale.

Metodologia e livelli di interpretazione: L'équipe composta dai referenti degli ospedali coinvolti e dai referenti delle associazioni di volontariato, ha prima rilevato e poi analizzato i dati ottenuti dalla applicazione della metodologia alle strutture ospedaliere di Trento – S.Chiera, Cavalese, Arco, Tione, Rovereto, Cles, Arco, Borgo Valsugana dell'Azienda Sanitaria Provinciale e S.Camillo e Solatrix per le strutture convenzionate. L'indagine è stata realizzata nel periodo marzo/aprile 2012 e novembre-dicembre 2013.

La metodologia prevede che sia la fase di rilevazione che quella di analisi dei risultati sia svolta con un approccio che consideri i punti di vista dell'operatore professionale e del cittadino fruitore del servizio. Questi punti di vista è previsto che trovino una sintesi in un documento condiviso che costituisce la base per il “piano di miglioramento”.

Risultati: Di seguito viene presentata la sintesi solo dei fattori, sub-fattori, indicatori ed elementi risultati nei P.O. del Trentino ritenuti dall'équipe come migliorabili rispetto a parametri di benchmark nazionali e locali. Per ciascuno di tali elementi è stata riportata a margine la fattibilità e i tempi ipotizzabili di realizzazione dell'azione di miglioramento. In questa sede i risultati vengono specificati solo in generale senza riferimenti ai singoli P.O. e sono da leggere come azioni da mettere in atto o comunque migliorare.

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona

1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona

1.1.1 funzione di supporto psicologico

- Presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici
- Presenza di supporto psicologico per persone che hanno subito violenza a sfondo sessuale
- Presenza di supporto psicologico per pazienti che hanno subito trapianti
- Presenza di supporto psicologico per i bambini ospedalizzati
- Possibilità di consulenza psicologica sulle problematiche della gravidanza, del parto e della patologia ginecologica

1.2 rispetto della privacy

1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili

- Presenza di attività/iniziativa di pubblicizzazione circa il diritto delle donne a partorire in anonimato

1.2 rispetto della privacy

1.2.2 rispetto della riservatezza

- Assicurazione, compatibilmente con le risorse strutturali, di stanze riservate per i pazienti terminali e per l'assistenza da parte dei loro familiari, nella Unità Operativa di medicina generale

1.3 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa

1.3.2 rispetto delle esigenze di culto

- Presenza di una modalità definita per garantire l'assistenza religiosa per non cattolici
- Possibilità di Onoranze Religiose consone alla fede del soggetto deceduto, compresa la possibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza

1.3 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa

1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali

- Possibilità di usufruire del mediatore culturale a chiamata

- Presenza di progetti/attività per favorire la fruizione delle prestazioni offerte dalla struttura sanitaria da parte di utenti appartenenti ad altre culture
- Possibilità per i pazienti di scegliere menù speciali o di personalizzare il menù sulla base delle proprie convinzioni etiche o religiose -menù vegetariani

4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino

4.1 relazione tra professionista sanitario e paziente

4.1.1 cura della comunicazione clinica ed *empowerment* individuale

- Unità Operative di degenza con procedura che prevede l'assegnazione di un "operatore di riferimento" ai pazienti ricoverati
- Presenza di un servizio di accoglienza per i cittadini che accedono al Pronto Soccorso >50000 accessi
- Presenza di una o più iniziative "promozione della salute" promosse con organizzazioni civiche

4.2 relazione con il cittadino

4.2.2 accoglienza

- Presenza di un Servizio di accoglienza (funzione di accompagnamento, orientamento, interpretazione dei bisogni....)

Conclusioni e sviluppi: Per il “progetto umanizzazione”, nell’agosto 2013 è stata fatta una prima verifica concreta delle azioni migliorative fatte o da fare come indicato in maniera analitica in ogni paragrafo del rendiconto denominato :

- Proposta di azioni migliorative in seguito all’indagine sulla valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero - anno 2013/2014

Ogni 12 mesi l’equipe si riunisce con i responsabili delle varie strutture ospedaliere per verificare le azioni migliorative fatte o progettarne eventualmente di nuove. L’obiettivo è nel tempo di migliorare il grado di umanizzazione degli ospedali trentini.

Riferimenti bibliografici:

Altieri L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità*, Milano: Franco Angeli.

Cinotti R., Cipolla C. (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, Milano: Franco Angeli.

Corposanto C. e Passerini A. (2004), *La costruzione partecipata della Carta dei servizi in sanità*, Milano: Franco Angeli.

Moro G. (2005a), *Azione civica*, Roma: Carocci.

Moro G. (2008), “Cittadini e pubblica amministrazione”, in E. Borgonovi, G. Rusconi (a cura), *La responsabilità sociale delle istituzioni di pubblico interesse*, Milano: Franco Angeli.

Passerini A. (2005), “La carta dei servizi in sanità”, in Costantino Cipolla (a cura di), *Manuale di Sociologia della Salute. III. Spendibilità*, Milano: Franco Angeli editore.

Passerini A., Corposanto C., De Pieri P., Favaretti C. (2005), "Valutazione multidisciplinare: un caso di *good practice*". *Salute e società*, 2005, v. IV, n. 3, Milano: Franco Angeli.

Passerini A., Corposanto C., Favaretti C. (2007), "Il ruolo dei cittadini nei processi di valutazione delle politiche per la salute: una sperimentazione sul controllo condiviso realizzato nella provincia di Trento". *Salute e società*, 2007, v. VI, n. 2, Milano: Franco Angeli.

Abstract n. 7

Titolo: *Il modello per la sicurezza del paziente della ASL 2 Savonese: verso un'organizzazione resiliente*

Autori: Anna Apicella, (ASL 2 Savonese a.apicella@asl2.liguria.it; Lucia Tulimiero ASL 2 savonese; l.tulimiero@asl2.liguria.it; Monica Lavagna ASL 2 Savonese M.Lavagna@asl2.liguria.it; Nadia Guisa, ASL 2 Savonese n.guisa@asl2.liguria.it

Relatore: Anna Apicella

Introduzione: Creare la cultura della sicurezza, migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi coinvolgendo tutti gli attori del sistema verso un'organizzazione resiliente.

Metodologia e livelli di interpretazione:

La ASL n° 2 Savonese ha definito e sviluppato un modello aziendale di prevenzione e gestione del rischio clinico e dei sinistri integrando il Sistema Gestione Qualità sulla base della legge regionale n° 28 del 26.10.11 che prevede l'introduzione della gestione diretta dei sinistri. Nell'arco degli ultimi due anni il modello ha previsto la identificazione dei livelli di responsabilità dei diversi attori, ruoli, compiti e funzioni ed introdotto procedure e metodologie aziendali. In primis è stata sensibilizzata la dirigenza (Direttori e Coordinatori) attraverso corsi di formazione; successivamente sono stati individuati e formati i "facilitatori", due per ogni struttura ed iniziative specifiche per settore. Sono state redatte procedure aziendali per le modalità di segnalazione, comunicazione e gestione eventi avversi. L'Unità Gestione Rischio interviene a seguito delle segnalazioni con l'incident reporting con diversi strumenti di analisi con la finalità di superare la cultura della colpa, analizzare i fattori umani, organizzativi e tecnologici e pianificare azioni correttive e di miglioramento. I componenti della UGR hanno seguito corsi di formazione sulle competenze non tecniche nella gestione degli eventi avversi. E' stata avviata una collaborazione attiva con il Comitato Gestione Sinistri Aziendale.

La spendibilità operativa del lavoro si concretizza nell'implementazione del modello aziendale che nell'arco degli ultimi due anni ha visto crescere la fiducia nel reporting da parte del personale che attraversa un'epoca di profonda crisi; il modello contrasta il sentimento di rassegnazione, ovvero di "impotenza appresa" ed interviene sul piano sistemico della interazione fra i componenti per sviluppare l'organizzazione resiliente.

Risultati: - incremento delle segnalazioni spontanee da N° 13 del 2009 a N° 130 dell'anno 2013;

- in aggiunta agli N° 800 operatori formati con corso base gestione rischio tra il 2008 e il 2011 sono stati formati altri N° 190 Direttori e Coordinatori Infermieristici/tecnici e altri con corso obbligatorio; N° 180 facilitatori afferenti a diverse professionalità in tutti i 13 Dipartimenti sanitari;

-cambiamenti effettuati/azioni di miglioramento: N° 20 (es. introduzione braccialeto, cambiamenti organizzativi vari, cartella clinica elettronica e integrazione applicativi, ecc.....)

-attivazione gruppi di lavoro N°15

-documentazione prodotta o revisionata: N° 263 informative e consensi informati; procedure/istruzioni/manuali N° 15 tra cui implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;

- N° 6 buone pratiche inviate all'AGENAS.

Conclusioni e sviluppi: A seguito dell'apprendimento organizzativo maturato sono state approfondite alcune tematiche che incidono sulla sicurezza del paziente: comunicazione, team work, competenze non tecniche. Si sta inoltre completando la rete dei facilitatori che sarà il riferimento interno alle strutture per gli operatori e un supporto per le strategie aziendali. Nel nostro modello attualmente i rappresentanti dei cittadini sono coinvolti nella Unità di gestione rischio aziendale ed in alcuni gruppi di miglioramento. E' in corso di valutazione il coinvolgimento diretto dei pazienti o dei volontari come nella metodologia classica della *Patient Safety Walk Rounds*. Nel 2014 è stato organizzato un secondo corso di aggiornamento per i Direttori e Coordinatori dove sono stati presentati i risultati dell'implementazione del modello aziendale di prevenzione e gestione del rischio clinico a distanza di due anni da cui si evince la riduzione del numero dei contenziosi e dei sinistri.

