

Revista

Saúde em Redes

v. 5, Supl. 1 (2019)

ISSN 2446-4813



**LABORATÓRIO ITALO-BRASILEIRO
DE FORMAÇÃO, PESQUISA E
PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA**

Annali / Anais

Workshop Internacional

**Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute
Collettiva**

**Laboratório Italo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde
Coletiva**

Bolonha, 2017, 2018, 2019

REVISTA SAÚDE EM REDES

Coordenador Nacional da Rede UNIDA: Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Alexandre Ramos de Souza Florêncio – Organização Panamericana da Saúde, Nicarágua;

Àngel MartínezHernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;

Erica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;

Juleimar Soares Coelho de Amorim - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Brasil;

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra;

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;

Mariana Bertol Leal – Ministério da Saúde, Brasil;

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil;

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil;

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil;

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres
Gabriel Calazans Baptista

Projeto Gráfico, Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Editora Rede UNIDA

Arte da Capa

Editora Rede UNIDA

ISSN: 2446-4813

Copyright @2020 BY Associação Brasileira da Rede UNIDA

Revista

Saúde em Redes

v. 5, Supl. 1 (2019)

ISSN 2446-4813



Annali / Anais

Workshop Internacional

**Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute
Collettiva**

**Laboratório Italo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde
Coletiva**

Bolonha, 2017, 2018, 2019

A cura di / Organização:

Alcindo Antônio Ferla, Maria Augusta Nicoli, Mirian Ribeiro Conceição,
Vanessa Vivoli, Brigida Lilia Marta, Francesco Sintoni,
Gabriel Calazans Baptista, Ardigò Martino,
Ricardo Burg Ceccim.

INDICE:

	Pág.
Editorial / Editoriale (Alcindo Antônio Ferla)	9
1 Um laboratório como rizoma: saberes e fazeres em saúde em conexões italo-brasileiras / Un laboratorio come il rizoma: conoscenza della salute e del fare in connessioni italo-brasiliane (Alcindo Antônio Ferla, Maria Augusta Nicoli, Mirian Ribeiro Conceição, Vanessa Vivoli, Brigida Lilia Marta, Francesco Sintoni, Gabriel Calazans Baptista, Ardigò Martino, Ricardo Burg Ceccim)	12
2 Annali / Anais. VIII Workshop Internacional: Tessendo reti e aspirazioni: Di quali utopie abbiamo bisogno per sostenere i nostri sistemi sanitari pubblici e universali? / Tecendo redes e aspirações: De quais utopias necessitamos para sustentar nossos sistemas públicos e universais?	23
2.1 O Programa / Il Programa	24
2.2 “Le Piazze”: metodologie per innovare servizi e istituzioni - tecnologie lievi e sofisticate nell’ambito dell’assistenza territoriale (Brigida L Marta, Matteo Lei, Gabriella Gallo, Margherita Dall’Olio, Maurizio Rosi e Michele Falavigna)	41
2.2.1 Spazi di confronto e riflessione: ‘infrastrutture’ per le organizzazioni moderne (Brigida L Marta, Matteo Lei, Gabriella Gallo, Marie Françoise Delatour, Margherita Dall’Olio, Maurizio Rosi, Michele Falavigna)	43
2.2.2 Apprendimento/ Deuteroapprendimento: nuove prassi in alleanza Università, Servizi e Comunità (Fabrizia Paltrinieri, Gabriel Calazans Baptista, Rossana Pippa, Irene e Svetla Erokhina, Ivo Quaranta, Cinzia Migani, Paola Atzei e Giorgio Dessa)	48
2.2.3 La Creatività come valore organizzativo (Mirian Ribeiro Conceição, Silvia Zoli, Maria Grazia Polastri, Silvia Mambelli, Chiara Neviani, Fausto Trevisani, Maria Luisa Moro)	51
2.3 Integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde como estratégia para o fortalecimento do Sistema de Saúde brasileiro (GONDIM, Fátima Sonally Sousa, OLIVEIRA, Wanessa Tenório Gonçalves Holanda, SOUSA, Mariana Nogueira de Resende, CHAVES, Ana Claudia Cardoso, SOUZA, Priscilla Cardoso, BESSA, Raylayne Ferreira)	59
2.4 As práticas corporais como práticas de saúde e cuidado no contexto da atenção básica (Yara M Carvalho)	61
2.5 Linha de cuidado integral e cuidados intermediários: ressignificando dispositivos para uma grande saúde (Daniely Quintão Fagundes, Túlio Batista Franco)	63
2.6 Hospitais comunitários, os cuidados intermediários e a atenção básica (Túlio Batista Franco, Mirian Ribeiro Conceição, Maria Augusta Nicoli, Ardigò Martino, Ivo Quaranta)	66
2.7 Narrativas-densas como ferramenta de pesquisa sobre o cuidado em saúde (Janainny Magalhães Fernandes, Letícia Stanczyk, Vinicius Santos Sanches, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Alcindo Antônio Ferla)	69
2.8 Autoavaliação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Brasil (Alline Lam Orué, Albert Schiaveto de Souza, Alcindo Antônio Ferla, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Mara Lisiane de Moraes dos Santos)	71
2.9 Cuidados intermediários em perspectiva (Ana Lúcia Abrahão)	74

2.10	Acesso aos serviços de saúde das populações indígenas: análise sobre a contribuição do Programa Mais Médicos no Estado Amazonas, Brasil (Bahiyeh Ahmadpour, Fabiana Mânica Martins, Julio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla)	76
2.11	A saúde nos territórios das águas: um estudo sobre a gestão e o cuidado em unidades fluviais na Amazônia (Fabiana Mânica Martins, Bahiyeh Ahmadpour, Katia Helena Serafina Cruz Schweickardt, Júlio César Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla)	79
2.12	Saúde integral da gestante na atenção básica: potencialidades no processo do cuidado (Fabiana Mânica Martins, Andrew Pedrosa Pereira da Silva, Luciana Barros de Lima Matuchewski, Bahiyeh Ahmadpour, Júlio Cesar Schweickardt, Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt)	82
2.13	Educação: Aprendendo a enfrentar os desafios do envelhecer (Kerolyn Ramos Garcia, Suzana Schwerz Funghetto, Eliana Fortes Gris, Aline Gomes de Oliveira, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski)	85
2.14	Arteterapia com puérperas albergadas na maternidade da rede pública de saúde no Amazonas: um relato de experiência (Bahiyeh Ahmadpour, Gabriel Sarkis Benacon, Edna Vitória Bevilaqua Barros, Fabiana Manica Martins, Luciana Barros de Lima Matuchewski, Gracimar Fecury)	88
2.15	Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) no Brasil e os cuidados intermediários (Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Túlio Batista Franco, Rodrigo Alves Torres Oliveira, Ana Lúcia Abrahão)	91
2.16	A cooperação internacional como campo de reinvenção - os cuidados intermediários no debate entre Brasil e Itália (Mírian Ribeiro Conceição, Túlio Batista Franco, Maria Augusta Nicoli, Ardigò Martino, Ivo Quaranta)	94
2.17	Projeto de implantação da unidade de cuidados prolongados da rede de atenção à saúde no município de Niterói (Maria Célia Vasconcellos, Ramón Lorenzo Farell Sanchez, Miriam Rangel Barquette, André Luiz Tavares Seghetto, Ana Carina Gamboa da Silva, Diana Mary Araújo de Melo Flach, Gerbson dos Santos Lopes, Luciana de Barros Silva, Luciana dos Reis Campos, Madrilâne de Carvalho Costa, Marcia Claudia Ribeiro Dias, Otávio Caldeira Barreto, Ana Lúcia Abrahão, Rodrigo Alves Torres Oliveira, Túlio Batista Franco, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça)	97
2.18	Promuovere l'empowerment delle persone emarginate: la ricerca emancipatória (Francesca Ortali)	100
2.19	Atenção à saúde materno-infantil na Tríplice Fronteira Amazônica (Júlio César Schweickardt, Milene da Silva Moraes das Neves, Camila Soares Teixeira, Rodrigo Tobias Souza Lima)	102
2.20	Cooperação internacional em pesquisas sobre participação social e políticas públicas (Gabriel Calazans Baptista, Frederico Viana Machado, Alcindo Antônio Ferla)	105
2.21	Tecnologias sociais: barco escola promove saúde e cidadania em comunidades ribeirinhas da Amazônia Ocidental (Maria Eliza de Aguiar e Silva, Eloá de Aguiar Gazola, Ivan Machado Martins, Maricélia Messias Cantanhêde dos Santos, Viviane Castro de Araújo, Suzana Schwerz Funghetto)	107
2.22	Rede Internacional de Estudos em Gerontologia e Sistemas de Cuidados no Envelhecimento: da teoria à prática (Margô Gomes de Oliveira Karnikowski, Suzana Schwerz Funghetto, Mauro Karnikowski, Alcindo Antônio Ferla)	108
2.23	O processo de envelhecimento, sua relação com as tecnologias em saúde e as cidades inteligentes (Regiane Relva Romano, Paulo Roberto Freitas de Carvalho, Fabiano Prado Marques, Suzana Schwerz Funghetto)	111

