

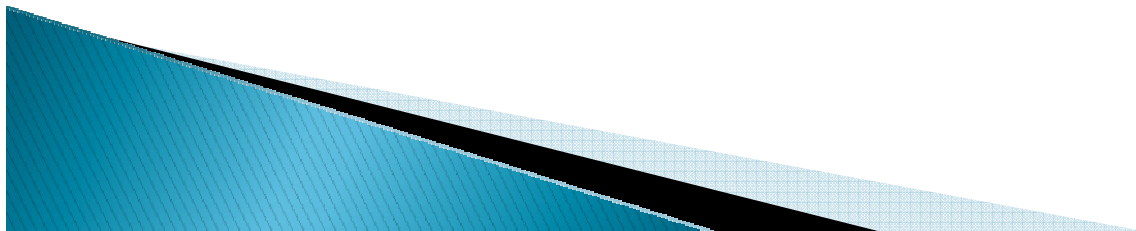
Salute e società: per una comunità competente

Convegno *“Il dolore e la sofferenza”*
Cà di Lugo, 2-4 ottobre 2008

Maria Augusta Nicoli
Area Accreditamento e Qualità
Cittadini, comunità e servizio
sanitario regionale

Cosa c'entra "la testata mondiale di Zidane"?

- ▶ Il potere delle domande

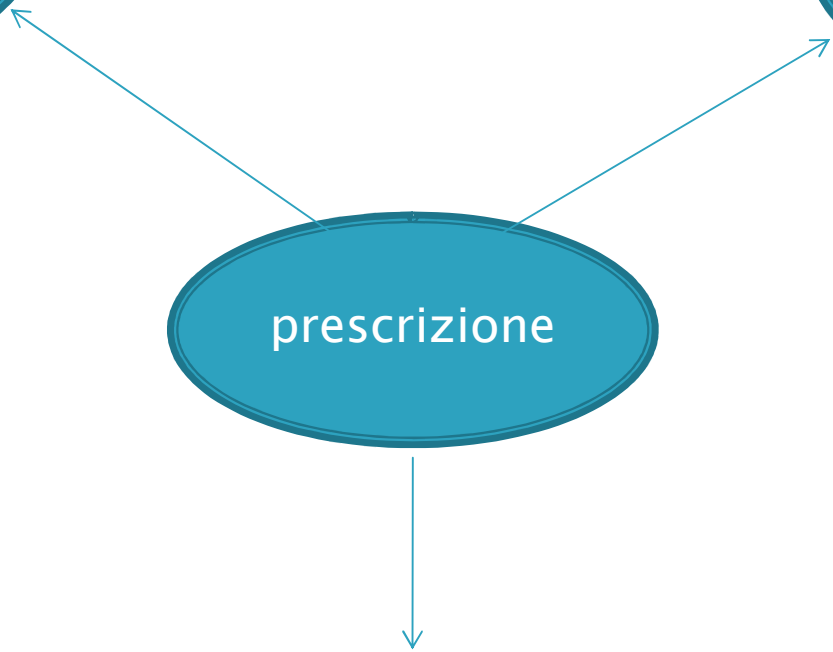


Professionisti/
organizzaione

Pazienti/
familiari

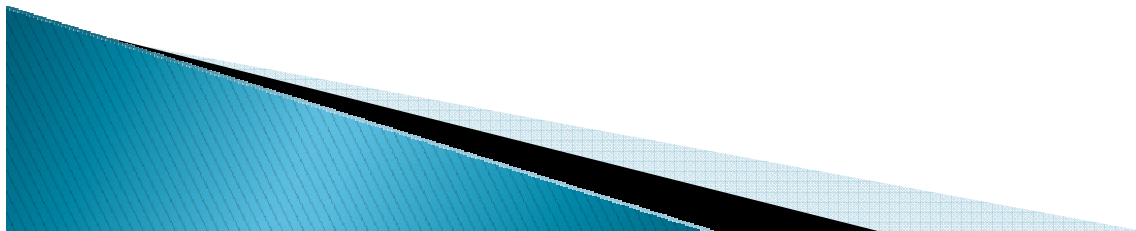
prescrizione

comunità



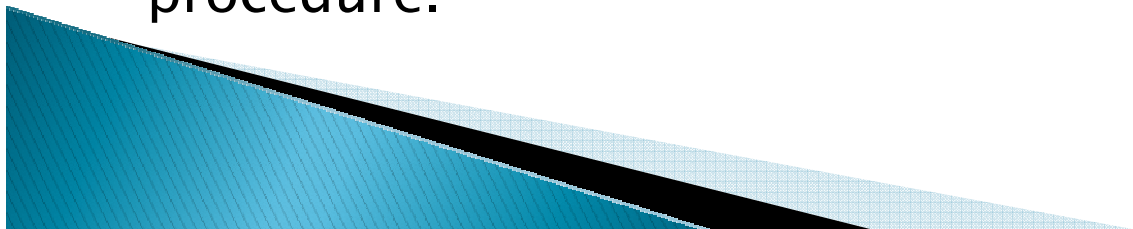
Utilizzare le dissonanze

- ▶ Per cercare nella zona d'ombra dell'organizzazione



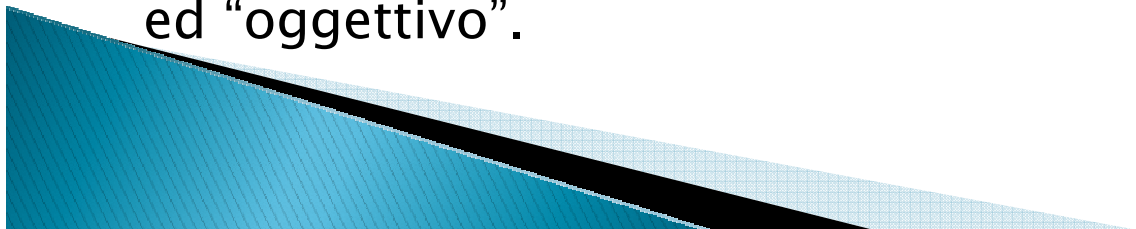
Fenomeni di interesse delle scienze sociali

- a fronte della vasta e variegata produzione di linee guida, del perfezionamento delle procedure [come standardizzazione], si registrano costantemente dei comportamenti che disattendono le indicazioni prospettate;
- a fronte delle soluzioni organizzative che rafforzano integrazioni inter professionali di stesse unità operative, tra le filiere di percorso assistenziale in senso orizzontale e i rapporti in senso verticale, gli attori organizzativi riportano che stentano a rilevarle e riconoscerle;
- a fronte di comportamenti che disattendono le regole e le procedure preposte per un appropriato accesso alle strutture , pochi effetti sortiscono le scelte di incrementare gli ostacoli e le barriere per contenere chi disattende tali regole e procedure.