Nel prossimo futuro saranno effettuate altre indagini che andranno ad esplorare il benessere organizzativo, attualmente effettuate limitatamente al Dipartimento di Patologia clinica.

Riferimenti bibliografici:

J.Reason, (2010).*The Human Contribution –Errori, Incidenti e Recupero Eroici. Una nuova prospettiva su sicurezza e affidabilità nelle organizzazioni*, Milano: Hirelia Edizioni.

C.Vincent (2007). *Patient safety-la sicurezza del paziente*, Roma: Esseditrice.

S.Dekker (2012), *Sicurezza e pensiero sistemico –La gestione della sicurezza nelle organizzazioni di oggi richiede di passare dalla caccia alle componenti rotte alla comprensione dei sistemi complessi*, Milano: Hirelia Edizioni;

D.D.Woods,S.Dekker, R.Cook,L.Johannesen, N.Sarter (2012). *Dietro l'errore umano, Comprendere i fattori per cui le persone compiono "errori" consente di migliorare la sicurezza nelle organizzazioni*, Milano: Hirelia Edizioni.

F.Bracco (2013). *Promuovere la sicurezza, La gestione dei rischi nelle organizzazioni complesse*, Roma: Carocci Editore.

(*)E' DISPONIBILE UN FILMATO SULL'ERRORE MEDICO REALIZZATO IN PROPRIO DALL'ASL 2 SAVONESE.

V CONVEGNO NAZIONALE SISS

LE SFIDE DELLA SANITÀ ITALIANA TRA CRISI STRUTTURALI E *SOCIAL INNOVATION*

Roma 29 maggio 2014

Sessione 2: Integrazione sociosanitaria e innovazione sociale

Coordinatori: *Prof. Davide Galesi*
dott. Walther Orsi

Abstract n. 1

TITOLO ABSTRACT: Una nuova cultura comunitaria per un welfare sostenibile

AUTORE: Dott. Giuseppe TRIBUZIO, peppetribuzio@alice.it, cell: 3391246337

ENTE DI APPARTENENZA: Università degli studi "A. Moro" Bari

OBIETTIVI: Delineare un nuovo profilo di assistenza che vede nella comunità il fulcro della solidarietà sociale in un momento particolare di crisi del welfare.

La solidarietà intesa come espressione di una cultura comunitaria, tutta ancora da costruire, diventa la scommessa sulla quale puntare per recuperare parte di quel welfare che politiche sociali sempre più scarse di fondi tendono a ridimensionare, creando vuoti assistenziali.

ABSTRACT:

Con la ridiscussione dei confini dello stato sociale, ritenuto un residuo della cultura assistenzialistica del XX secolo, nasce l'esigenza di individuare nuove soluzioni che garantiscano gli stessi livelli assistenza primari, contenendo allo stesso tempo i tetti di spesa. Dalla primazia della società sulla comunità, come abbiamo visto lungo l'arco di tutto il secolo scorso, oggi si ha la necessità di ripensare il ruolo della Comunità, intesa come aggregazione più prossima all'individuo; quindi nasce anche la necessità, secondo autori come Giddens, Bauman e Sennett, di definire un nuovo paradigma che veda l'individuo protagonista del suo ben-essere.

La nascita e lo sviluppo di una nuova solidarietà sociale non può prescindere da una nuova cultura comunitaria, che nel nostro paese, contrariamente a quanto è avvenuto storicamente negli USA, stenta ad affermarsi. Pertanto, partendo dalle analisi di Alexis de Toqueville attraverso Robert Nisbet, si giunge alle considerazioni di Giddens e Sennett, che cercano di delineare una via di mezzo che coinvolga dinamicamente le istituzioni e la comunità per ridefinire un nuovo welfare capace di responsabilizzare maggiormente l'individuo.

RISULTATI: La cultura della solidarietà può estendersi alla comunità se si investe prioritariamente nell'educazione dell'individuo al senso del dovere verso gli altri.

RIFERIMENTI:

BAUMAN Z. (2007), *Voglia di comunità*, Laterza, Roma-Bari.

TÖNNIES F. (2011), *Comunità e società*, Laterza, Roma-Bari.

DURKHEIM E. (1999), *La divisione del lavoro sociale*, Einaudi, Torino.

GIDDENS A. (1999), *La terza via*, il Saggiatore, Milano.

NISBET R. (2012), *Conservatorismo: sogno e realtà*, Rubettino, Soveria Mannelli (CZ).

DE TOCQUEVILLE A. (1992), *La democrazia in America*, Rizzoli, Milano.

SENNET R. (2012), *Insieme*, Feltrinelli, Milano.

Abstract n. 2

TITOLO ABSTRACT: Una sanità migliore è possibile

AUTORE PRINCIPALE: Graziano Pini, Grazianopini633@gmail.com, tel 0543 940733, cell: 338 5345034

ENTE DI APPARTENENZA: Sociologo libero professionista

OBIETTIVI:

A partire dalle contraddizioni e disfunzioni del sanità italiana provare a recuperare la mission e vision del sistema socio sanitario italiano ed in particolare:

1. nella normalità proteggere il cittadino dai fattori di rischio e fare ammalare il più tardi possibile,
2. nella malattia oltre a curare provare a guarire e se non è possibile evitare la cronicizzazione della malattia,
3. nella malattia cronica mantenere il livello di autonomia il più a lungo possibile e posticipare la morte.

METODOLOGIA E LIVELLI DI INTERPRETAZIONE:

A partire da diversi modelli di governance della sanità a livello macro e micro provare a delineare possibili vie di soluzione. Il sistema dei privilegi e la spending review prima, la riorganizzazione del sistema sanitario poi hanno ridotto i servizi ai cittadini, compromesso la qualità degli stessi, negato l'universalità della cura e - in ultima istanza - leso art. 32 della Costituzione italiana. Già da anni anche nelle regioni più avanzate ed efficienti l'accessibilità e l'appropriatezza della cura è fortemente compromessa e in molti casi non più garantita: a metà di ogni anno i minori, i tossicodipendenti e gli psichiatrici che hanno bisogno di un inserimento in comunità non hanno garantito tale diritto perchè i fondi preposti sono spesso terminati.

Teorie e modelli socio cognitivi del cambiamento dei comportamenti:

Self efficacy Model (Bandura 1977), transteorico (Prochaska e DiClemente, 1982), Helatha Action process Approach (HAPA, Schwazer 1992), Integrative Model (Fishbein, 2000).

RISULTATI:

Per evitare il corto circuito fra contrazione delle risorse e qualità dei servizi e della cura è necessario ridurre la domanda sociosanitari dei cittadini. Per fare questo occorre muoversi celermente nella seguente direzione:

1. progetto di riforma del sistema sociosanitario utilizzando i metodi e strumenti della progettazione partecipata a partire dal coinvolgimento dei portatori di interessi (in primis associazioni professionali, professionisti e cittadini), questo può e deve riguardare il sistema di governance e di organizzazione del sistema stesso.
2. spingere sulla prevenzione e promozione della salute come da indicazioni OMS
3. promuovere le medicine tradizionali e le medicina non convenzionale (MnC) - che fanno spendere meno (allo stato e al singolo cittadino) e sono meno invasive - attraverso: ambulatori interdisciplinari nei Nuclei di Cura primaria e nelle case della salute o simili a seconda delle diverse regioni; la Regione Toscana ha inserito le MnC nei LEA.

CONCLUSIONI:

A partire dagli elementi riportati sopra e dalle criticità del sistema socio sanitario evidenziati dai vari documenti analizzati ed in particolare il report Oasi 2013 si evince la necessità di superare il concetto di fattori di rischio per recuperare il concetto latino di ars vivendi che per semplicità decliniamo in: cura di se, etica, eudemonia, modus vivendi, morale, *officia, otium, sapientia, securitas, teche tou biou*, tempo, *tranquillitas*, virtù.

Le istituzioni di ricerca e i giovani ricercatori - se condividono il punto di approdo di questa analisi - possono ideare e promuovere ricerche epistemologiche ed empiriche che potranno in futuro dare più o meno credibilità a queste intuizioni.

RIFERIMENTI:

Bocconi Cergas, Censis, Il sistema sanitario in controtuce 2012

Bocconi Cergas, Rapporto Oasi 2012

Bocconi Cergas, Rapporto Oasi 2013

Coripe Piemonte, Gruppo Abele Illuminiamo la salute 2013

Istat, Rapporto Bes 2013: il benessere equo e sostenibile in Italia

Ministero della salute, Piano sanitario nazionale

Regione Emilia Romagna, Piano sanitario regionale 2015-17

Ausl di Forlì, Piano Attuativo locale 2013-15

Abstract n. 3

TITOLO ABSTRACT: L'integrazione sociosanitaria in Regione Lombardia. Lezioni apprese e prossimi step.

AUTORE: Lucia Ferrara, luciafer85@hotmail.com, cell: 3331779591

Altri autori: Verdiana Morando verdiana.morando@unibocconi.it

ENTE DI APPARTENENZA: Lucia Ferrara, Università degli studi di Bari; Verdiana Morando, Cergas, Università Bocconi

OBIETTIVI:

Il paper presenta le principali politiche regionali in ambito di integrazione sociosanitaria, inserendole all'interno dello scenario nazionale e internazionale, e sviluppando un confronto interregionale sulle esperienze di policy e modelli gestionali sviluppati nell'ambito delle cure domiciliari. Il documento presenta quindi un policy paper, focalizzato sulla fase di istruzione del problema da indagare (Strategic thinking). Due sono le domande di ricerca: a) qual è lo stato dell'arte, sul piano normativo, teorico e implementativo delle politiche di integrazione sociosanitaria? b) quali risposte sono state fornite in Regione Lombardia e in altri contesti regionali, alla domanda di integrazione sociosanitaria e qual è l'efficacia delle scelte perseguite?