2.24	Estratégias de combate à dengue e outras doenças tropicais através da educação em saúde no processo de envelhecimento (Cleyde Ferreira Barreto Valotto, Júlio César Coelho do Nascimento)	121
2.25	La “Formazione Situata” e il “Service Learning”: alleanza tra sistema dei servizi regionali ed università per apprendere il lavoro in equipe (Ricardo Burg Ceccim, Maria Augusta Nicoli)	122
2.26	Álbum fotográfico	135
3	Annali / Anais. VII Workshop Internazionale: “Il Laboratorio Italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione: reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare” / “O Laboratório Italo-brasileiro como prática de diálogo e cooperação: redes internacionais para a qualificação dos sistemas e serviços de saúde e de bem-estar”	137
3.1	Il programma / O programa	138
3.2	Il Laboratorio Italo-Brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione: reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare	148
3.3	La “fiera degli strumenti”: metodologie per la qualificazione dei servizi e delle organizzazioni sanitarie e sociali	150
3.3.1	Il silente (Unione dei Comuni del Distretto Ceramico)	153
3.1.3.2	Ri-narrare le storie (Unione dei Comuni della Bassa Reggiana)	154
3.3.3	Esercizio di Osservazione Etnografica (Azienda USL di Modena – Casa della Salute di Castelfranco)	155
3.3.4	Tombola dei Talenti (Unione Terre di Castelli)	156
3.3.5	Scambioteca (Comacchio)	157
3.3.6	Le mappe di cui abbiamo bisogno (Servizio Sociale dell’Unione dei Comuni Cesena – Valle Savio)	158
3.3.7	Dialogo a due (Ferrara)	159
3.3.8	Dare voce (Unione delle Terre d’Argine)	160
3.3.9	IDEA (CEFAL)	161
3.4	Em busca de dispositivos sócio-organizativos para a qualificação dos serviços sanitários e sociais: uma contribuição reflexiva sobre a experiência observada (Ricardo Burg Ceccim)	162
3.5	Álbum fotográfico	169
4	Annali / Anais. VI Workshop Internazionale: “Pratiche Innovative per l’Assistenza Primaria: Esperienze Internazionali a Confronto per la Salute e il Benessere della Comunità” / “Práticas Inovadoras para a Atenção Primária: Experiências Internacionais Comparadas para a Saúde e o Bem-estar das Comunidades”	171
4.1	Il programma / O programa	172
4.2	Il Laboratorio Italo-brasiliano e lo spirito che anima la cooperazione (Maria Augusta Nicoli, Francesco Sintoni, Brigida Lilia Marta e Alcindo Antonio Ferla)	179
4.3	Esperienze multi-locali a confronto: metodologie di lavoro in rete (Ardigò Martino)	180

4.4	Le piazze dell'esperienza: la voce dei territori (Maria Augusta Nicoli, Vanessa Vivoli, Fabrizia Paltrinieri)	183
4.5	I temi de le piazze dell'esperienza (Francesco Sintoni e Brigida Lilia Marta)	185
4.5.1	Sfide attuali della partecipazione sociale in salute a Porto Alegre (Frederico Viana Machado, Gabriel Calazans Baptista e Alcindo Antônio Ferla)	190
4.5.2	La comunità che cura: una ricerca azione parte per promuovere salute nella zona di Pescarola (Marianna Parisotto, Martina Riccio, Valerua Gentilini, Marianna Bettinzoli, Nadia Maranini, Chiara Bondini, Francesca Cacciatore, Anna Cinnameo, Ilaria Camplone e Angelo Lorusso)	191
4.5.3	Una comunità che cura: terapia comunitaria integrativa sistemica – spazio di ascolto, di parola, di condivisione e creazione di legami (Don Massimo Ruggiano, Maura Fabbri, Giovanna Esena, Gian Paolo Perrella)	192
4.5.4	La Tana di Grogh: da quale esigenza siamo partiti? (Comune di Torrile)	193
4.5.5	Colletivo “Le Marie del Colle”: per l’empowerment e il benessere della donna (Vieira, MS; Stefanello, KP; Martini, D; Alves, PFO)	194
4.5.6	Portomaggiore: la psichiatria nella rete della comunità (G Rossi, F Bonsi, R Garbini, G Marmugi, G. Targa, P Carozza)	195
4.5.7	Accoglienza alla salute: presa incarico del cittadino dal primo momento in cui afferisce alla Casa della Salute (Bertilia Mazzanti, Micaela Pandini e Salvatore Strano)	196
4.5.8	Gestione integrata dei percorsi di assistenza primaria: l’esperienza di Castelfranco Emilia – Modena (Antonella Dallari, Massimo Francinelli, Emanuela Malagoli, Nadia Marchesini, Elena Zini)	197
4.5.9	Progettazione partecipata delle Case della Salute: l’esperienza di Reno, Lavino e Samoggia Bolonha (Fabia Franchi, Di Toro Mammarella Massimiliano e Fabio Michelinì)	198
4.5.10	Il PUA: costruito su i bisogni della persona (Mario Stagliano, Antonella Drosi, Gisella Barbaro e Franceschina Sorace)	199
4.5.11	Casa della Salute Chiaravalle Centrale: forum dei cittadini (Giorla Giorgio Portavoce, Tino Giovanna Segretario e Giotta Angela)	200
4.5.12	Unità Basiche di Salute e equipe di assistenza primaria (Mirian Ribeiro Conceição e Túlio Batista Franco)	201
4.5.13	Tessiture di supporto alla gestione del SUS: il rafforzamento della gestione statale nell’Assistenza Primaria del Rio Grande do Sul (Ricardo Heinzelmann, Károl Veiga Cabral, Sandra Maria Salles Fagundes, Alexandre Amorim e Liane Beatriz Righi)	202
4.5.14	Palestre della Salute a Esteio (Ana Paula Macedo, Diogo Domingos, Gilson Abreu de Menezes e Tiago Sperb Machado)	203
4.5.15	Rivoluzione co-peer-nicana: per una scuola que promuove salute (Angelo Lorusso e Frederica Castellazzi)	204
4.5.16	I gruppi per uditori di voci (Erminia Tumini e Valentina Bignami)	205
4.5.17	Casa Martino: progetto di turismo sociale (Cooperativa Sociale Onlus)	206
4.5.18	Fareassieme per migliorare la qualità della vita (Marco Pizzairani e Venturini Sonia)	207
4.5.19	Come costruire un sistema integrato d’interventi rivolti alle nuove vulnerabilità urbane (Federica Marchesi, Raffaella Campalastri)	208

4.5.20	Un servizio per tossicodipendenti: di riduzione del danno a bassa sogli d'accesso (Federica Marchesi, Raffaella Campalastri)	209
4.5.21	Accordi di comunità: dal progetto al processo (Comune di Parma, Forum Solidarietà, Consorzio di Solidarietà Sociale)	210
4.5.22	Teleconsulenza in assistenza primaria in Brasile (Paula Ferraz Coelho, Remo Teixeira Coelho, Thiago Augusto Santos Saragiotto e Cleo Borges)	211
4.5.23	Progetto Home Care Premium (Teresa Barbeiro, Franco Caccia e Maurizio Rocca)	212
4.5.24	UNIVERSSI: Università verso il servizio sanitario italiano (Università de Bologna)	213
4.5.25	La rappresentazioni/l'immaginario degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica: indagine sulle esperienze di tirocionio nei servizi di cure primarie/unità sanitarie. Confronto tra Brasile e Italia (R. Pesci, D. Cenerelli, O Valentini, S. Benini, S Scalorbi, ERM Duarte e K Weingaertner del Mauro)	214
4.5.26	Lezioni aperte: per una valorizzazione dei saperi esperenziali (Silvia Vesco, Salah Mohammadi, Vincenza Pellegrino)	215
4.5.27	L'influenza della Salute Collettiva sui corsi di laurea e la relazione tra Università e Servizi Sanitari (Carla Fabiane Wojciekowski, Cristian Fabiano Guimarães, Leandro da Fonte Feix, João Fernando Trois, Lutiane de Lara, Gabriela Baptista, Cristiane Berto Felipe e Bruna Vieira Dorneles)	216
4.5.28	Integrazione Sociosanitaria nei servizi territoriali: maneggiare con cura (C Cerbi, CS Cicero, E Perezoli, O Valentini)	217
4.5.29	Educazione Permanente e supporto istitucionale nel SUS: coproduzione e cogestione di progetti di formzione-intervento nei processi de lavoro in equipe di una Unità Basica di Salute – UBS (Marinel Mór Dall'Agnol, Liane Beatriz Righi, Ricardo Heinzemann, Marcos Antônio de Oliveira Lobato, Laura Ferreira Cortes e Fábio Melo)	218
4.5.30	Quali altri sguardi? Pratiche di formazione-intervento a partire dall'uso dei dati sanitari (Ligia Tlajja Leipnitz)	219
4.5.31	Radio Nikosia: mutiny sulla nave dei folli (Mártin Correa-Urquiza)	220
4.5.32	L'Arte e il DSM (C. Cossu, I. Donegani, G. Evangelisti, A. Gargiulo, D. Guidi, C. Lenzi, C. Pietrobattista, A. Sangalli, C. Trotta, L. Vecchietti)	221
4.5.33	Cultura e comunicazione per la salute mentale (M.F. Delatour, I. Donegani, D. Guidi, C. Lasagni, A. Martino, C. Pietrobattista, A. Serra, F. Tolomelli)	222
4.5.34	Salute mentale nell'assistenza primaria: umanizzazione e cura in rete (Simone Maineri Paulon, Magda Dimenstein)	223
4.6	Chi sono gli autori e i mobilizzatori delle piazze?	224
4.7	Álbum fotográfico	225
5	Alla ricerca di dispositivi socio organizzativi per qualificazione dei servizi sanitari e sociali: un contributo riflessivo sull'esperienza osservata (Ricardo Burg Ceccim)	227

Editorial / Editoriale

A Saúde em Redes apresenta, no Suplemento I de 2019, uma iniciativa que tem mobilizado professores, estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores e trabalhadores dos sistemas sócio-sanitário no Brasil e na Itália, particularmente na Região da Emilia-Romagna há quase dez anos. As atividades do Laboratório Italo-brasileiro de Formação, Pesquisas e Práticas em Saúde Coletiva iniciaram-se pela participação de docentes e trabalhadores dos sistemas sanitários de países da América Latina em um curso de mestrado em gestão de saúde oferecido pela Universidade de Bologna na sede de Buenos Aires. Logo em seguida, parte da formação do mestrado foi realizada no Brasil, considerando as experiências desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS) e as interfaces entre a formação profissional e o trabalho. Além das aproximações entre universidades brasileiras e o trabalho no interior dos serviços do SUS, interessava muito explorar as práticas de educação permanente em saúde, considerando as diversidades brasileira e italiana.