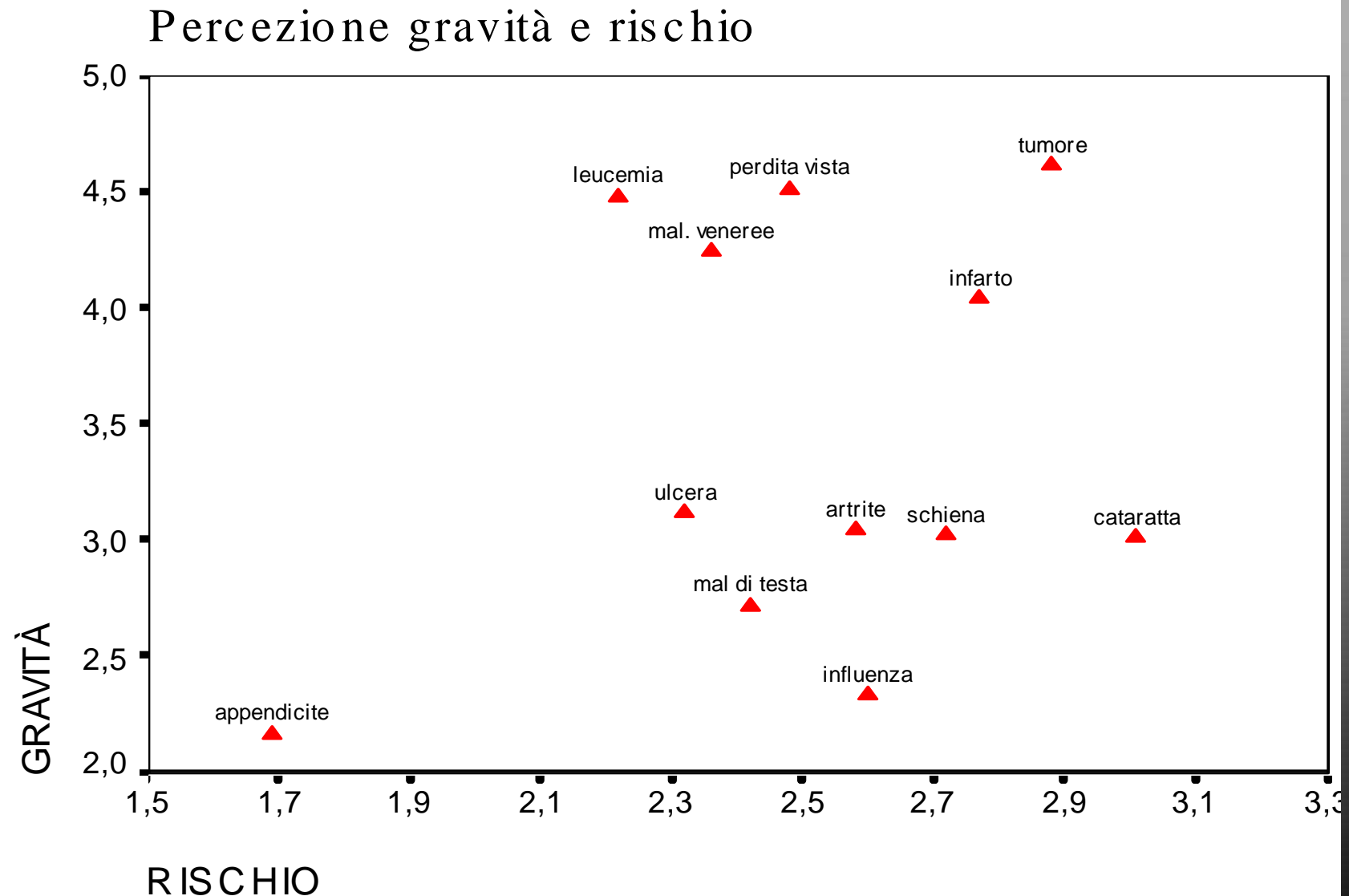


Come tali fenomeni vengono affrontati

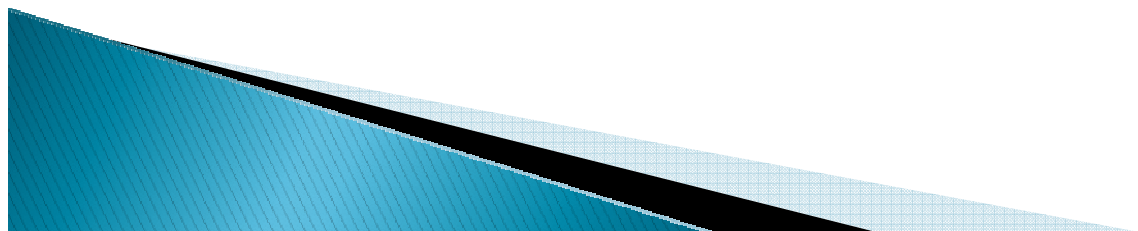
- la logica utilizzata esclude sistematicamente il punto di vista dei soggetti che popolano tale contesto in quanto è ritenuta una variabile di disturbo; così facendo si sollecitano soluzioni che finiscono per diventare esse stesse il problema in quanto avulse dai contesti “reali” su cui dovrebbero agire;
- non vengono generalmente considerate come teorie di riferimento le scienze sociali e pertanto non vengono colti e sono sottovalutati i processi di costruzione sociale che sono alla base degli stessi fenomeni osservati;
- le domande che vengono poste risentono di paradigmi di tipo positivista e conseguentemente la ricerca è tesa all'individuazione di causalità lineari quando i contesti e i fenomeni sono rappresentati da un pullulare di attori, di livelli diversi ed interrelati, che non rientrano in un quadro ordinato ed “oggettivo”.