METODOLOGIA E LIVELLI DI INTERPRETAZIONE

L'analisi è strutturata su tre livelli:

- a) Ricognizione della normativa nazionale e regionale, della letteratura specialistica in questo ambito di policy, nazionale ed internazionale e del lavoro di ricerca condotto direttamente dagli autori nel corso del 2013 sul modello di committenza dei servizi sanitari e sociosanitari;
- b) Confronto inter-regionale delle politiche e degli interventi per l'assistenza domiciliare integrata (ADI), in alcune regioni benchmark (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto). La scelta di questo ambito di policy è dettata dall'intenzione di operare un confronto sulla base del modello erogativo-implementativo (modello a gestione diretta e indiretta), sui risultati conseguiti e sulle risorse economiche ed organizzative utilizzate, all'interno dello stesso quadro normativo nazionale e in risposta alla medesima domanda espressa – fragilità e cronicità;
- c) Attraverso un framework di interpretazione delle politiche di integrazione sociosanitaria, a partire dalle cure primarie, viene discusso e ripositionato il caso delle politiche di integrazione in Regione Lombardia.

RISULTATI:

L'osservazione dei modelli regionali di erogazione dell'ADI permette di enucleare alcune considerazioni generali: la spinta a rafforzare la qualità e l'efficienza delle cure domiciliari si concentra a diversi livelli nei modelli analizzati (a livello di governante, meso o micro); l'integrazione assume valori diversi in termini di modalità e contenuto e si esplicita lungo livelli differenziati; infine, emerge come non siano gli strumenti di per sé a promuovere l'integrazione quanto i modelli organizzativi e le pratiche comportamentali e routinarie.

CONCLUSIONI:

L'integrazione è ineludibile e forse oggi è più corretto adottare l'accezione inclusiva di cure integrate, rispetto a "sociosanitaria". L'integrazione delle cure è l'unica risposta possibile alla complessità delle situazioni di fragilità. Rappresenta quindi una sfida di sistema, poiché richiede un approccio complesso, in grado di affrontare il problema con un'agenda consistente e strutturata che tenga insieme le diverse dimensioni dell'integrazione (governance, organizzativa, professionale, funzionale, normativa) e i vincoli esterni – come la normativa nazionale e i meccanismi di finanziamento e la pluralità di attori. Non solo, il successo o meno dell'integrazione è determinato da fattori di contesto e locali, la sfida chiave è quindi l'individuazione di modelli e sistemi di trade-off tra l'esercizio della governance di sistema e la sussidiarietà e autonomia locale per favorire l'integrazione.

RIFERIMENTI:

- Agenas (2009), "Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare del SSN", Settembre 2009, Roma.
- Armitage G, Oelke N, Suter E, Adair C. (2009), "Health systems integration: state of the evidence". *International Journal of Integrated Care* 17, 9.
- Barnett K., Mercer S., Norbury M., Watt G., Wyke S. e Guthrie, B. (2012), "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study". *Lancet*, 380, pp. 37–43.
- Compagni A., Tediosi F. e Tozzi V.D. (2010), "L'integrazione tra ospedale e territorio nelle aziende sanitarie". in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*. EGEA, Milano.
- Fosti G., Larenza O., Longo F. e Rotolo A. (2012), "Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?" in Cantù, Pessina (a cura di). *Rapporto OASI*. Egea, Milano.

Fosti G., Larenza O., Longo F. e Rotolo A. (2013), “La programmazione sociale e sociosanitaria nelle reti interistituzionali: il caso Regione Lombardia”. in Cantù, Pessina (a cura di) Rapporto OASI. Egea. Milano.

Kodner D. e Spreeuwenberg C. (2002), “Integrated care: meaning, logic, applications and implications”. *International Journal of Integrated Care*, 2(3).

Maciocco G. (2007), “Dal paradigma dell’attesa a quello dell’iniziativa. La strada per costruire il secondo pilastro della sanità”. *Ann. Ig.*, 19, pp. 551-557.

Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels M. (2013), “Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care”. *International Journal of Integrated Care*. Disponibile su <<http://www.ijic.org>. URN:NBN:NL:UI:10-1-114415>

World Health Organization (2008), “The World Health report 2008: primary health care now more than ever”. World Health Organization, Geneva.

V CONVEGNO NAZIONALE SISS

LE SFIDE DELLA SANITÀ ITALIANA TRA CRISI STRUTTURALI E SOCIAL INNOVATION

Roma 29 maggio 2014

Sessione 3: “Benessere e disagio sociale: l’attività redistributiva dei servizi di welfare”

Coordinatori: Prof. Sebastiano Porcu
dott. Rocco Di Santo

Abstract n. 1

Titolo: La costruzione della cultura della prevenzione in preadolescenza e adolescenza

Autrice: Tiziana Mangarella

Relatrice: Tiziana Mangarella

Introduzione: Il lavoro presentato ha esplorato il modo in cui viene a strutturarsi la cultura della prevenzione tra preadolescenti e adolescenti, rilevando differenze di genere riguardo alla percezione del proprio bisogno di salute e all’assunzione di comportamenti a rischio.

Metodologia e livelli di interpretazione: La metodologia adottata è di tipo qualitativo. Nella strutturazione delle azioni di rilevazione e nell’analisi è stato adottato un *approccio di genere*.

L’assunto di base è che i fattori di sistema (sociali, culturali, ecc.), intersecando le traiettorie biografiche, producono esiti differenti non solo a seconda della fase del ciclo di vita, ma anche in relazione al grado di sviluppo personale, al capitale sociale e culturale di cui il soggetto dispone e, non ultimo, al genere (Saraceno, 1986). Il termine “genere”, infatti, si riferisce a quanto vi è di storicamente e socialmente costruito nelle conseguenze – sul piano sociale, ma anche della percezione di sé – del “venire al mondo con un corpo sessuato, in particolare con un corpo femminile” (Saraceno, 2001).

Età e sesso, insieme alla classe sociale, sono fattori di allocazione degli individui nei ruoli e nelle posizioni sociali, e possono essere utilizzati come criteri di esclusione sociale da risorse e attività, così come possono determinare meccanismi di differenziazione dei gruppi sociali.

Le rilevazioni sono state effettuate mediante interviste non strutturate e *focus group*.

I *focus group* hanno costituito un’esperienza preziosa per raccogliere il punto di vista degli e delle adolescenti. Quanto emerso conferma anche le opinioni dei testimoni privilegiati, a proposito dell’importanza di intervenire precocemente, non solo sugli aspetti informativi, ma anche concedendo spazi ‘neutri’ di riflessione, approfondimento, confronto, formulazione di domande.

Si specifica che, dopo avere rilevato le opinioni dei ragazzi e delle ragazze, sono state fatte alcune considerazioni e sono state fornite informazioni generali in merito alle tematiche affrontate (salute e fattori di rischio; parametri OMS del peso forma; corpi reali, corpi irreali e media; contraccezione e malattie sessualmente trasmissibili; funzione dei Consulteri Familiari; ecc.).

In questo senso, i focus hanno rappresentato una simulazione di *ricerca-intervento*, quantomeno nelle premesse, per la possibilità di dare parola, consegnare dati e permetterne una rielaborazione.

L’indagine non intende essere esaustiva e rappresentativa dell’universo dei e delle preadolescenti e adolescenti della città di Bari, ma costituisce una prima esplorazione del fenomeno, anche al fine di mettere a punto indicatori per una eventuale successiva *survey* e/o una *ricerca-intervento* più ampia e strutturata.

Risultati: Da parte delle ragazze e dei ragazzi intervistati, la definizione di salute e benessere viene correttamente articolata sulla relazione corpo-mente-ambiente. E tuttavia la “cura di sé” quasi mai include un riferimento diretto all’attività fisica, all’alimentazione corretta, all’assenza di rischi legati all’uso di sostanze o abuso di alcol o determinati comportamenti (es. velocità, sport estremi, ecc.) o alla ricerca di uno stato di benessere ed equilibrio psichico, ma tende a concentrarsi su aspetti meramente estetici.

Conclusioni e sviluppi: Sappiamo che il capitale sociale e culturale posseduto costituisce senz'altro il fattore protettivo più significativo rispetto ai rischi esaminati, ma sappiamo pure che i processi di socializzazione – sia verticale, tramite le tradizionali agenzie educative, sia orizzontale, nella relazione tra pari e attraverso media – è differenziata per genere. In particolare, i diversi esiti di una siffatta socializzazione mostrano una ricaduta su alcune aree, quali quella della salute sessuale e della percezione corporea, che si intersecano fortemente con i determinanti di salute.

La correlazione tra riduzione del rischio e capitale sociale, di cui si dispone, impone di costruire pari opportunità per tutti e per tutte, trasversalmente ai generi e allo status sociale, ma con una grande attenzione a queste variabili, che spesso vengono trascurate in nome di una presunta indifferenziazione (sociale e di genere).

Promuovere la salute e la cultura della prevenzione implica il dover tenere conto di tutte le componenti sottese, in una prospettiva multidimensionale, come si diceva in premessa, e il dover assumere anche una prospettiva di genere, sia nella lettura dei fenomeni sia negli interventi da proporre.

È indispensabile che a ciò concorrano tutti gli attori istituzionali e sociali che intercettino i percorsi di vita e gli ambienti di riferimento degli e delle adolescenti, attraverso un dialogo tra esperienze formali/istituzionali ed esperienze informali. Ma è necessario pure che a questi stessi attori siano chiare tali premesse, affinché possano essere realizzati interventi non frammentari né occasionali, concepiti in un'ottica di integrazione socio-educativa e sanitaria.