O campo temático da cooperação, que se faz a partir das necessidades e ofertas dos participantes e das instituições apoiadoras, é a interface entre o trabalho e a educação na saúde, considerando que esse campo temático abre um potencial importante para a construção de modelagens tecnoassistenciais voltadas para a qualificação da atenção e a afirmação do trabalho em saúde como dispositivo fundamental para o cuidado. Nesse processo, a Rede Unida foi alcançando centralidade na organização da cooperação no Brasil, não por uma representação institucional, mas como rede de pertencimentos e o grau de inovação da produção nesse campo. São diversas as universidades brasileiras que geram os vínculos dos participantes e, também, diversas as organizações do SUS de onde se vinculam os participantes brasileiros, assim como os italianos. Na Itália, diversas universidades, com destaque

La rivista "Saúde em Redes" presenta, nel Supplemento I del 2019, un'iniziativa che da quasi dieci anni mobilita professori, studenti universitari e laureati, ricercatori e operatori del sistema socio-sanitario in Brasile e in Italia, in particolare nella Regione Emilia-Romagna. L'attività del Laboratorio italo-brasiliano per la formazione, la ricerca e la pratica della salute collettiva è iniziata con la partecipazione di docenti e operatori dei sistemi sanitari dei Paesi latinoamericani ad un master in gestione della salute offerto dall'Università di Bologna presso la sua sede di Buenos Aires. Poco dopo, parte del master si è svolta in Brasile, considerando le esperienze sviluppate nel Sistema sanitario unificato (SUS) e le interfacce tra formazione professionale e lavoro. Oltre agli approcci tra le università brasiliane e il lavoro all'interno dei servizi SUS, è stato molto interessante esplorare le pratiche di educazione permanente in materia di salute, considerando le diversità brasiliane e italiane.

Il campo tematico della cooperazione, che si basa sulle esigenze e sulle offerte dei partecipanti e delle istituzioni di supporto, è l'interfaccia tra il lavoro e l'educazione sanitaria, considerando che questo campo tematico apre un importante potenziale per la costruzione di una modellazione tecnoassistenziale finalizzata alla qualificazione dell'assistenza e all'affermazione del lavoro sanitario come strumento fondamentale per la cura. In questo processo, la Rede Unida ha raggiunto la centralità nell'organizzazione della cooperazione in Brasile, non attraverso la rappresentanza istituzionale, ma come rete di appartenenza e il grado di innovazione della produzione in questo campo. Ci sono diverse università brasiliane che generano i legami dei partecipanti e anche diverse organizzazioni SUS da cui sono collegati i partecipanti brasiliani, così come gli italiani. In Italia, diversi atenei, in particolare l'Università di Bologna e di Parma, e

para as Universidade de Bolonha e Parma, e uma centralidade grande da Região da Emilia Romagna. Desde 2014, as atividades do Laboratório acontecem regularmente a cada ano, em fevereiro organizadas em Bolonha e no segundo semestre de cada ano no Brasil, a cargo de alguma das instituições participantes.

O Suplemento que é disponibilizado para a consulta e leitura, materializa um esforço grande de produção de uma cooperação em ato, com capacidade de resistir e produzir avanços em termos de políticas públicas, sobretudo na área social e de saúde, e na formação de profissionais. As experiências comparadas (“em confronto”, dizem os italianos, para lembrar que as diferenças ensinam e transformam) formam os marcos de um caminho que foi percorrido com intensidade, com tensões e com muita aprendizagem. Sobretudo, permitem o reconhecimento da participação de muitos atores de uma produção científica, na academia e nos serviços, que pretende fortalecer sistemas universais de saúde e os direitos de homens e mulheres, em suas singularidades, além de processos civilizatórios democráticos e inclusivos para as sociedades.

As atividades do Laboratório Italo-brasileiro encontram pontos comuns na história política e sanitária dos dois países, como a compreensão social da saúde e do adoecimento, como a capacidade de análise crítica da contribuição que os serviços e sistemas alocam efetivamente à produção de saúde das pessoas e coletividades, como as relações entre o andar a vida e o andar no mundo como condições de liberdade e democracia. Também encontram os desafios que essas histórias identificam ao entrar em contato com as condições contemporâneas de vida, de produção de saúde, de vulnerabilização e adoecimento. Por isso, a publicação tem ainda mais relevância.

Os conteúdos são publicados no idioma que foram produzidos, algumas vezes com tradução, preservando as ideias dos autores e indicando um desafio importante à comunicação científica: desnaturalizar os idiomas e desmistificar a relação entre idioma e comunicação. O esforço da

uma grande centralità della Regione Emilia Romagna. Dal 2014 le attività del Laboratorio si svolgono regolarmente ogni anno, nel mese di febbraio organizzato a Bologna e nel secondo semestre di ogni anno in Brasile, da una delle istituzioni partecipanti.

Il Suplemento che viene messo a disposizione per la consultazione e la lettura, materializza un grande sforzo per produrre una cooperazione in azione, con la capacità di resistere e produrre progressi in termini di politiche pubbliche, soprattutto in ambito sociale e sanitario, e nella formazione dei professionisti. Le esperienze comparative (“nel confronto”, dicono gli italiani, per ricordare che le differenze insegnano e trasformano) costituiscono le pietre miliari di un percorso che è stato percorso con intensità, con tensione e con molto apprendimento. Soprattutto, permettono il riconoscimento della partecipazione di molti attori di una produzione scientifica, nel mondo accademico e nei servizi, che intende rafforzare i sistemi sanitari universali e i diritti degli uomini e delle donne, nelle loro singolarità, oltre ai processi di civilizzazione democratica e inclusiva delle società.

Le attività del Laboratorio italo-brasiliano trovano punti in comune nella storia politica e sanitaria di entrambi i Paesi, come la comprensione sociale della salute e della malattia, come la capacità di analisi critica del contributo che i servizi e i sistemi effettivamente destinano alla produzione di salute delle persone e delle collettività, come i rapporti tra il camminare la vita e il camminare il mondo come condizioni di libertà e democrazia. Essi incontrano anche le sfide che queste storie identificano quando entrano in contatto con le condizioni di vita contemporanee, la produzione di salute, la vulnerabilità e la malattia. Pertanto, la pubblicazione ha ancora più rilevanza.

I contenuti sono pubblicati nella lingua che è stata prodotta, a volte con la traduzione, preservando le idee degli autori e indicando una sfida importante alla comunicazione scientifica: denaturalizzare i linguaggi e demistificare il rapporto tra linguaggio e comunicazione. Lo

compreensão, aqui, também é o esforço de compreender o lugar da fala e da experiência do outro, ou seja, de deslocar-se das referências naturalizadas para a compreensão do que os contextos dizem. Assim, encontra-se uma genuína produção científica, onde o método não substitui a compreensão do contexto, mas propõe a radicalidade dessa compreensão, que é o exercício permanente de alteridade. Uma contribuição também à episteme do nosso tempo, portanto.

Boa leitura a todos e todas e muita inspiração, energia e alegria para seguir caminhando!

sforzo di comprendere le idee qui è anche lo sforzo di comprendere il luogo del discorso e l'esperienza dell'altro, cioè di passare da riferimenti naturalizzati alla comprensione di ciò che dicono i contesti. Si trova così una vera e propria produzione scientifica, dove il metodo non sostituisce la comprensione del contesto, ma propone la radicalità di tale comprensione, che è l'esercizio permanente dell'alterità. Un contributo anche all'epistema del nostro tempo, quindi.

Buona lettura a tutti e tanta ispirazione, energia e gioia per continuare a camminare!

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla,
Editor-Chefe.

Um laboratório como rizoma: saberes e fazeres em saúde em conexões italo-brasileiras

Un laboratorio come il rizoma: conoscenza della salute e del fare in connessioni italo-brasiliane

Alcindo Antônio Ferla¹, Maria Augusta Nicoli², Mirian Ribeiro Conceição³,
Vanessa Vivoli⁴, Brigida Lilia Marta⁵, Francesco Sintoni⁶,
Gabriel Calazans Baptista⁷, Ardigò Martino⁸,
Ricardo Burg Ceccim⁹.

Introdução:

A cooperação internacional é frequentemente apresentada como área de conhecimentos e algumas abordagens metodológicas medem fluxos e relações de poder para classificá-las em tipologias que as descrevem e geram modelos de análise. Torna-se, assim, parte de uma institucionalidade onde os saberes e as práticas das relações internacionais são predominantes e a elas se subordinam. Deixam-se atravessar por interesses que fixam as fronteiras dos países e atribuem valores hierárquicos aos cidadãos, segundo sua inserção nos sistemas produtivos de cada país e na hierarquia dos países. A diplomacia, como a arte e a ciência da governança internacional, traça os caminhos da cooperação, como da guerra, num estatuto de governança global onde as pessoas, suas culturas e seus saberes, com muita frequência, são tornados invisíveis, dada a escala do olhar que rege

Introduzione:

La cooperazione internazionale è spesso presentata come un'area di conoscenza in cui alcuni approcci metodologici misurano i flussi e le relazioni di potere per classificarli in tipologie che li descrivono e generano modelli di analisi. Diventa così parte di un'istituzionalità dove la conoscenza e le pratiche delle relazioni internazionali sono predominanti e ad esse subordinate. Si lasciano attraversare da interessi che fissano i confini dei paesi e assegnano valori gerarchici ai cittadini, secondo il loro inserimento nei sistemi produttivi di ogni paese e nella gerarchia dei paesi. La diplomazia, come l'arte e la scienza della governance internazionale, traccia le vie della cooperazione, come le guerre, in uno stato di governance globale in cui le persone, le loro culture e le loro conoscenze sono molto spesso rese invisibili, data l'ampiezza dello sguardo

¹ Médico, professor dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPa) e Saúde da Família (UFSM). Líder do Grupo de Pesquisas do CNPq Rede Interstício.