Percezione di gravità e rischio

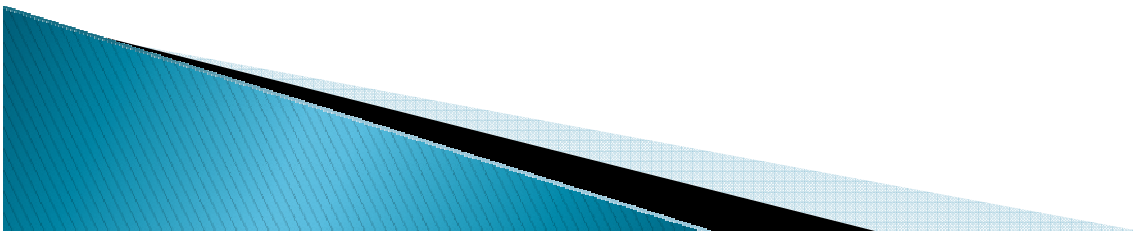


Una miscellanea del
“nuovo” che avanza



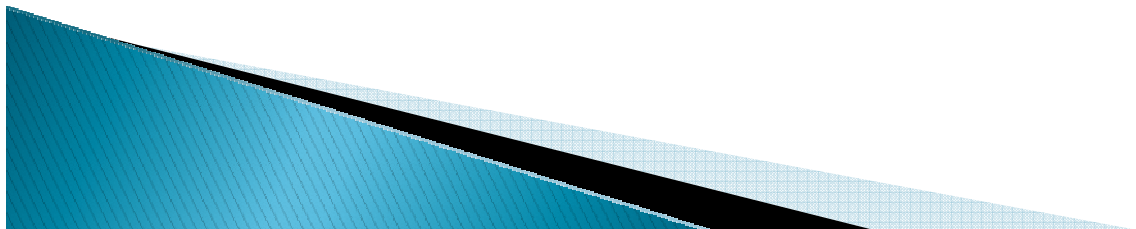
L'insidia della domanda

- ▶ la domanda che il paziente rivolge al sistema sanitario presenta un “*alone semantico*” molto più articolato di quanto non risulti ad una lettura esclusivamente clinico-sintomatologica: ad es. la necessità di ridurre il dolore



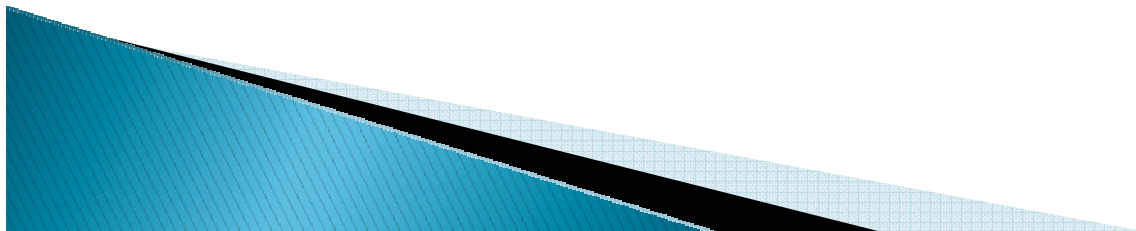
Chi pone la domanda

- ▶ marginalmente viene posta l'attenzione a quella componente della domanda determinata dalle caratteristiche socio-psicologiche del cittadino e dal contesto culturale e relazionale in cui tale domanda viene formulata