Riferimenti bibliografici:

- 5° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2011-2012 - I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia - Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (gruppo CRC) in <http://www.gruppocrc.net>
- AA.VV. (2011), *La percezione dello stato di salute in adolescenza tra fattori individuali e contestuali: il ruolo del capitale sociale*, in *Epidemiologia & Prevenzione*, (35), 1 gennaio-febbraio
- Clemente C. (a cura di) (2010), *La salute tra assetti sociali e organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano
- *Guadagnare salute in adolescenza* (2010) – CCM, Ministero della Salute, Regione Piemonte in www.inadolescenza.it
- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study (2009/2010), *Social determinants of health and well-being among young people*, World Health Organization
- Saraceno C. (a cura di) (1986), *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna
- Saraceno C., Naldini M. (2001), *Sociologia della Famiglia*, il Mulino, Bologna
- Save the Children (2011), *Piccole mamme*, Rapporto sulle mamme adolescenti in Italia in <http://images.savethechildren.it>
- Stagi L. (2009), *Il cibo tra salute e cultura. Tavola rotonda con R. Dalle Grave, A. Guerci, C. Renna*, in Cavanna D., Stagi L. (a cura di), *Salute e società – Sul fronte del cibo*, anno VIII – n. 3
- Vellar (2012), *L'infernale compagna anoressia»: un'analisi delle auto-biografie pro-ana e pro-recovery* in [ww.magma.analisisqualitativa.com](http://www.magma.analisisqualitativa.com), vol. 10, n. 1

Abstract n. 2

Titolo: Ridistribuire la partecipazione: benessere e cittadinanza attiva con i giovani di Matera.

Autori: Natale PEPE, natape@tin.it (Azienda Sanitaria Locale di Matera – Ser.T) ; Rocco Di Santo, rocco.disanto@email.it (ENFOR – Ente di Formazione Professionale di Policoro); Claudio Persiani, claudiopersiani@virgilio.it (Ente Voltaire di Policoro)

Relatore: Natale PEPE

Introduzione: L'abstract si propone di illustrare il Piano di Lotta alla Droga promosso dall' Ambito di Zona di Matera (città) in partnership istituzionale con la Azienda Sanitaria Locale e la Provincia in quanto buona pratica di promozione del benessere e contrasto al disagio sociale, attraverso la promozione della cittadinanza attiva tra i giovani. Sarà illustrato il modello istituzionale adottato per la costruzione della partnership, la metodologia di intervento, i principali obiettivi raggiunti.

Metodologia e livelli di interpretazione: La metodologia adottata è quella del lavoro di comunità. La partecipazione realizzata attraverso percorsi di progettazione e valutazione partecipata: network-analisis e lavoro di rete, peer-education, comunicazione sociale (attraverso l'attivazione di una web TV). Un percorso incentrato sulla promozione della cittadinanza attiva tra i giovani, sulla formazione e l'accompagnamento degli animatori (volontari provenienti da associazioni locali), sulla progettazione e valutazione partecipata delle attività della rete.

Risultati: Tra i beni che i servizi di welfare possono “ridistribuire” c'è quello del riconoscimento e dell'inclusione nel sistema territoriale di welfare del capitale sociale che le comunità locali generano.

Il *Piano di Lotta alla Droga* del Comune di Matera è il prodotto di un percorso di progettazione partecipata. Il percorso ha consolidato il ruolo del tavolo “Prevenzione dipendenze e reinserimento lavorativo” nato nel contesto dell' Ambito di Zona Matera città. Attori formali ed informali del welfare locale in un percorso di ricomposizione di obiettivi condivisi e di potenziamento di legami.

Il piano ha ridistribuito “potere” agli adolescenti attraverso la partecipazione (oltre 70 peer-educator) alla progettazione ed alla realizzazione delle attività di prevenzione (con la partecipazione complessiva di alcune migliaia di persone), attraverso la comunicazione sociale che ha accompagnato le iniziative (web TV, social network, ecc). Un risultato ottenuto è stato quello di rendere accessibile, facilitare, l'esperienza della partecipazione per la promozione di beni comuni come la salute ed il benessere. La cittadinanza attiva sperimentata e vissuta come un fattore di protezione rispetto al disagio giovanile (sviluppo dell'autostima, dell' autoefficacia, della fiducia, ecc.).

Conclusioni: Il Piano Lotta alla Droga di Matera rappresenta la tappa di un percorso avviato all' inizio degli anni duemila di costruzione e consolidamento di un sistema territoriale per la prevenzione universale delle dipendenze e l'inclusione sociale. L'elemento centrale è l'azione inclusiva del sistema e il sostegno a processi di ricomposizione e di contrasto alle spinte alla frammentazione del contesto sociale locale. Ricomposizione dei legami e generatività di nuove iniziative basate su due pilastri: progettazione e valutazione partecipata.

Riferimenti bibliografici:

- AA.VV., Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso, Il Mulino, Bologna 2001.
- AA.VV., L'animazione socioculturale, Quaderni di animazione e formazione, Gruppo Abele Periodici, Torino 2001.
- Bauman Z., Voglia di comunità, Laterza, Bari 2001.
- Cotturri G., La forza riformatrice della cittadinanza attiva, Carrocci Editore, Roma, 2013.
- Di Santo R., Sociologia della disabilità, FrancoAngeli ed., Milano, 2013.
- Benasayag M., Schmit G., L'epoca delle passioni tristi, Feltrinelli, Milano 2005.
- Dematteis G., Governa F., Territorialità, sviluppo locale, sostenibilità: il modello SloT, FrancoAngeli, Milano 2005.
- Giarelli G., Venneri E., Sociologia della salute e della medicina: manuale per le professioni mediche, sanitarie, sociali, Franco Angeli, Milano, 2009.

Abstract n. 3

Titolo. Alcol e anziani: stili di vita e consumo di alcol in una ricerca-intervento rivolta agli anziani della provincia di Bari

Autori: Claudio Poggi – cpoggi@libero.it; Giovanni Fiore – giovannifiore46@hotmail.com; Antonio Taranto – antonio.taranto@asl.bari.it (ASL BARI – Dipartimento di Dipendenze Patologiche)

Relatore: Claudio Poggi

Introduzione: Si espongono i risultati di una ricerca-intervento condotta nell'ambito del progetto "Alcol e Anziani. L'informazione per la prevenzione", realizzato dal Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Bari. Con la ricerca si sono coinvolte le associazioni di anziani di 5 distretti socio sanitari della provincia di Bari, al fine di reperire e sistematizzare informazioni sull'approccio alle bevande alcoliche degli anziani intervistati, anche in relazione alle patologie in atto, e predisporre un opuscolo informativo sui rischi connessi all'abuso di alcol nell'anziano, da divulgare in provincia.

Metodologia e livelli di interpretazione: Per l'impostazione della ricerca abbiamo utilizzato gli studi epidemiologici di E. Scafato e al., da cui si evincono stime di prevalenza sul consumo di alcol negli anziani, e tra essi la percentuale di soggetti che adottano un consumo rischioso; il test rapido AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) di Hodgson R e coll., nella sua versione abbreviata; l'indagine "Passi d'argento" sulla salute degli anziani, promossa dal CCM del Ministero della Salute, nella quale vi è una parte dedicata alle abitudini di consumo alcolico degli over 65.

Per la realizzazione della ricerca è stato costituito un gruppo di lavoro composto da operatori provenienti dai Sert dei 5 distretti socio sanitari interessati. Tale gruppo ha effettuato una mappatura del territorio per individuare gruppi, centri e associazioni di anziani ivi operanti. Attraverso tale intermediazione sono stati contattati gli anziani, ai quali è stato proposto un semplice questionario di 13 domande. Nel questionario sono state indagate le seguenti aree: la situazione anagrafica del soggetto; la presenza di malattie croniche e l'eventuale assunzione di farmaci; le modalità del bere, relativamente alla quantità e alla frequenza di assunzione di bevande alcoliche, le motivazioni dell'eventuale non assunzione attuale di alcol.

I risultati dell'indagine, con le raccomandazioni per un corretto approccio alla bevanda alcolica, sono stati riportati in un opuscolo informativo distribuito presso le associazioni di anziani, i medici di base, le farmacie della provincia di Bari.

La ricerca ci ha permesso di conoscere un fenomeno nascosto, poco indagato, e può favorire un approccio informativo e formativo comune tra specialisti, operatori sanitari e associazioni di anziani.

Risultati: Sono stati intervistati 2.202 anziani. Utilizzando le soglie di punteggio previste nel test Audit abbreviato abbiamo suddiviso gli anziani intervistati in tre sottogruppi: i non bevitori (36%), i bevitori moderati (45%), che si mantengono all'interno dei limiti consigliati di assunzione giornaliera di bevande alcoliche, i bevitori a rischio (19%), il cui comportamento, se protratto nel tempo, può generare patologie alcol correlate.

Abbiamo constatato che esistono particolari associazioni con l'età e con il sesso: il passaggio da una fase della vita ancora lavorativa (tra i 60 e i 64 anni) ad una fase in cui è prevalente la condizione di pensionamento (tra i 65 e i 74 anni), determina un innalzamento dei livelli di consumo di alcol; e, inoltre, nel gruppo dei bevitori a rischio, il comportamento femminile tende ad essere meno reattivo al cambiamento di certe condizioni (es. malattia, uso farmaci, vedovanza, ecc.) rispetto a quello maschile.

Abbiamo, inoltre, esplorato alcuni significativi fattori di rischio per la salute degli anziani, derivanti dall'associazione del consumo alcolico con la presenza di malattia cronica e con l'uso quotidiano dei farmaci. Abbiamo constatato che, mediamente, c'è un uso rischioso di alcol in una percentuale che varia dal 14 al 15% dei soggetti che, rispettivamente, soffrono di patologie croniche e/o usano farmaci; e che, sempre all'interno del gruppo di soggetti che soffrono di patologie croniche e/o usano farmaci, il 38% circa di anziani fa un uso moderato di alcol, che può comunque essere incompatibile con le particolari condizioni di salute.