² Médica, responsável pela área de inovação da Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna.

³ Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva-UFF/UFRJ/UERJ/ENSP. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ.

⁴ Pesquisadora social da Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna.

⁵ Dirigente medico di Igiene e Sanit Pubblica presso AUSL Bologna, dottoranda presso Medical Anthropology Reserch Centre, URV.

⁶ Dirigente medico di Igiene e Sanit Pubblica presso AUSL Romagna.

⁷ Psicólogo, mestre em saúde coletiva (UFRGS), doutorando em Psicologia (UFPa).

⁸ Médico, Especialista em Medicina Preventiva, Doutor em Medicina. Integra o Conselho Científico do Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bologna-Itália. Professor Visitante Estrangeiro da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

⁹ Professor titular da UFRGS, professor permanente no Programa de Pós-Graduação em Educação (UFRGS). Líder do Grupo de Pesquisas do CNPq EducaSaúde.

as relações internacionais. Diversos países, milhares de pessoas e toda uma miríade de culturas e saberes ficam subsumidos nas agendas da cooperação internacionalⁱ.

Nessa publicação e na experiência que lhe dá origem essa abordagem não tem êxito. E não há, absolutamente, nenhuma divergência com o conhecimento acumulado no campo das relações internacionais como motivação central para essa reflexão. A inviabilidade aqui é, antes, metodológica. Ao invés de fluxos geográficos e hemisféricos (Norte-Sul, Sul-Sul), teremos aqui fluxos movidos pela solidariedade, pelo trabalho colaborativo e por um conceito de globalidade onde as pessoas (as *gentes*, nos dizia Paulo Freire) são centraisⁱⁱ. Os fluxos da cooperação, nessa modalidade de experiências, têm múltiplas direções e se movem a todo tempo. Não há um padrão fixo de direção.

O que há de *fixo* é um compromisso ético com a vida e com a saúde das pessoas e das coletividades. Também um compromisso político de buscar formas de defender as diversidades do viver de cada pessoa ou grupo, com o que os sistemas sociais e sanitários podem dar de respostas construtivas, assim como o sistema educacional que forma os trabalhadores que atuam no seu interior. O compromisso político também se refere aos modos de reconhecer e incluir as diversidades da vida e de combater as adversidades as quais pessoas ou grupos são submetidos em cada tempo e espaço e que produzem vulnerabilidades e, até mesmo, a inviabilidade de suas existências. Dessas dimensões ética e política, também nos articula de forma permanente o compromisso estético, ou seja, de articular formas de fazer e saber para os campos da saúde e da educação que possam incluir sempre, sempre mais e que possam afirmar as diversidades dos modos de existir das pessoas, no limite de um arco de flexibilidade que fala de democracia, de liberdade, de defesa dos direitos de todos e todas. Tudo o mais não é fixo, é fluxo! É aprendizagem que transforma, é transformação que fortalece o vínculo, é vínculo que produz abertura para outras conexões. Aqui interessa mais a dimensão micropolíticaⁱⁱⁱ do trabalho de cooperação, o que se faz em ato e que, refletido, se torna tecnologia para renovar a cooperação e os modos de fazê-la.

che governa le relazioni internazionali. Nelle agende della cooperazione internazionaleⁱ diversi Paesi, migliaia di persone e un'intera miriade di culture e conoscenze sono sussunti, non visti nella loro particolarità, quindi resi invisibili. In questa pubblicazione e nell'esperienza che ne deriva, questo approccio non è efficace. Al centro della riflessione non vi è assolutamente la divergenza con le conoscenze accumulate nel campo delle relazioni internazionali. Il focus è piuttosto di tipo metodologico. Invece di flussi geografici ed emisferici (nord-sud, sud-sud), abbiamo qui flussi mossi dalla solidarietà, dal lavoro collaborativo e da un concetto di globalità dove le persone (il popolo, ci ha detto Paulo Freire) sono centraliⁱⁱ. I flussi di cooperazione, in questa modalità di esperienze, hanno molteplici direzioni e si muovono continuamente. Non c'è uno schema di direzione fisso.

Ciò che è fisso è un impegno etico per la vita e per la salute delle persone e delle collettività. È anche un impegno politico a cercare modi per difendere le diversità della vita di ogni persona o gruppo, con cui i sistemi sociali e sanitari possono dare risposte costruttive, così come il sistema educativo che forma i lavoratori che lavorano al loro interno. L'impegno politico si riferisce anche ai modi di riconoscere e includere le diversità della vita e di combattere le avversità a cui le persone o i gruppi sono sottoposti in ogni tempo e spazio e che producono vulnerabilità e persino l'impossibilità della loro esistenza. Da queste dimensioni etiche e politiche, si articola in modo permanente anche l'impegno estetico, cioè quello di declinare modi di fare e di conoscere per i campi della salute e dell'educazione che possano includere sempre di più e che possano affermare le diversità dei modi di esistere delle persone, in un arco di flessibilità che parla di democrazia, di libertà, di difesa dei diritti di tutti e di tutte. Il resto non è fisso, è un flusso! È l'apprendimento che trasforma, è la trasformazione che rafforza il legame, è il legame che produce l'apertura ad altre connessioni. Qui è più interessante la dimensione micropoliticaⁱⁱⁱ del lavoro di cooperazione, ciò che si fa in azione e che, riflesso, diventa la tecnologia per rinnovare la cooperazione e i modi per farlo.

Il Brasile e l'Italia hanno storie diverse in relazione alla maturità delle loro democrazie, alla fase di attuazione delle loro politiche di welfare sociale, al

Brasil e Itália têm histórias diversas em relação à maturidade de suas democracias, ao estágio de implantação das suas políticas de bem-estar social, à consolidação da autonomia de suas universidades e do seu compromisso com o desenvolvimento da sociedade, aos indicadores de saúde e desenvolvimento social Mas têm também conexões fortes, sobretudo no pensamento sobre a saúde e nos valores que orientaram as últimas reformas dos sistemas de serviços de saúde. A cooperação Brasil e Itália na saúde é antiga. Mas há nela a potência do saber acumulado em si que, como na tradição das comunidades tradicionais brasileiras, é o dispositivo para renovar os percursos. Não se trata de uma ossatura sólida e de mobilidade reduzida; se trata aqui, ao contrário, da inteligência que pode ampliar significativamente a complexidade do pensamento e da ação. Como na composição do “coletivo” da saúde^{iv}, onde a indeterminação atua como potência de movimento, pela densidade inespecífica e processual, sendo contribuição insubstituível nos percursos compartilhados entre o Brasil e a Itália na construção epistemológica das reformas sanitária e social.

As conexões que apresentaremos aqui nasceram num espaço intersticial entre as áreas de saúde e educação. *Interstício* aqui tem a função de dizer de um processo que não é superficial, que está adentrado no corpo e que o constitui. No corpo dos atores que participam da cooperação e no corpo que a constitui, como *corpo caloso* (imagem de Augusta Nicoli), que conecta os hemisférios cerebrais. Também no sentido de um espaço entre dois pontos, com alto grau de indeterminação e, portanto, impregnado de potência de produção. Produção de ideias, de metodologias e tecnologias para desencadear mudanças nos sistemas de saúde e no modo como o trabalho se organiza no seu interior. E de articular o saber ao fazer. *Interstício* também é esse espaço “entre” a saúde e a educação, que precisa ser cruzado o tempo todo. Quando falamos do mundo do conhecimento, nos referimos à **Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício)**^v, que se filia a ideia de que o conhecimento é móvel, ocupa o cotidiano do trabalho e deve estar comprometido com as vidas do cotidiano. O Grupo de Pesquisas foi uma iniciativa de colocar a cooperação, essa mesma, viva e profícua, também no campo dos saberes

consolidamento dell'autonomia delle loro università e al loro impegno per lo sviluppo della società, della salute e degli indicatori di sviluppo sociale... Ma hanno anche forti connessioni, soprattutto nel pensare alla salute e ai valori che hanno guidato le ultime riforme dei sistemi sanitari. La cooperazione tra Brasile e Italia in materia di salute è antica. Ma c'è in essa il potere del sapere accumulato che, come nella tradizione delle comunità tradizionali brasiliane, è il dispositivo per rinnovare i percorsi. Non si tratta di ossa solide e mobilità ridotta; al contrario, si tratta di intelligenza che può espandere significativamente la complessità del pensiero e dell'azione. Come nella composizione del "collettivo" della salute^{iv}, dove l'indeterminazione funge da forza di movimento, per la densità non specifica e procedurale, essendo un contributo insostituibile nei percorsi condivisi tra Brasile e Italia nella costruzione epistemologica delle riforme sanitarie e sociali.