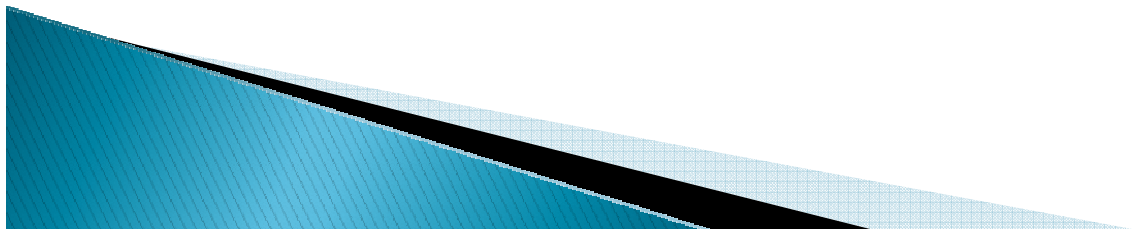
La questione si complica

- ▶ Salute e malattia come espressione della relazione tra la persona e il suo contesto di riferimento
- ▶ Come ormai viene da più parti sottolineato l'oggetto sociale di cui trattiamo non riguarda unicamente il singolo, in quanto tale.



Non ce la possiamo fare da soli

- ▶ Si auspica una presa in carico non solo professionale ma anche comunitaria (Vecchiato, 1998) proprio per l'impatto che inevitabilmente il benessere o il malessere dell'individuo ha sul suo contesto di riferimento

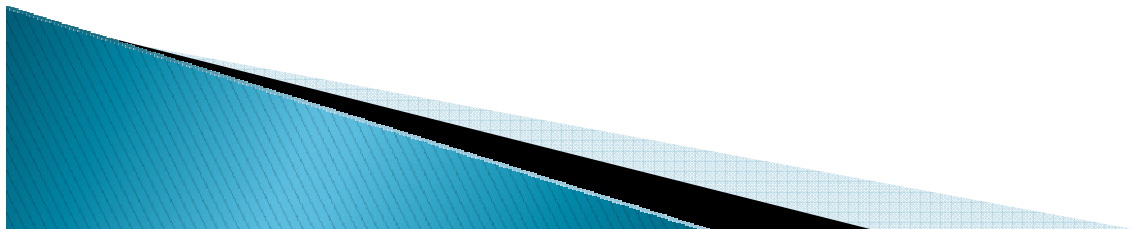


I confini si fanno sempre più incerti

- ▶ quanto della domanda che il cittadino rivolge al sistema sanitario è percepita dallo stesso cittadino specificatamente come bisogno che può o deve in parte trovare risposta sanitaria (ad esempio si veda la conclusione dell'articolo di Domenighetti e Maggi, 2001, dove viene posta la questione rispetto a malati cronici: quanto può o dovrebbe intervenire il Sistema sanitario con cure palliative venendo meno al principio di appropriatezza ed efficacia)

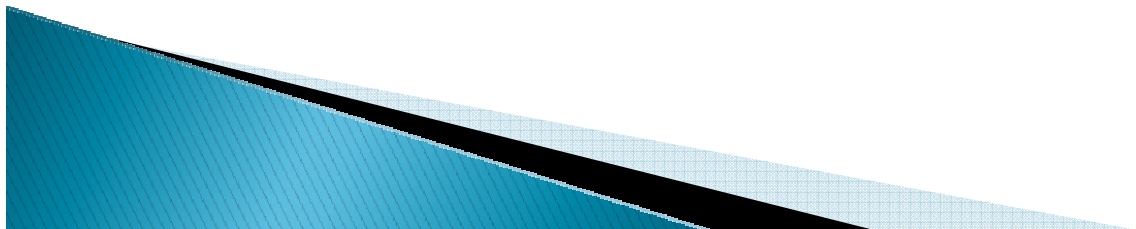
L'ambiguità di una difesa “tecnica”