Per quanto concerne la relazione con altre variabili socio demografiche, trova conferma, nella nostra indagine, l'associazione positiva tra consumo di alcol e titolo di studio, già rilevata nella ricerca Passi d'argento, curata per la Puglia dall'Osservatorio epidemiologico regionale; l'anziano solo, e particolarmente di genere femminile, sembra essere meno esposto al rischio rispetto all'anziano che vive con altri, la socialità incrementa, cioè, la propensione al bere; mentre per quanto concerne lo stato civile, separazioni e divorzi sono associati ad una maggiore propensione al bere, ma ciò è vero prevalentemente nel maschio, a conferma di quanto riscontrato per l'associazione con il genere..

Conclusioni: Le modalità di assunzione di alcol tra gli anziani intervistati rispecchiano le abitudini alcoliche rilevate nella popolazione generale. Esiste comunque una scarsa percezione, non solo tra gli anziani, ma anche tra gli operatori sanitari, della necessità di diminuire, in genere, il consumo di alcol nelle persone che superano i 65 anni d'età, per via del rallentato metabolismo del soggetto anziano e, in particolare, in presenza di una concomitante malattia cronica e/o di assunzione di farmaci, condizioni per le quali l'alcol potrebbe avere controindicazioni serie. I dati raccolti con la ricerca

e la metodologia di coinvolgimento delle associazioni del territorio adottata, possono essere utilizzati non solo per informare la popolazione ai fini della prevenzione primaria, ma anche per costruire percorsi di aggiornamento e di formazione rivolti ai medici di medicina generale, agli operatori socio sanitari e ai volontari che quotidianamente hanno rapporti con l'anziano.

Riferimenti bibliografici:

- Hodgson R., Alwyn T., John B (2002)., “The fast alcohol screening test”, in *Alcohol and Alcoholism*, 37: 61-66
- Buja A, Scafato E, Sergi G, Maggi S, Suhad MA, Rausa G, Coin A, Baldi I, Manzato E, Galluzzo L, Enzi G, Perissinotto E, (2010), “ILSA Working Group. Alcohol consumption and metabolic syndrome in the elderly: results from the Italian longitudinal study on aging”, in *European journal of clinical nutrition*; 64(3):297-307
- Scafato E, Galluzzo L, (2010) “VINTAGE Working Group. VINTAGE project: best practices for prevention of alcohol-related harm in the elderly in the EU”, in: *Fact sheets from European projects related to mental health and well-being in older people*, European Commission, p.23-26.
- E.Scafato e al. (2007), “Alcol: i consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia”, Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPES. Istituto Superiore di Sanità, disponibile online al sito http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-consumi_rischio.pdf
- Anderson P., Scafato E, (2010), “Alcohol and older people: a public health perspective. Vintage Project Report”, Istituto Superiore di Sanità, disponibile online al sito www.epicentro.iss.it/vintage/download_report.asp
- AA.VV. (2003), “Bevande alcoliche: se sì, solo in quantità controllata”, in INRAN, Linee guida per una sana alimentazione italiana, disponibile online al sito www.inran.it
- AA.VV., (2010), “Passi d'argento. La qualità della vita percepita dalle persone con più di 64 anni”, in Puglia OER – Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, Anno XII – Suppl. al n. 1-4.

Abstract n. 4

Titolo. La Farmacia Sociale: un nuovo modello di farmacia attenta ai bisogni del cittadino

Autore e relatore: Pasquale Marino paco.ma@tiscali.it (libero professionista)

Introduzione: Il lavoro è frutto di una ricerca-azione intesa nel dimostrare che i vari modelli di farmacia fin ora conosciuti non sono più in grado di competere con il mercato né tantomeno a soddisfare i tanti e diversi bisogni espressi dai cittadini. Infatti, nell'ottica della *farmacia sociale*, il cittadino assume un aspetto centrale diventando *consum-attore*, ovvero da un lato è l'attore principale per i processi di cura, assistenza e benessere collettivo; dall'altro lato è un consumatore di prodotti e per tale ragione determina la fortuna dell'esercizio commerciale. Pertanto, il soggetto che frequenta la farmacia assume un ruolo diverso a seconda dell'esigenza espressa e la farmacia deve poter rispondere in modo adeguato, efficace ed efficiente.

Metodologia e livelli di interpretazione: Considerando le tipologie di farmacie oggi presenti sul mercato e i nuovi bisogni delle persone, nasce l'esigenza di sviluppare un nuovo modello di farmacia che necessariamente deve essere multidisciplinare dove l'impostazione sociologica

assume un ruolo rilevante, poiché il percorso parte dai bisogni del cittadino per arrivare alla soddisfazione degli stessi. Il ruolo del sociologo è determinante nell'individuare i bisogni del cittadino che devono essere soddisfatti dalla farmacia, attraverso una metodologia qualitativa. Per fare ciò utilizzo tra le altre le seguenti tecniche: survey, focus group, metodo delphi, nominal group technique, brainstorming.

Attraverso le tecniche e le metodologie summenzionate, la trasformazione da una farmacia classica ad una *farmacia sociale*, l'esperto studia i bisogni (sia della farmacia come esercizio commerciale sia come erogatore di servizi per la salute della popolazione di riferimento) al fine di generare un cambiamento strutturale e funziona di ogni singola farmacia.

L'attività di ricerca-azione ha coinvolto 23 farmacie territoriali private con una popolazione coinvolta di circa 90.000 persone.

Risultati: Le farmacie che hanno intrapreso il percorso di trasformazione verso una farmacia sociale hanno ottenuto risultati quali-quantitativi notevoli. In tutte le strutture coinvolte i frequentatori della farmacia hanno apprezzato soprattutto una

maggiore offerta merceologica, offerte su prodotti di massa e in tutti i settori della farmacia. Questo ha portato al farmacista una maggiore frequentazione della sua "azienda" aumentando notevolmente il numero degli scontrini (indicatore del livello di fidelizzazione) e il loro valore medio (indicatore del livello di gradimento). I fatturati sono aumentati sia nell'etico (farmaci prescrittibili e rimborsati dal SSN) sia nell'extra farmaco con percentuali che vanno dal +20% al + 270%; in termini assoluti fino a + 1.200.000 euro per esercizio.

Conclusioni e sviluppi: I risultati raggiunti indicano chiaramente che la farmacia può confrontarsi con il mercato e sfatare la diceria di essere un punto vendita "caro". La frequentazione per motivi altri da quelli classici della ricetta medica porta un vantaggio in termini di fatturato e quindi di guadagni. Credo che in un momento di forte riduzione della spesa sanitaria a livello nazionale e della sempre minore marginalità del farmaco prescrittibile, ampliare l'offerta merceologica della farmacia, tenendo presente che "fuori" molti prodotti costano meno sia un imperativo per permettere la sopravvivenza economica dell'"Azienda" farmacia.

Riferimenti bibliografici:

- Bauman, Z. 2010, Consumo, dunque sono, Laterza, Roma-Bari
- Di Nallo, E. 2003, Quale marketing per la società complessa, FrancoAngeli, Milano
- Paltrinieri R., Parmigiani M.L., 2005, Sostenibilità ed etica? Carocci, Roma
- Paltrinieri, R. 2012, Felicità responsabile, FrancoAngeli, Milano
- Di Santo, R. 2013, Sociologia della disabilità: Teorie, Modelli, Attori e Istituzioni, FrancoAngeli, Milano
- Giarelli, G., Venneri, E. 2009, Sociologia della salute e della medicina, FrancoAngeli, Milano
- Cipolla, C., Giarelli, G., Altieri, L. 2002, Valutare la qualità in sanità, FrancoAngeli, Milano
- Kotler, P., Armstrong, G. 2013, Principi di Marketing, 13th ed., Pearson Paravia Bruno Mondadori, Modugno (BA)

Abstract n. 5

Titolo. Il “benesserismo forzato”: dal “diritto a perseguire la felicità” alla “spinta gentile” verso l’ultrabenessere. Un nuovo welfare per i nuovi esclusi ?

Autore e Relatore: Simone Cerrina Feroni, simonecerrina@libero.it (libero professionista)

Introduzione: L'obiettivo è provare a applicare il “prosumerismo” spinto, cioè la coprogettazione/covalutazione di prodotti e servizi da parte del consumatore/cliente/cittadino, letto in una chiave biopolitica, al welfare e alla salute.

Questa ricerca origina dalla parte finale del mio contributo al Convegno Associazione Italiana per gli Studi sulla Qualità della Vita, che allego. In quel contesto, cioè la ricerca di indicatori sul benessere territoriale, non solo era una esternalità, ma direi quasi una provocazione, positiva, andando a mettere in discussione un modello decisivo in una fase di faticosa messa a punto fra esperti di varie discipline.

Da formatore/orientatore/consulente per lo sviluppo e il benessere, trovo il tema molto stimolante perchè mette in luce una “zona d'ombra”, reale, che forse può chiarire e adeguare meglio diffusi e consolidati paradigmi e pratiche in campo sociosanitario.

Metodologia: L'approccio di fondo è lewiniano, lo studio è quindi quello dei campi di forze sociali.

Incrociando i tre modelli/approcci sopracitati, afferenti a tre diverse discipline ma relativi allo stesso tema, che quindi potremmo riassumere come “biopolitiche avanzate” in cui l'intera vita, e gli interi corpi, dei consumatori/cittadini sono “messi al lavoro”, e invertendo gestalticamente figura e sfondo, evidenzio alcune piste di riflessione.