Le connessioni che qui presentiamo sono nate in uno spazio interstiziale tra i settori della salute e dell'educazione. "Interstiziale" ha qui la funzione di raccontare un processo che non è superficiale, che è dentro il corpo e che lo costituisce. Nel corpo degli attori che partecipano alla cooperazione e nel corpo che la costituisce, come un corpo caloso (immagine di Augusta Nicoli), che collega gli emisferi cerebrali. Anche nel senso di uno spazio tra due punti, con un alto grado di indeterminazione e quindi impregnato della potenza di produzione. Produzione di idee, metodologie e tecnologie per innescare cambiamenti nei sistemi sanitari e nel modo in cui il lavoro è organizzato al loro interno. E per articolare la conoscenza nel fare. Interessante è anche quello spazio "tra" salute e istruzione, che deve essere sempre attraversato. Quando parliamo del mondo della conoscenza, ci riferiamo alla **Rete Internazionale di Politiche e Pratiche dell'Educazione e della Salute Collettiva (Rete Intersticio)**^v, che si basa sull'idea che la conoscenza è mobile, occupa il lavoro quotidiano e deve essere impegnata nella vita di tutti i giorni. Il Gruppo di ricerca è stata un'iniziativa per rendere la cooperazione, questa stessa cooperazione, viva e fruttuosa, anche nel campo della conoscenza consolidata. Consolidata, ma in movimento. Conoscenza come produzione in atto, come risultato di relazioni. Una conoscenza

consolidados. Consolidados, mas em movimento. Conhecimento como produção em ato, como resultado das relações. Um conhecimento significativo, que sempre é produzido como efeito de tecnologias leves entre atores e com as questões que mobilizam os processos de investigação no e para o trabalho.

Quando falamos desse trabalho e da cooperação propriamente dita, falamos do **Laboratório Italo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva**. O nome inicia por “laboratório” para dar destaque ao modo de produzir, que é alquímico, mistura componentes do aqui, do lá e do entre. Nossos encontros precisam ser inventados a cada ano, que o que foi feito no ano anterior já não responde mais à vontade de seguir. Assim, fazemos um “outramento” aqui, outro acolá. Como traduzir isso em italiano? Bem, faz tempo que a língua não é o principal ordenador da comunicação! As palavras chegam ao ouvido não em ângulo reto, mas formando desvios. Assim, cada palavra reivindica uma compreensão mais densa, uma tradução pelo contexto onde se originou e foi constituindo significados. Se desloca a compreensão linear, provoca novos pensamentos e abre outros olhares.

Com inspiração em produção de Miguel Orozco e Maria Ibarra^{vi}, aqui usamos o interstício entre as línguas italiana e portuguesa (brasileira) com inspiração no poeta Nicaraguense José Coronel Urtecho^{vii}. A imagem que o poeta faz no livro “Imitações e Traduções” nos é significativa, uma vez que fala de uma comunicação híbrida, de uma aprendizagem que se faz no corpo e que também o produz:

“todos sus poemas han sido sugeridos por algún otro poema de algún otro poeta en alguna de sus innumerables lecturas, y que las traducciones son también parte de su obra, porque al hacerlas, esos poemas de otros poetas se han hecho nuevamente poemas, pero a su manera, o sea, que, al hacerlo a su modo, de cierto modo, ha hecho suyos esos poemas”.

Assim, o interstício da cooperação não é lugar que separa; é lugar que conecta intensamente e forma híbridos. Novos olhares sobre a formação, sobre a produção de conhecimentos e sobre as práticas que

significativa, che si produce sempre per effetto delle tecnologie “lievi” tra gli attori e con le problematiche che mobilitano i processi di ricerca nel e per il lavoro.

Quando parliamo di questo lavoro e della collaborazione stessa, parliamo del **Laboratorio italo-brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in materia di salute collettiva**. Il nome inizia con “laboratorio” per evidenziare il modo di produrre, che è alchemico, mescolando i componenti di qui, di là e “tra”. I nostri incontri devono essere inventati ogni anno, in quanto ciò che è stato fatto l'anno precedente non risponde più nello stesso modo e si perseguono altre modalità. Così, incorporiamo l'altro in noi. Come lo traduciamo in italiano? Beh, è passato molto tempo da quando la lingua è stata la principale artefice della comunicazione! Le parole non arrivano all'orecchio ad angolo retto, ma formano delle deviazioni. Così, ogni parola richiede una comprensione più densa, una traduzione in base al contesto in cui ha avuto origine e costituito i significati. Se sposta la comprensione lineare, provoca nuovi pensieri e apre altri sguardi.

Prendendo spunto dai lavori di Miguel Orozco e Maria Ibarra^{vi}, ispirati a loro volta dal poeta nicaraguense José Coronel Urtecho^{vii}, utilizziamo l'interstizio tra la lingua italiana e quella portoghese (brasileira). L'immagine che il poeta propone nel libro “Imitações e Traduções” è per noi significativa, poiché parla di una comunicazione ibrida, di un apprendimento che si fa nel corpo e che il corpo stesso produce:

“todos sus poemas han sido sugeridos por algún otro poema de algún otro poeta en alguna de sus innumerables lecturas, y que las traducciones son también parte de su obra, porque al hacerlas, esos poemas de otros poetas se han hecho nuevamente poemas, pero a su manera, o sea, que, al hacerlo a su modo, de cierto modo, ha hecho suyos esos poemas”.

Così, l'interstizio della cooperazione non è un luogo che separa, è un luogo che collega intensamente e forma ibridi. Nuove prospettive sulla formazione, sulla produzione di conoscenza e sulle pratiche che circolano nei territori e nelle istituzioni che si occupano di salute e del ciclo

circulam pelos territórios e pelas instituições que se ocupam de fazer saúdes e do ciclo conhecimento/formação. Novos olhares também sobre o campo da Saúde Coletiva, buscando, ora as conexões com a medicina social italiana, com a saúde dos trabalhadores (das mobilizações operárias) e com a psiquiatria democrática italiana, ora deslocando o pensamento pelo espaço “entre” as produções brasileiras e italianas, ora mergulhando radicalmente nos limites da experiência brasileira da Saúde Coletiva. Novos olhares e novos movimentos, alternando os protagonismos e os lugares de fala. Aqui e ali, experiências “em confronto”, no melhor do italiano, para falar de um modo de análise comparada onde se aprende e, como tal, se rasga e se despe a pele anterior, como nos ensinou Paulo Freire. Não há aprendizagem se não houver transformação e a aprendizagem tem potência de emancipação.

Bem, o que está documentado aqui é parte do percurso dessa cooperação, iniciada entre 2009 e 2011, com um curso de mestrado em saúde pública para dirigentes dos sistemas de saúde latino-americanos. Foi uma etapa de abertura. O curso não seguiu, mas o interstício foi espaço de encontro entre trabalhadores dos sistemas social e sanitário e educacional dos dois continentes, que se nucleou em professores, pesquisadores, estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde. Uma grande rede, que se expande sempre, com componentes italianos, brasileiros e sempre com a inclusão outros países. Ítalo-brasileiro, aqui também, é interstício: intervalo abrangente e inclusivo.

Os encontros regulares começaram em 2012, no Brasil e na Itália, nas Universidades italianas e brasileiras que se articulam por meio de pesquisadores e estudantes, da Rede Unida e dos serviços e sistemas locais de saúde. O modo rizoma de fazer a cooperação inclui uma espécie de rede de petição e compromissos, onde temas e iniciativas se conectam pelo interesse e pela necessidade dos participantes. O “confronto” de experiências cria movimentos em todo o “entre” da cooperação. Se tivéssemos que usar uma expressão que nos acompanha na cooperação, ela se faz como educação permanente, pela reflexão densa e corporal sobre os fazeres. Ao final de cada

conoscitivo/formativo. Nuove prospettive anche nel campo della Salute Collettiva, cercando, a volte, collegamenti con la medicina sociale italiana, con la salute dei lavoratori (delle mobilitazioni dei lavoratori) e con la psichiatria democratica italiana, a volte spostando il pensiero attraverso lo spazio "tra" produzioni brasiliane e italiane, a volte tuffandosi radicalmente nei limiti dell'esperienza brasiliana della Salute Collettiva. Nuove prospettive e nuovi movimenti, alternando protagonisti e luoghi del discorso. Qua e là, esperienze che si incontrano per parlano con una modalità di analisi e di ascolto in cui si impara e, così facendo, “si strappa” e “si spoglia la pelle” precedente, come ci ha insegnato Paulo Freire. Non c'è apprendimento se non c'è trasformazione e l'apprendimento ha il potere dell'emancipazione.

Ebbene, quanto qui documentato fa parte del percorso di questa cooperazione, iniziata tra il 2009 e il 2011, con un master in sanità pubblica per dirigenti dei sistemi sanitari latinoamericani. Era una fase di apertura. Il corso non ha avuto seguito, ma l'interstizio è stato un luogo d'incontro per gli operatori del sistema sociale e sanitario ed educativo dei due continenti, rappresentati da insegnanti, ricercatori, studenti e operatori del servizio sanitario. Un grande network, sempre in espansione, con componenti italiane e brasiliane e con il coinvolgimento continuo di altri Paesi. L'italo-brasiliano, anche qui, è interstiziale: intervallo completo e inclusivo.

Gli incontri regolari sono iniziati nel 2012, in Brasile e in Italia, nelle Università italiane e brasiliane che si articolano attraverso ricercatori e studenti, la Rede Unida e i servizi e sistemi sanitari locali. Il modo rizomatico di fare cooperazione comprende una sorta di rete di petizioni e di impegni, dove i temi e le iniziative sono collegati dall'interesse e dalle esigenze dei partecipanti. Il "confronto" delle esperienze crea movimenti attraverso il "tra" della cooperazione. Se dovessimo usare un'espressione che ci accompagna nella cooperazione, lo faremmo come formazione continua, attraverso una riflessione densa e corporea sul fare. Alla fine di ogni incontro, il vettore del trasferimento tecnologico si polverizza e si materializza il rizoma dello scambio.

encontro, se pulveriza o vetor da transferência de tecnologias e se materializa o rizoma da troca.