- ▶ quanto il bisogno di “pertinenza” del sistema sanitario genera domande su altri aspetti della vita del cittadino e della sua rete informale, in che termini dovrebbero trovare comunque una risposta, che se disattesa può essere imputata ad una inefficienza del sistema sanitario (ad esempio la gestione della solitudine nel caso di malattie croniche a lungo termine dove il paziente finisce per rimanere “solo”)



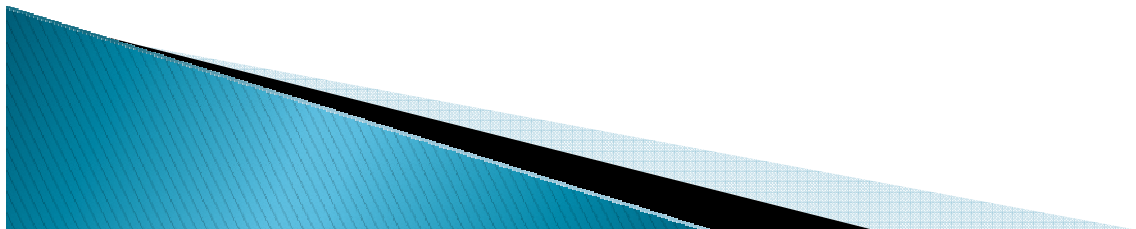
Fare i conti con le risorse del cittadino...

- ▶ quanto il cittadino è in grado di promuovere sistemi informali di sostegno, di attivare processi di empowerment individuale



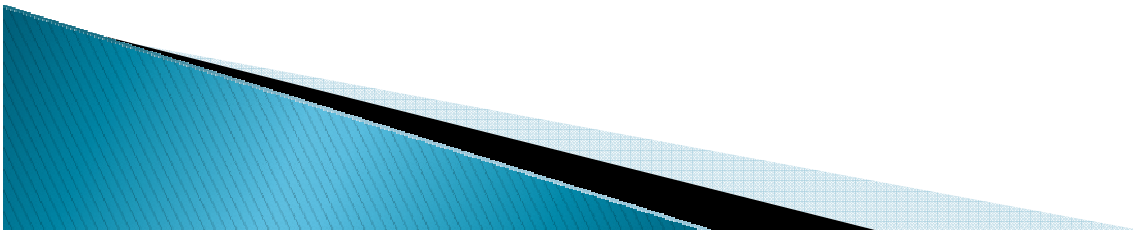
.....E con la comunità

- ▶ quanto le comunità locali sono in grado di far fronte alle ricadute che la domanda di salute e di malattia hanno sull'individuo e sul suo contesto, attivando al proprio interno processi di empowerment sociale



Principio guida

- ▶ Sviluppiamo strategie eco sostenibili
- ▶ Ovvero attenzione all'effetto "*beatyfull*" (anche i contesti vanno considerati e rispettati)



(Fonte: Hurvitz, 1974 citato in Noventa, Novi, Oliva, 1990)

Approccio “empowering”	Approccio professionistico tradizionale
Chi ha il problema è una persona, portatrice di risorse	Chi ha il problema è una paziente o un utente
Si enfatizzano le risorse, la salute, il sentirsi bene e la competenza	Si enfatizzano la malattia, la mancanza e l’inadeguatezza
L’enfasi è sulla fiducia, la volontà e l’autocontrollo	L’enfasi è sull’eziologia e sull’insight
Si enfatizzano sentimenti e affetti concreti e immediati	Si enfatizzano conoscenze, principi sottostanti, teoria e struttura
Tendenza all’estemporaneità	Tendenza alla procedura standardizzata
Il cambiamento è dell’individuo in un contesto	Il cambiamento è individuale
Si costruiscono strategie basate sulla storia dei singoli e la loro appartenenza a un contesto/comunità	L’appartenenza alla comunità non conta