Il metodo sfrutta la capacità dei modelli, se applicati ad altre discipline, di evidenziare degli elementi nuovi.

Risultati: L'autore propone una decina di punti in cui migliorare la qualità della vita presuppone un cambiamento degli stili di vita che eludono quelle attuali.

Conclusioni: In sintesi atteggiamenti, life skills, salute del corpo-psyche, abilità cognitive, sociali e relazionali, emozioni e sentimenti vengono “attratti” sempre più nella sfera economica. Si parla infatti di “attention economy”. Una autoimprenditorializzazione forzata, una nuova *enclosure*, cioè una invasione/recintazione della vita. Ad esempio la recente crisi economica ha messo in luce il “dark side” della creatività al lavoro (derivati e assicurazioni “creative”). Ma questo pone la necessità di ridefinire la sfera pubblica e le politiche pubbliche relative al Welfare.

Ad esempio come modificare gli indicatori della **Qualità della Vita e della Sicurezza/Salute** ? E' possibile includere quanto sopra accennato? I territori ormai competono in base a questi indicatori, vedi la classifica del Sole 24 ore, ma, non a caso, questi termini ancora non sono stati gerundizzati, cioè ci danno più possibilità di incorporare delle innovazioni. E infine, l'ambiguità evidenziata potrebbe essere facilmente assorbibile o governabile nei prossimi anni. Parafrasando l'allarme del Club di Roma del 1971, in parte rivelatosi infondato, la domanda di fondo è: quali limiti allo sviluppo del benessere ? *E soprattutto, se ci riferiamo alla salute, l'“ipervita” sarà compatibile col bios psicobiologico? A quale prezzo? Le nuove turboorganizzazioni saranno una estensione dell'individuo?*

Riferimenti bibliografici:

- AAVV (2003): *Progetto Equal ME.T.R.I.C.A LAVORO, TRADIZIONALI E NUOVE FASCE DEBOLI* - Note operative sul tema (a cura di Michele La Rosa), Bologna, Fondazione ‘Aldini Valeriani.
- Bauman Z (1992): *La società dell'incertezza*, Bologna, Il Mulino
- Bazzicalupo L. (2006): *Il governo delle vite. Biopolitica e bioeconomia*, Bari, Laterza 2006
- Bonaretti, M. (2005): *Governo locale e innovazione organizzativa: le amministrazioni in trasformazione*, in RU-Risorse umane nella P.A.n. 2
- Bonomi A., Rullani E. (2005): *Il capitalismo personale*, Torino, Einaudi
- Donolo C. (2005): *Dalle politiche pubbliche alle pratiche sociali nella produzione di beni pubblici? Osservazioni su una nuova generazione di policies*, in Stato e Mercato n. 73
- Codeluppi, V. (2008): *Il biocapitalismo*, Torino, Bollati Boringhieri
- Fumagalli A. (2009): *Bioeconomia e caputalismo cognitivo. Verso un nuovo paradigma di accumulazione*, Roma, Carocci
- Lewin K. (1972): *Teoria e sperimentazione in Psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, ed. originale 1951
- De Michelis L., Leghissa G. (a cura di) (2008): *Biopolitiche del lavoro*, Roma, Mimesis
- Pais I. (2003): *Acrobati nella rete: i lavoratori di Internet tra euforia e disillusione*, Milano, Angeli
- Ehrenberg A. (1999). *La fatica di essere sé stessi*, Torino, Einaudi
- Esposito R. (2004); *Bios*, Torino, Einaudi
- Fabris G. (2008); *Societing*, Milano, EGEA
- Foucault, M. (1998) *Le tecnologie del sé*, Torino, Bollati Boringhieri

Abstract n. 6

Titolo: Coinvolgere il cittadino-assistito nell'era della web society: l'esperienza della Cooperativa OSA. Una mixed research condotta con metodi qualitativi: *racconti di vita/offline* e *narrazioni di malattia/online*.

Autori: Maria Chiara Galizi, mc.galizi@osa.coop; Francesco Giuffrida, Daniele Palumbo, Caterina BNA Bianchi, Giuseppe Maria Milanese (Cooperativa OSA- Operatori Sanitari Associati- Onlus)

Relatore: Maria Chiara Galizi

Introduzione: La Cooperativa OSA (Operatori Sanitari Associati) svolge da più di 25 anni servizi di assistenza domiciliare per conto di diverse ASL sul territorio nazionale e nel corso del 2013 ha assistito circa 26.000 pazienti. Negli ultimi anni ha posto una particolare attenzione al coinvolgimento degli assistiti in indagini finalizzate al miglioramento del servizio offerto. L'attuale scenario della *web society* ha portato la Cooperativa a considerare come appropriato, l'utilizzo della Mixed Research, soprattutto grazie alla attuale diffusione degli *e-methods* e alle potenzialità in termini di riduzione dell'impatto economico.

Metodologia e livelli di interpretazione: Lo studio qui presentato, inserito all'interno di un più articolato programma di ricerca, si propone di illustrare in che modo una realtà di terzo settore, nel suo ruolo strategico di *provider* di servizi, possa sviluppare un percorso orientato all'ascolto e alla qualità valorizzando tramite l'ascolto, la partecipazione del cittadino assistito nell'assistenza domiciliare, in particolare utilizzando metodi di ricerca qualitativi e sperimentando l'utilizzo di tecnologie di rete.

L'attenzione della cooperativa OSA a tali attuali ed urgenti dinamiche, ha portato a sviluppare in mixed research due indagini parallele che prevedono il coinvolgimento del cittadino-assistito in ricerche finalizzate al miglioramento dell'assistenza erogata. I dati sono raccolti attraverso l'ascolto degli assistiti, in alternativa all'interrogazione, nella forma meno direttiva possibile, attraverso metodi classici di ricerca qualitativa con interviste biografiche vis a vis, (*racconti di vita*), e attraverso una ricerca gestita su una piattaforma interattiva sul sito web aziendale, attraverso la raccolta online di *narrazioni di malattia* (NBM).

Risultati: Auspichiamo che l'indagine che sta raccogliendo dati empirici attraverso i *racconti di vita* contribuisca a definire traiettorie che permettano di evidenziare i meccanismi e i processi attraverso i quali i soggetti si sono venuti a trovare in un data situazione e come questi si sforzino di gestirla, evidenziando dunque le risorse messe in atto e i limiti che non riescono a superare. Studiando un frammento di realtà storico-sociale, quello di un target di popolazione in condizioni di fragilità, l'indagine sociologica riesce ad apportare elementi di conoscenza obiettiva e critica fondati sull'osservazione concreta. In questo tipo di indagine i dati servono ad evidenziare i meccanismi di un dato fenomeno e non l'interiorità dei soggetti coinvolti. I racconti di vita, grazie alla ricchezza delle informazioni raccolte, aiutano a risalire dal particolare al generale mediante la comparazione di casi particolari e la scoperta delle ricorrenze tra un percorso di vita ed un altro, arrivando alla formulazione di concetti e ipotesi. Allo contempo la sperimentazione online della raccolta di *narrazioni di malattia* sarà utile in primis al paziente o a chi se ne prende cura per i benefici terapeutici insiti nella narrazione, la stessa inoltre favorisce la condivisione delle esperienze tra assistiti trasformando il vissuto in un patrimonio collettivo e costruttivo, aiutando quindi altri a sostenere situazioni di difficoltà. Nell'attività clinica le narrazioni di malattia sono utili nel momento in cui vanno a colmare il gap tra prove scientifiche (ebm) e la loro difficile applicazione al singolo caso. Costituiscono inoltre essere un valido strumento per integrare il percorso formativo dei professionisti sanitari favorendo un approccio empatico nel rapportarsi con gli assistiti.

Riferimenti bibliografici:

- Charon R. "Medicina narrativa, la radura" in Cipriani R. "narrative-based medicine: una critica" Salute e Società. Anno IX-n.2/2010, Franco Angeli, Milano
- Cipriani R, Cipolla C, Losacco G, "La ricerca qualitativa fra tecniche tradizionali ed e-methods", 2013, Franco Angeli, Milano
- Giarelli G. " Il sistema sanitario: modelli e paradigmi" in Cipolla C. (a cura di), "Manuale di Sociologia della Salute", 2011, Franco Angeli, Milano
- Giarelli G. " Narrare la pratica medica: una prospettiva fenomenologica ermeneutica", in Cipriani R. (a cura di) "Narrative-Based Medicine: una critica" Salute e Società. Anno IX-n.2/2010, Franco Angeli, Milano
- Guarino F, Mignardi L, a cura di, "Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza", Salute e Società, Anno VI-supplemento al n.2/2007, Franco Angeli, Milano
- Porcu E, "Ricognizione sullo stato dell'arte in Italia alla ricerca di possibili modelli di e-Care" in Guarino F., Mignardi L., (a cura di) "Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza" Salute e Società. Anno VI – Supplemento al n.2/2007, Franco Angeli, Milano

- Ridolfi L, “Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale”, Paper for the espanet conference “Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa” Milano 29 sett-1 ott 2011
- www.viverlatutta.it
- www.iss.it/cnmr/medi/

Abstract n. 4

TITOLO ABSTRACT: L'innovazione tecnologica nella sanità. Una comparazione tra Italia e Francia.

AUTORE: Lorenzo Cecconi; l.c@grrlz.net; cell: 348 0581906.

ENTE DI APPARTENENZA: Università di Chieti-Pescara

OBIETTIVI:

Il principale obiettivo dell'intervento vuole essere incentrato sull'innovazione sanitaria comparando l'Italia e la Francia. Nel caso particolare cercherò, grazie ad una piccola ricerca sul campo svolta a Strasburgo, di mettere in luce come nasce e si sviluppano innovazioni in campo sanitario e quali sono le lacune da colmare per incoraggiare in Italia un tale processo.