Desde 2014, o dispositivo dos Encontros Internacionais (workshop, seminários integrados ...) se organiza com regularidade, no inverno italiano e no inverno brasileiro, quando a natureza se prepara para florir. Aqui contamos uma parte dos encontros que aconteceram nos anos de 2017 a 2019, equivalentes à 6ª, 7ª e 8ª edições italianas, na cidade de Bolonha e nos arredores (sim, há percursos intersticiais também na programação dos eventos, com vivências em cenários diversos, com contatos com as diversidades).

O percurso dos encontros

Essa publicação dissemina documentos e manuscritos parcialmente publicados anteriormente e responde a um esforço de ampliar a divulgação das produções realizadas nos encontros do Laboratório Italo-brasiliano. Estão sistematizados aqui os encontros realizados em Bolonha, na Itália, nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Em 2017, no período de 20 a 24 de fevereiro, foi realizado o 6º Seminário Internacional do Laboratório, com o tema “*Práticas inovadoras para a atenção primária em saúde nos centros urbanos: experiências internacionais comparadas*”. No texto de apresentação, o seminário afirmava que o Laboratório Italo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, ocupando-se de pesquisa, formação e cooperação entre serviços e universidades, organiza eventos internacionais entre os dois países. Um é geralmente realizada em setembro no Brasil, em Porto Alegre (Estado do Rio Grande do Sul), com o objetivo de envolver e expandir a rede de cooperação na América do Sul. O outro é geralmente realizado em fevereiro na Itália, em Bolonha (Região Emilia-Romagna), com o objetivo de consolidar e expandir as redes européias. Em ambos os contextos, os encontros internacionais visam facilitar a produção científica e a cooperação a partir das experiências realizadas; acompanhar e avaliar os projetos em curso; planejar atividades de cooperação técnica e científica local e internacional.

Para a edição italiana de 2017, foram reservados espaços para reuniões de cooperação técnica entre a Europa e o Brasil e para o desenho de parcerias

Dal 2014, gli Incontri Internazionali (workshop, seminari integrati...) sono organizzati regolarmente, nell'inverno italiano e in quello brasiliano, quando la natura si prepara a fiorire. Qui riportiamo parte degli incontri che si sono svolti dal 2017 al 2019, corrispondenti alla 6a, 7a e 8a edizione italiana, nella città di Bologna e dintorni (sì, ci sono anche viaggi interstiziali nella programmazione degli eventi, con esperienze in diversi contesti, con contatti con le diversità).

Il percorso degli incontri

Questa pubblicazione riporta documenti e manoscritti parzialmente pubblicati in precedenza e risponde allo sforzo di ampliare la diffusione delle produzioni realizzate durante gli incontri del Laboratorio Italo-Brasiliano. Gli incontri che si sono tenuti a Bologna nel 2017, 2018 e 2019 sono qui sistematizzati.

Nel 2017, dal 20 al 24 febbraio, si è tenuto il 6º Seminario Internazionale del Laboratorio sul tema “*Pratiche innovative per l'assistenza sanitaria di base nei centri urbani: esperienze internazionali a confronto*”. Nel testo di presentazione, è stato affermato che il Laboratorio Italo-Brasiliano per la Formazione, la Ricerca e le Pratiche di Salute Collettiva, occupandosi di ricerca, formazione e cooperazione tra servizi e università, organizza eventi internazionali tra i due Paesi. Uno si tiene solitamente a settembre in Brasile, a Porto Alegre (Stato di Rio Grande do Sul), con l'obiettivo di coinvolgere e ampliare la rete di cooperazione in Sud America. L'altro si svolge solitamente a febbraio in Italia, a Bologna (Regione Emilia-Romagna), con l'obiettivo di consolidare e ampliare le reti europee. In entrambi i contesti, gli incontri internazionali hanno lo scopo di facilitare la produzione e la cooperazione scientifica sulla base delle esperienze fatte; monitorare e valutare i progetti in corso; pianificare attività di cooperazione tecnica e scientifica locale e internazionale.

Per l'edizione italiana del 2017 sono stati riservati spazi per incontri di cooperazione tecnica tra Europa e Brasile e per la progettazione di partnership con altri Paesi e istituzioni del

com outros países e instituições mediterrâneas. Essa edição do Laboratório estimulou o encontro e a comparação de práticas em uma dinâmica de praças, dedicadas à troca de experiências entre os atores envolvidos na assistência e produção de serviços territoriais, aprofundando a reflexão científica sobre os processos iniciados até o momento. Também organizou atividades dedicadas à reflexão sobre a territorialização, como um processo de transformação cultural que envolve usuários, gestores, trabalhadores e comunidades. Finalmente, o Laboratório é um momento de divulgação dos produtos de cooperação e de manutenção das redes de relações.

As “praças de experiências” foi um dispositivo criado para ampliar a interação de práticas, destinado a trabalhadores e atores envolvidos na produção de cuidados e na promoção do bem-estar de indivíduos e comunidades. As atividades de comparação teórico-metodológica realizadas na cooperação nos últimos anos têm envolvido progressivamente os serviços e o território, dando cada vez mais protagonismo aos atores e processos locais iniciados e apoiados por eles. Durante a edição do Workshop em setembro de 2016, em Porto Alegre, foi inaugurada uma atividade de confronto entre pares e horizontal, particularmente frutífera ao destacar estes processos através do confronto direto entre os atores envolvidos. A dinâmica das praças visa aumentar a interação dos agentes participantes, por meio da comparação entre experiências como ferramenta de desnaturalização de práticas. A comparação entre experiências não parte da necessidade de chegar a uma síntese ou de identificar boas práticas universalmente válidas; pelo contrário, visa estimular o surgimento de diferenças como instrumento de análise crítica de práticas produzidas em diferentes tipos de serviços e contextos geográficos. A comparação pretende, portanto, ser um estímulo à auto-reflexividade e à superação dos paradigmas que informam as próprias práticas. Em paralelo às atividades do encontro horizontal, alguns “exploradores” tiveram o objetivo de entrar nas experiências apresentadas, tentando desenhar mapas; reconstruir o fio condutor comum e trazer à tona temas transversais; reconhecer elementos de interesse; apontar possíveis ameaças ou oportunidades, com o objetivo de facilitar a problematização. O trabalho dos exploradores

Mediterrâneo. Questa edizione del Laboratorio ha favorito l'incontro e il confronto di pratiche in una dinamica di “piazze”, dedicata allo scambio di esperienze tra gli attori coinvolti nell'assistenza e nella produzione di servizi territoriali, approfondendo la riflessione scientifica sui processi finora avviati. Ha inoltre organizzato attività dedicate alla riflessione sulla territorializzazione, come processo di trasformazione culturale che coinvolge utenti, manager, lavoratori e comunità. Infine, il Laboratorio è stato un momento di diffusione dei prodotti della cooperazione e di mantenimento delle reti di relazioni.

Le “piazze delle esperienze” sono un dispositivo creato per ampliare l'interazione delle pratiche, rivolto ai lavoratori e agli attori coinvolti nella produzione di cure e nella promozione del benessere degli individui e delle comunità. L'attività di confronto teorico e metodologico svolta in collaborazione negli ultimi anni ha progressivamente coinvolto i servizi e il territorio, dando sempre più protagonismo agli attori e ai processi locali da essi avviati e sostenuti. Durante l'edizione di settembre 2016 del Workshop di Porto Alegre è stata inaugurata un'attività di confronto orizzontale e peer-to-peer, particolarmente proficua per evidenziare questi processi attraverso il confronto diretto tra gli attori coinvolti. La dinamica delle piazze mira ad aumentare l'interazione degli agenti partecipanti, confrontando le esperienze come strumento di denaturalizzazione delle pratiche. Il confronto delle esperienze non parte dall'esigenza di arrivare a una sintesi o di individuare buone pratiche universalmente valide, ma mira al contrario a stimolare l'emergere delle differenze come strumento di analisi critica delle pratiche prodotte in diversi tipi di servizi e contesti geografici. Il confronto vuole quindi essere uno stimolo all'autoriflessività e al superamento dei paradigmi che informano le proprie pratiche. Parallelamente alle attività dell'incontro orizzontale, alcuni “esploratori” hanno avuto l'obiettivo di entrare nelle esperienze presentate, cercando di tracciare delle mappe; ricostruire il filo conduttore e far emergere temi trasversali; riconoscere elementi di interesse; segnalare possibili minacce o opportunità, con l'obiettivo di facilitare la problematizzazione. Il lavoro degli esploratori è servito ad animare momenti di discussione

serviu para animar momentos de discussão temática em círculo, moderados, dos quais serão extraídas sínteses compartilhadas dos caminhos do encontro. A partir destes momentos, foram abertos momentos de discussão livre e guiada. A seção que apresenta o 6º Seminário apresenta mais detalhes das produções do evento.

No ano de 2018, no período de 19 a 23 de fevereiro, foi realizada a 7ª edição do Workshop Internacional, com o tema “***O Laboratório Italo-Brasileiro como prática de diálogo e cooperação. Redes internacionais para a qualificação de sistemas e serviços de saúde e assistência social***”, quando o debate se colocou sobre as práticas e as metodologias da cooperação.

O principal objetivo do 7º Workshop Internacional foi abrir um espaço de comparação com o papel das redes de cooperação internacional como ferramenta de inovação e qualificação dos sistemas e serviços de saúde e bem-estar. Durante a semana foram realizados seminários temáticos, workshops e reuniões técnicas relacionadas com os projetos em curso; visitas aos serviços territoriais e assistenciais da Região Emilia-Romagna; workshops interativos de formação.

O trabalho da semana, coordenado pela Agência de Saúde e Social da Região Emilia-Romagna, contou com a presença de mais de 30 participantes brasileiros, incluindo representantes do Ministério da Saúde (Diretoria do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência e Departamento de Atenção Primária); a Delegação em Brasília da União Europeia, a OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, várias secretarias de saúde, diretorias de saúde e universidades no Brasil. Na edição, foi desenvolvida uma metodologia destinada a ativar caminhos de comparação e experimentação, inovadora tanto na organização dos serviços quanto no desenvolvimento de know-how e ferramentas de gestão para abordar as principais questões críticas dos sistemas públicos de serviços pessoais.

Nesta perspectiva, foram realizadas visitas em experiências italianas no sistema italiano e workshops de formação e capacitação em diversas localidades com participantes brasileiros e italianos, desencadeando iniciativas de colaborações no campo do planejamento participativo local,

tematica in un circolo, moderato, dal quale si sono estratte sintesi condivise dai percorsi dell'incontro. Da questi momenti si sono aperti momenti di discussione libera e guidata. La sezione di presentazione del 6º Seminario presenta maggiori dettagli sulle produzioni della manifestazione.

Nel 2018, dal 19 al 23 febbraio, si è tenuta la 7ª edizione del Laboratorio Internazionale con il tema "***Il Laboratorio Italo-Brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione: Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi di assistenza sanitaria e sociale***", durante il quale il dibattito si è concentrato sulle pratiche e le metodologie di cooperazione.

L'obiettivo principale del 7º Workshop Internazionale è stato quello di aprire uno spazio di confronto con il ruolo delle reti di cooperazione internazionale come strumento di innovazione e qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e assistenziali. Durante la settimana si sono svolti seminari tematici, workshop e incontri tecnici relativi ai progetti in corso, visite ai servizi territoriali e di assistenza della Regione Emilia-Romagna e workshop di formazione interattiva.

I lavori della settimana, coordinati dall'Agencia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna, hanno visto la partecipazione di oltre 30 partecipanti brasiliani, tra cui rappresentanti del Ministero della Salute (Consiglio del Dipartimento Ospedaliero e di Pronto Soccorso e del Dipartimento di Primaria), la Delegazione di Brasilia dell'Unione Europea, PAHO - Pan American Health Organization, diverse segreterie sanitarie, enti sanitari e università del Brasile. In questa edizione è stata sviluppata una metodologia per attivare percorsi di confronto e sperimentazione, innovativi sia nell'organizzazione dei servizi che nello sviluppo di know-how e strumenti di gestione per affrontare le principali criticità dei sistemi di servizio pubblico alla persona.

In questa prospettiva, sono state effettuate visite alle esperienze del sistema italiano e si sono svolti workshop di formazione in diverse località con partecipanti brasiliani e italiani, innescando iniziative di collaborazione nel campo della progettazione partecipata locale, strumenti di

ferramentas de gestão para o trabalho em rede, formação local e tecnologias de ensino à distância.

Desde o ano anterior, havia sido iniciado um estudo aprofundado sobre cuidados intermediários e hospitais comunitários, visando a possibilidade de adaptação e aplicação do modelo regional no contexto dos serviços de atenção primária brasileiros. Esta atividade, promovida pela Agência Social e Sanitária Regional, foi apoiada por uma ação estratégica de colaboração interdepartamental entre o setor de Cuidados Pessoais, Saúde e Bem-Estar e o setor de Cooperação Internacional do governo Regional e buscou contribuir para a implementação/transferência da experiência regional em cuidados intermediários no contexto brasileiro. Na Região, essa intervenção representou uma atividade concreta de intercâmbio no interior dos serviços, num modelo de colaboração permanente e integração operacional entre os dois países, com o objetivo de potenciar soluções inovadoras e boas práticas de saúde a nível internacional e qualificar a oferta regional na área dos cuidados e da formação.

Na edição de 2018 do workshop, foi inventado um dispositivo novo, denominado "feira de ferramentas", que desenvolveu uma dinâmica interativa para experimentar e colocar em prática técnicas e métodos para a qualificação dos serviços. Os participantes foram convidados a se incorporarem em salas temáticas ("palestre"), onde vários exercícios foram desenvolvidos para a experimentação de situações em processos de trabalho que são cada vez mais complexos, incertos e em constante mudança. São, portanto, "ferramentas" (exercícios) que operadores e profissionais podem usar para desenvolver capacidade de reflexão e mapeamento de processos, fortalecer diálogos e interconexões entre serviços e políticas e para identificação de formas de soluções criativas que não são facilmente visíveis. Cada sessão foi acompanhada por um grupo de exploradores que, através de um diário de observação, acompanharam os diferentes instrumentos, buscando mostrar para cada participante a capacidade de estimular a reflexividade, gerar criatividade e fortalecer o trabalho de rede. A feira foi concluída com uma sessão plenária, onde o trabalho dos exploradores

gestione per il networking, formazione locale e tecnologie di formazione a distanza.

Dall'anno precedente è stato avviato uno studio approfondito sulle cure intermedie e sugli ospedali di comunità, con l'obiettivo di adattare e applicare il modello regionale nel contesto dei servizi di assistenza primaria brasiliani. Questa attività, promossa dall'Agencia Regionale Sociale e Sanitaria, è stata sostenuta da un'azione strategica di collaborazione interdepartimentale tra il settore Cura della Persona, Salute e Benessere e il settore Cooperazione Internazionale del Governo Regionale e ha cercato di contribuire all'attuazione/trasferimento dell'esperienza regionale nell'assistenza intermedia nel contesto brasiliano. Nella regione, questo intervento ha rappresentato un'attività concreta di scambio all'interno dei servizi, in un modello di collaborazione permanente e di integrazione operativa tra i due Paesi, con l'obiettivo di valorizzare soluzioni innovative e buone pratiche sanitarie a livello internazionale e di qualificare l'offerta regionale in materia di assistenza e formazione.

Nell'edizione 2018 del workshop è stato inventato un nuovo dispositivo, denominato "fiera degli strumenti", che ha sviluppato una dinamica interattiva per sperimentare e mettere in pratica tecniche e metodi per la qualificazione dei servizi. I partecipanti sono stati invitati ad inserirsi in sale tematiche ("palestre"), dove sono stati sviluppati diversi esercizi per la sperimentazione di situazioni in processi lavorativi sempre più complessi, incerti e in continuo cambiamento. Si tratta quindi di "strumenti" (esercizi) che gli operatori e i professionisti possono utilizzare per sviluppare capacità di riflessione e di mappatura dei processi, per rafforzare il dialogo e le interconnessioni tra servizi e politiche, e per individuare forme di soluzioni creative non facilmente visibili. Ogni sessione è stata accompagnata da un gruppo di esploratori che, attraverso un diario di osservazione, hanno seguito i diversi strumenti, cercando di mostrare ad ogni partecipante la capacità di stimolare la riflessione, generare creatività e rafforzare il networking. La feira si è conclusa con una sessione plenaria, dove sono stati presentati i lavori degli esploratori e sono

foi apresentado e as atividades desenvolvidas durante o dia foram discutidas e avaliadas.

Em 2019, foi realizado o 8º Workshop internacional do Laboratório ítalo-brasileiro, com o tema “*Tecendo redes e aspirações: de quais utopias necessitamos para sustentar nossos sistemas públicos e universais?*”. O evento aconteceu no período de 25 de fevereiro a 2 de março de 2019. Novamente, objetivou facilitar a produção de conhecimento a partir das experiências realizadas, o monitoramento e avaliação dos projetos em andamento, programas e atividades de cooperação técnica e científica local e internacional.

No programa da 8ª edição, buscou-se destacar o estágio de consolidação da cooperação, que foi amadurecendo durante os anos, e dar visibilidade às sinergias criadas, permitindo reforçar o investimento necessário para o desenvolvimento de uma atenção territorial e de criação de estratégias inovadoras para a cooperação e para os fazeres em saúde e educação. O VIII Workshop foi estruturado da seguinte forma: seminários e sessões temáticos/experimentais, dedicados ao Projeto Estratégico “RERSUS - Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil”; sessões experimentais denominadas “praças” (“piazze”) para troca ativa de experiências práticas, de saberes do cotidiano, de “tecnologias leves e sofisticada”; sessões de aprofundamento das temáticas sobre aspectos de interesse comum, como: debate sobre migração, sistema de serviços sociais e de saúde, estratégias para promoção do envelhecimento ativo, as transformações necessárias dos serviços locais e da comunidade dedicados ao apoio das famílias, afetividade e genitorialidade. O percurso foi enriquecido com momentos de supervisão e processos formativos intensivos sobre estratégias e metodologias para transformação organizacional.

Por fim, registramos que o trabalho de coleccionar os diferentes documentos e registros também se constituiu como retorno às sensações e emoções que foram mobilizadas em cada um dos encontros que estão documentados nesta publicação. Um retorno que, entretanto, não volta exatamente ao mesmo lugar. Aqui, reencontrar os registros dos eventos, só renovou energias e o desejo de que a cooperação internacional que fazemos, mais do

state discusse e valutate le attività sviluppate durante la giornata.

Nel 2019 si è tenuto l'8º Workshop Internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano, con il tema “*Tessitura di reti e aspirazioni: di quali utopie abbiamo bisogno per sostenere i nostri sistemi pubblici e universali?*”. L'evento si è svolto dal 25 febbraio al 2 marzo 2019. Anche in questo caso, l'obiettivo è stato quello di facilitare la produzione di conoscenze basate sulle esperienze, il monitoraggio e la valutazione dei progetti in corso, dei programmi e delle attività di cooperazione tecnico-scientifica locale e internazionale.