METODOLOGIA E LIVELLI DI INTERPRETAZIONE:

La letteratura cui mi riferisco riguarda la diffusione dell'innovazione nell'accezione di Rogers (2003). Il secondo autore a cui mi riferirò sarà Latour ideatore dell'approccio *actor-network-theory* utile alla comprensione di processi; interni, cooperativi ed esterni, che portano alla costruzione di un fatto scientifico.

La metodologia che ho utilizzato per raccogliere dati di campo è stata di stampo qualitativo in particolare ho sviluppato una *focused ethnography* (De Lillo A., 2010) di un meeting che si pone come obiettivo quello di creare innovazione sanitaria facendo incontrare informatici e personale sanitario.

Spendibilità. Comprendere come viene favorita l'innovazione, quale retroterra culturale permette lo sviluppo di idee, inerenti al vasto mondo della salute, può stimolare lo sviluppo delle più diverse energie locali al fine di una integrazione di competenza volta alla risoluzione di problematiche concrete nelle strutture socio-sanitarie.

RISULTATI:

La ricerca vuole mostrare come, al di là della retorica, per sviluppare innovazione dal basso non sia sufficiente la buona volontà o il ritrovarsi in un garage adattato ad officina creativa. Per lo sviluppo d'innovazione in campo medico serve in prima istanza ampio coinvolgimento da parte del territorio e delle sue istituzioni. Inoltre il saper aggregare in forme nuove, saperi tecnici, scientifici e sociali, sembra essere un altro requisito essenziale al fine di creare il giusto *incubatore* d'innovazione.

CONCLUSIONI:

Il metter in luce in questo convegno forme di creazione d'innovazione sanitaria, permette il confronto con nuove metodologie di risoluzione delle innumerevoli sfide della sanità italiana. Non dimeno porta a conoscenza una tipologia organizzativa capace di convogliare saperi teorici e pratici al fine di risolverli alcune sfide sanitarie.

RIFERIMENTI:

- Boudon R., *La place du désordre. Critique des théories du changement social ; trad. It., Il posto del disordine*, Bologna, Il Mulino, 1985. Castells M. (1996), *The rise of the network society*, Oxford, Blackwell; trad. it. *La nascita della società in rete*, Milano Università Bocconi Editore, 2008. Giacca M.; Gobbato C.A. (a cura di), (2010), *Polis genetica e società del futuro*, FrancoAngeli, Milano.
- Jasanoff S.; Benessia A.; Funtowicz, *L'Innovazione tra utopia e storia*, Codice edizioni, Torino
- Merton R. (1973), *The normative structure of science*, in i.d., *The sociology of science: Theoretical and empirical investigations*; trad. it., *La struttura normativa della scienza*, in i.d., *La sociologia della scienza*, Milano, Franco Angeli, 1981.
- Parolin L.L. (2011), *Tecnologia e sapere pratico nella società della conoscenza. Il caso della telemedicina*, FrancoAngeli, Milano.
- Rogers E. (1983), *Diffusion of Innovations*, The Free Press, New York.

Abstract n. 5

TITOLO ABSTRACT: La valutazione dell'efficacia dell'intervento sociale nell'ambito della salute mentale. Il contributo della scienza dialogica.

AUTORE PRINCIPALE: Luigi Colaiani, luigi.colaianni@gmail.com, cell: 328 3318496

ENTE DI APPARTENENZA: Dipartimento di Neuro scienze e Salute mentale, Fondazione Policlinico Milano; Laboratorio di Metodologia di Analisi dei dati Informatizzati Testuali, UNIPD.

OBIETTIVI:

Il *paper* illustrerà la metodologia innovativa generata dalla scienza dialogica e dal modello dialogico-interattivo per la valutazione degli esiti e il monitoraggio degli interventi sociali con persone con diagnosi psichiatrica in servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, come quelli di Salute mentale. A tal fine si pone come obiettivo osservativo della valutazione la rilevazione del cambiamento biografico prodotto dagli interventi sociali in ambito di salute mentale, si ridefiniscono obiettivi e strategie; ciò permette di produrre una misurazione dello scarto tra obiettivi e risultati ottenuti.

METODOLOGIA E LIVELLI DI INTERPRETAZIONE:

Turchi G.P. (2009), *Dati senza numeri. Per una metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali: M.A.D.I.T.*, Bologna: Monduzzi Editore;

Colaiani L., Ciardiello P. (2012), *Cambiamo discorso. Diagnosi e counselling nell'intervento sociale secondo la scienza dialogica*, Milano: Franco Angeli.

Modello dialogico-interattivo; MADIT.

La metodologia permette di generare la valutazione degli esiti dell'intervento sociale rispetto all'obiettivo della transizione biografica, dalla carriera biografica (stigma) alla biografia; ciò impiegando produzioni discorsive aperte e la denominazione e l'analisi dei repertori discorsivi che le pervadono ai tempi 0 (*ex ante*) e 1 (*ex post*).

Inoltre permette di produrre una misurazione del costruito e il calcolo numerico e quindi rende confrontabili strategie e prassi rispetto alla copertura dell'obiettivo dell'intervento (efficacia).

RISULTATI:

Si dispone di una metodologia e di uno strumento, scientificamente fondati, per la valutazione dell'intervento sociale, che permette di condividere obiettivi, strategie e considerazioni sugli esiti, a prescindere dal posizionamento teorico dell'operatore; ciò è condizione perché si renda possibile l'integrazione tra interventi sociali e interventi sanitari.

CONCLUSIONI:

Condivisibilità, trasmissibilità e trasferibilità di quanto prodotto nell'ambito della salute mentale, a prescindere da approcci clinici; incremento della integrazione socio-sanitaria mediante metodologie innovative.

RIFERIMENTI:

Bachtin M. (1968), *Dostoevskij, poetica e stilistica*, Torino: Einaudi.

Colaiani L. (2009), «Per incapacità di intendere e volere». Il consenso informato della psichiatra, Roma: ARACNE.

Di Paola F. (2000), *L'istituzione del male mentale*, Roma: manifesto libri.

Domedi L., Laliscia B., Barbanera D. Quarato M. (2007), «La 'malattia mentale' come costruzione discorsiva. Implicazioni della diagnosi nosografica in relazione alla costruzione dell'identità», in Turchi G.P., Della Torre C. (cur.), *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Roma: Armando.

Goffman E., (1983), *Stigma. L'identità negata*, collana «Psicologia sociale e clinica della devianza», Milano: Giuffrè.

Illich I., (2008), *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento: Centro Studi Erickson.

Lemert E.L. (1967), *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Milano: Giuffrè Editore.

Schütz A. 1979, *Saggi Sociologici*, a cura di A. Izzo, Torino: UTET.

Thomas W.I., in Merton 1968, *Social Theory and Social Structure*, New York: The Free Press: 765-766).

Turchi G.P., Della Torre C. (a cura di) (2007), *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Roma: Armando.

Wittgenstein L. (1967), *Ricerche filosofiche*, Torino: Einaudi.

Abstract n. 6

TITOLO ABSTRACT: La persona celiaca al centro degli interventi socio-sanitari tra empowerment e innovazione sociale del contesto. Percorsi di Educazione Alimentare di tipo motivazionale rivolti a neodiagnosticati celiaci e familiari

AUTORE PRINCIPALE: Emilia Guberti, emilia.guberti@ausl.bologna.it, cell. 349.5010831

ALTRI AUTORI: Silvia Bertini, silviabertini.bo@gmail.com, cell.338.2999017

ENTE DI APPARTENENZA: U.O.C. Igiene Alimenti e Nutrizione Dip. Sanità Pubblica – Az. U.S.L. di Bologna

OBIETTIVI:

Al centro la persona celiaca e la sua famiglia con molteplici bisogni socio-sanitari e l'attivazione di percorsi formativi multidisciplinari con risposte personalizzate, finalizzati alla completa aderenza e mantenimento della dieta priva di glutine. Parallela formazione per ristoratori ed operatori per diffusione conoscenza fenomeno celiachia, per favorire collegamento ambiti socio-sanitari.

METODOLOGIA E LIVELLI DI INTERPRETAZIONE:

La celiachia è la più frequente intolleranza alimentare a livello globale, con una prevalenza media di circa 1% (adulti e bambini), di cui 2/3 donne. In Emilia-Romagna (2012) i celiaci diagnosticati sono:12.082. Periodo di rilevazione della ricerca: 2 anni (2012-2014), con l'obiettivo di supportare i celiaci e le loro famiglie nel percorso di modifica da un'alimentazione tradizionale ricca di glutine ad un'alimentazione senza glutine che rappresenta l'unica terapia attualmente possibile. Rilevazione: Medicina narrativa con analisi del contenuto individuazione bisogni Utenti partecipanti: 128 (celiaci e familiari di celiaci). Monitoraggio: Percorsi di educazione alla salute per celiaci (2012-14): 7 Totale incontri: 35 (di cui 5 in cucina con esperta chef; 5 di follow up) Team multiprofessionali: Medici, Dietiste, Sociologi, Esperti di Counseling, Psicologi, Chef. Intervento di educazione sanitaria come promotore di innovazione sociale, con risposte teorico/pratiche immediate su bisogni a 360°.

RISULTATI:

La celiachia è una patologia a forte valenza relazionale, si cura con risposte sociali (integrazione socio-sanitaria) e si presta alla messa in rete. L'azione di intervento è stata altamente innovativa, prendendosi cura del celiaco nell'approccio biopsicosociale, aumentando la conoscenza del fenomeno nel contesto, favorendo l'integrazione con le organizzazioni sociali di tutela celiaci. *Customer satisfaction* dei percorsi formativi: molto elevata (buono-ottimo). Innovazione *Web Society*: attivazione pagina Facebook: "Celiabò. Essere celiaci a Bologna" con ricette, info, Community, esperto risponde.

CONCLUSIONI:

Sono emerse problematiche informative su cibi senza glutine e gestionali rispetto a: contaminazione crociata, ristorazione fuori casa, etichettatura, sintomatologia, patologie correlate, scarsa conoscenza da parte di M.M.G., P.L.S. e insegnanti. Persistenti problematiche psico-relazionali ed emotive: rabbia, frustrazione, senso di colpa genitoriale, diffidenza, etc.

Ricerca di un "mondo celiacentrico" a misura di celiaco. Prospettive future: approfondire modelli d'intervento ad alta integrazione socio- sanitaria e aspetti psico-socio-relazionali del celiaco nelle diverse età correlate alle problematiche (specie di genere).

RIFERIMENTI:

Corposanto, C. (2011) (a cura di), Celiachia, malattia sociale. *Un approccio multidisciplinare alle intolleranze alimentari*, Salute e Società, Angeli, Milano.

Orsi W., (2009), Qualità della vita e innovazione sociale. Un'alleanza per uscire dalla crisi, Angeli, Milano.

Accompagnare al cambiamento (2012) *Il counselling motivazionale breve come strumento operativo per la promozione di sani stili di vita*, Ministero della Salute, Azienda Usl di Bologna Dip. Sanità Pubblica.

Orsi W., Welfare e innovazione sociale: i cittadini imprenditori della qualità della vita", in Servizi Sociali Oggi, N° 5, 2010, pp. 55- 58.

Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia (2012), Ministero della Salute.

Abstract n. 7

TITOLO ABSTRACT: Un profilo delle donatrici di sangue da cordone ombelicale

AUTORE PRINCIPALE: Filomena Spasiano, filomenaspasiano@gmail.com, cell: 3201128596

ENTE DI APPARTENENZA: Freelance Sociologist

OBIETTIVO:

L'obiettivo principale del presente abstract è quello di mostrare le principali caratteristiche che contraddistinguono le donatrici di sangue da cordone ombelicale della città di Napoli. Il profilo delle donatrici è stato ottenuto tramite una ricerca empirica, in cui è stato anche determinato il livello di informazione inerente la pratica della donazione di sangue cordonale delle madri con figli di età inferiore ad un anno.

METODOLOGIA E LIVELLI DI INTERPRETAZIONE:

È stata condotta un'indagine campionaria sulle madri che nei mesi da giugno 2011 a marzo 2012 effettuavano vaccinazioni ai propri figli – di età inferiore a 12 mesi – presso i centri vaccinali della ASL “Napoli 1 Centro”. Il disegno di campionamento adottato è stato di tipo non probabilistico, nello specifico è stato scelto un “campionamento per quote” (Fabbris, 1989). Le informazioni sono state rilevate con un questionario strutturato, creato ad hoc. I dati raccolti sono stati analizzati applicando un metodo di segmentazione binaria; un'analisi statistica multivariata che consente di partizionare ricorsivamente un insieme di unità statistiche in gruppi sempre più piccoli e sempre più omogenei rispetto alla distribuzione della variabile dipendente (risposta) (Fabbris, 1997). L'algoritmo utilizzato per descrivere la dipendenza della variabile risposta (donazione del sangue cordonale) da un set di variabili esplicative (predittori) è stato il CART (Classification and Regression Tree) (Breiman et al., 1984). Il theoretical framework, in cui si innesta l'indagine condotta, fa riferimento alla tradizione di studio della Sociologia della Medicina (Parsons, 1981) riconosciuta poi nella dimensione olistica di Sociologia della Salute (Cipolla, 2004) sino a giungere ad una nuova visione del connubio tra sociologia e salute/malattia dando vita alla Sociologia Sanitaria (Ardigò, 1997).

RISULTATI:

Sono stati somministrati 200 questionari alle madri/utenti dei centri vaccinali della ASL “Napoli 1 centro”. Le madri intervistate sono donne con un'età media di 30 anni, il cui titolo di studio prevalente risulta essere il diploma e meno della metà di esse (45,7%) dichiara di svolgere un lavoro. Il 76,5% delle intervistate non ha frequentato un corso pre-parto, mentre, circa i 2/3 delle madri (64,5%) ha ricevuto specifiche informazioni circa la possibilità di raccolta del sangue da cordone ombelicale. Le informazioni ricevute dalle utenti sono state diffuse prevalentemente dai consultori, dal ginecologo curante, dall'ospedale e dai mass media. L'analisi di segmentazione ha fatto emergere come “donatrice” una donna occupata, con un'età compresa tra i 22 ed i 34 anni in possesso di un alto titolo di studio. Diversamente, le donne che non hanno donato il proprio sangue cordonale posseggono un titolo di studio medio basso, hanno un'età compresa tra i 16 ed i 21 anni oppure superiore ai 35 anni, tutte senza nessun tipo di occupazione.

CONCLUSIONI:

I risultati dell'indagine empirica ci rivelano una donatrice con “spiccata” dotazione di capitale sociale e culturale. A nostro giudizio, è proprio lo status socio-economico elevato che ha determinato la raccolta di sangue cordonale, in quanto favorisce lo sviluppo di comportamenti universalistici orientati alla società nel suo insieme.

RIFERIMENTI:

Ardigò A., (1997). Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria, Franco Angeli, Roma.
Breiman L., Friedman J., Olshen R., Stone C., (1984). Classification and Regression Tress, Wadsworth Inc., Belmont, California.
Parsons T., (1981). Il Sistema sociale, Edizioni di Comunità, Roma. Cipolla C., (2004). Manuale di sociologia della salute. Volume I, Franco Angeli, Milano. Fabbris L., (1989). L'indagine campionaria. Metodi, disegni e tecniche di campionamento. NIS, Roma. Fabbris L., (1997). Statistica multivariata – Analisi esplorativa dei dati, McGraw-Hill Italia, Milano. Mauss M., (2002). Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche, Einaudi, Torino.

Abstract n. 8

TITOLO ABSTRACT: Soli Mai!

AUTORE PRINCIPALE: Maria Grazia De Vivo, devmary@virgilio.it, cell: 3395793457

Ente di appartenenza: Volontaria progettista presso il Comune di Sarno (SA)

OBIETTIVI:

Aiutare a prevenire, eventuali calamità naturali, utilizzando condotte civili e rispettose per il benessere sociale. Valorizzazione delle reti sociali e di mutuo aiuto. Recupero della fiducia sia negli individui e sia nelle istituzioni, per evitare il senso di abbandono. Promuovere l'uso delle risorse proprie e della società per ridurre i rischi di emarginazione.

METODOLOGIA E LIVELLI DI INTERPRETAZIONE:

In letteratura la scienza che si occupa di calamità naturali si chiama disastrologia e consta in due filone: un filone psicologico sui sistemi psichici, dall'affettivo al cognitivo, ed un filone sociologico sul comportamento degli organismi preposti a fronteggiare l'emergenza, durante le operazioni di soccorso. L'idea centrale è che un disastro implica sempre una discontinuità del contesto sociale. Sono d'obbligo due considerazioni: 1) concentrarsi sulle condizioni sociali che rendono possibile un contenimento delle conseguenze di un agente e, quindi, valutare come una società può prepararsi al meglio per affrontare potenziali casi di disastro. 2) l'analisi sociologica, ritiene il disastro un'interazione di diversi fattori che interrompe il flusso ordinario della collettività e guarda ad esso come un laboratorio ideale per testare le capacità di un sistema sociale e studiare i suoi processi sociali. In "tempo di pace", a livello di integrazione sociosanitaria (modello AGIL: Parsons) diventa importante sviluppare capacità di integrazione, di cooperazione, di coordinamento e di collaborazione, sono abilità necessarie sia agli enti, istituzioni, agenzie e sia alla popolazione, per sviluppare politiche e servizi che non lascino soli le vittime.

RISULTATI:

previsione; prevenzione; allertamento, preallarme, allarme, gestione dell'emergenza; ripristino della normalità; diminuzione di ansia e stress correlati; miglioramento della qualità

CONCLUSIONI:

In Italia, quindi, le calamità naturali non possono cessare e bisogna passare da un'ottica del soccorso ad un'ottica della prevenzione, i servizi sociosanitari giocano un ruolo nuovo e su più livelli, dove la Protezione Civile ed altre organizzazioni esterne svolgerebbero il compito di affiancamento alle forze locali.

RIFERIMENTI:

Bissolo G.- Fazzi L., Costruire piani per l'integrazione sociosanitaria, Carocci Faber, Roma, 2009

Siza R., Le professioni del sociologo, Franco Angeli, 2006; [http://www.treccani.it/enciclopedia/disastri_\(Enciclopedia-delle-scienze-sociali\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/disastri_(Enciclopedia-delle-scienze-sociali)/)

V CONVEGNO NAZIONALE SISS

**LE SFIDE DELLA SANITÀ ITALIANA TRA CRISI
STRUTTURALI E *SOCIAL INNOVATION***

Roma 29 maggio 2014

**Sessione 3: Benessere e disagio sociale: l'attività
redistributiva dei servizi di welfare**

Coordinatori: *Prof. Sebastiano Porcu*
dott. Rocco Di Santo

V CONVEGNO NAZIONALE SISS

**LE SFIDE DELLA SANITÀ ITALIANA TRA CRISI
STRUTTURALI E *SOCIAL INNOVATION***

Roma 29 maggio 2014

**Sessione 3: Benessere e disagio sociale: l'attività
redistributiva dei servizi di welfare**

Coordinatori: *Prof. Sebastiano Porcu*
dott. Rocco Di Santo