L'ottava edizione del programma ha voluto sottolineare il consolidamento della cooperazione, maturata negli anni, e dare visibilità alle sinergie create, permettendo di rafforzare gli investimenti necessari per sviluppare l'attenzione al territorio e la creazione di strategie innovative per la cooperazione e per farlo nel campo della salute e dell'educazione. L'VIII Workshop è stato strutturato come segue: seminari e sessioni tematiche/sperimentali dedicate al Progetto Strategico “RERSUS - Intermediate Care: confronto e trasferimento di strumenti di gestione tra Italia e Brasile”; sessioni sperimentali denominate “piazze” per lo scambio attivo di esperienze pratiche, di conoscenze quotidiane, di “tecnologie lievi e sofisticate”; sessioni di approfondimento su aspetti di interesse comune, quali dibattito sulle migrazioni, sul sistema dei servizi sociali e sanitari, sulle strategie per promuovere l'invecchiamento attivo, sulle necessarie trasformazioni dei servizi locali e comunitari dedicati al sostegno alle famiglie, all'affettività e alla genitorialità. Il percorso è stato arricchito da momenti di supervisione e da intensi processi di formazione sulle strategie e metodologie di trasformazione organizzativa.

Infine, notiamo che il lavoro di raccolta dei diversi documenti e registrazioni ha costituito anche un ritorno alle sensazioni e alle emozioni che si sono mobilitate in ciascuno degli incontri che sono documentati in questa pubblicazione. Un ritorno che, tuttavia, non torna esattamente nello stesso posto. Ritrovando i registri degli eventi, emergono energie rinnovate e il desiderio che la cooperazione internazionale che facciamo, più che

que o exercício disciplinar da diplomacia, pode ser invenção e produção de redes de resistência e de invenção criativa de modos de fazer a saúde e a educação. Em tempos sombrios, onde a vida e os direitos das pessoas e coletividades são postos constantemente em risco para a garantia das máquinas da economia e do desenvolvimento econômico do capital, que tolem vidas e sonhos, as experiências compartilhadas e os pensamentos híbridos podem construir itinerários rizomáticos de apoio recíproco e de defesa dos valores que valem a pena ser defendidos pela ciência, pela tecnologia, pela educação e pelo trabalho social e sanitário. A experiência que descrevemos é produtiva para fortalecer o trabalho nos sistemas de bem-estar, para fortalecer o humano na relação entre as políticas públicas e as pessoas e coletividades e para comemorar a vida como condição de liberdade de pensar e engendrar projetos de felicidade. Portanto, em tempos como esses que vivemos, o Laboratório Ítalo-brasileiro também tem a função de máquina de guerra, que disputa com o vigente a vida como valor e as dimensões ética, estética e política dos fazeres nos territórios e nas instituições que compartilham o sentido da democracia, da liberdade, da justiça e da defesa dos direitos de homens e mulheres para viverem criativamente em um mundo preservado e saudável.

Boa leitura e boa inspiração às pessoas de espíritos libertários e abertos à aprendizagem e produção de novos padrões de civilidade e ao compromisso de torná-los possíveis a todos e todas.

Bolonha, novembro de 2019.

l'esercizio disciplinare della diplomazia, possa essere invenzione e produzione di reti di resistenza e invenzione creativa di modi di fare salute e educazione. In tempi oscuri, dove la vita e i diritti delle persone e delle collettività sono costantemente messi a rischio per garantire le macchine dell'economia e lo sviluppo economico del capitale, che fanno pagare il prezzo di vite e sogni, esperienze condivise e pensieri ibridi possono costruire itinerari rizomatici di reciproco sostegno e difesa di valori che vale la pena difendere con la scienza, la tecnologia, l'istruzione e il lavoro sociale e sanitario. L'esperienza che descriviamo è produttiva per rafforzare il lavoro nei sistemi di welfare, per rafforzare l'umano nel rapporto tra politiche pubbliche e persone e collettività e per celebrare la vita come condizione di libertà di pensiero e per generare progetti di felicità. In tempi come questi, quindi, il Laboratorio italo-brasiliano ha anche la funzione di macchina da guerra, che contesta la vita prevalente come valore e la dimensione etica, estetica e politica del fare in territori e istituzioni che condividono il senso della democrazia, della libertà, della giustizia e della difesa dei diritti di uomini e donne a vivere in modo creativo in un mondo preservato e sano.

Una buona lettura e una buona ispirazione per le persone di spirito libertario e aperte all'apprendimento e alla produzione di nuovi standard di civiltà e all'impegno di renderli possibili per tutti e tutte.

Bologna, novembre 2019.

Bibliografia:

- ⁱ BUSS, Paulo; TOBAR, Sebastião. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global**: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- ⁱⁱ KASTRUP, E. ; PESSÔA, Luisa Regina ; LINGER, C. ; MENEGHEL, S. N. ; SCHRAMM, J. M. A. ; FERLA, A.A. ; CECCIM, Ricardo Burg . Cooperação Sul-Sul-Sul: a cooperação estruturante tripartite Brasil-Cuba-Haiti e a participação da Fiocruz. In: Paulo Marchiori Buss; Sebastián Tobar.. (Org.). **Diplomacia em Saúde e Saúde Global**: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, p. 633-651.
- ⁱⁱⁱ MERHY, Emerson Elías. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- ^{iv} GUIMARÃES, Cristian Fabiano. O Coletivo na Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/o-coletivo-na-saude/>.
- ^v No Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/6625240569508295>.
- ^{vi} OROZCO VALLADARES, Miguel Ángel; IBARRA-HERRERA, Marcia Yasmína. La historia se hace caminando: 37 años fortaleciendo la salud pública en Centroamérica, la experiencia del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. En: _____; _____. **Centro de investigaciones y estudios de la salud**: 37 años fortaleciendo la salud pública em Centroamérica. Managua: CIES UNAN; Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. (Serie Salud Colectiva y Cooperación Internacional, nº 7). Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/centro-de-investigaciones-y-estudios-de-la-salud-37-anos-fortaleciendo-la-salud-publica-em-centroamerica/>.
- ^{vii} Coronel Urtecho, José. (1970). **Pol- la d'anánta, katánta, paránta**: imitaciones y traducciones. Leon: Editorial Universitaria de la UNAN.

Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva / Laboratório Italo-brasiliano de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva



Annali / Anais



VIII WORKSHOP INTERNAZIONALE

“Tessendo reti e aspirazioni: di quali utopie abbiamo bisogno per sostenere i nostri sistemi sanitari pubblici e universali?”

“Tecendo redes e aspirações: de quais utopias necessitamos para sustentar nossos sistemas públicos e universais?”

Bolonha, 25 de fevereiro a 02 março 2019

O programa / Il programma



uff
Università
Federale
Friuliana

UNIVERSITÀ
DELLA
VALLE
D'AOSTA
FAPERJ

LABORATORIO ITALO-BRASILIANO
DE FORMAZIONE, RICERCA E
INTERCULTURA SANITARIA

AIFO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
FARMACIA

UNIVERSITÀ
DI PARMA

Regione Emilia-Romagna
servizi sanitari regionali
Sistema di Informazione
Sanitaria

Agencia
sanitaria
e social
regional

8° Workshop internazionale
Laboratorio italo-brasiliano

Tessendo reti e aspirazioni

Di quali utopie abbiamo bisogno per sostenere
i nostri sistemi sanitari pubblici e universali?

25 febbraio-2 marzo 2019



uff
Università
Federale
Friuliana

UNIVERSITÀ
DELLA
VALLE
D'AOSTA
FAPERJ

LABORATORIO ITALO-BRASILIANO
DE FORMAZIONE, RICERCA E
INTERCULTURA SANITARIA

AIFO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
FARMACIA

UNIVERSITÀ
DI PARMA

Regione Emilia-Romagna
servizi sanitari regionali
Sistema di Informazione
Sanitaria

Agencia
sanitaria
e social
regional

8° Workshop internacional
Laboratório italo-brasileiro

Tecendo redes e aspirações

De quais utopias necessitamos
para sustentar nossos sistemas públicos e universais?

25 de fevereiro a 2 de março de 2019

PRESENTAZIONE

Il **Laboratorio italo-brasiliano**, dal 2014 impegnato in attività di ricerca, formazione e cooperazione tra Regione Emilia-Romagna e Brasile, è un dispositivo di cooperazione inter-istituzionale tra università, enti e servizi sanitari e sociali dei due Paesi.

Gli obiettivi della collaborazione sono facilitare la produzione di conoscenze a partire dalle esperienze realizzate, monitorare e valutare i progetti in andamento, programmare le attività di cooperazione tecnica e scientifica locali e internazionali.

L'articolazione del **programma** riflette il consolidamento della cooperazione maturata in questi anni e le sinergie che si sono create, sinergie che permettono di rafforzare l'investimento necessario verso l'assistenza territoriale e le strategie per compiere innovazioni. In particolare, il collegamento con il Piano sociale e sanitario regionale (2017-2019) costituisce la cornice di riferimento entro cui si collocano le diverse attività previste. L'8° Workshop è articolato in:

- seminari e laboratori tematici/esperienziali dedicati al Progetto strategico "RER-SUS - Cure intermedie: confronto e trasferimento di strumenti gestionali tra Italia e Brasile"
- laboratori esperienziali "Le piazze" per lo scambio attivo in situazione di pratiche dedicate alle "tecnologie lievi e sofisticate"
- approfondimenti tematici su aspetti di interesse comune quali il fenomeno migratorio e il sistema dei servizi sanitari e sociali, le strategie per un invecchiamento attivo, le trasformazioni necessarie dei servizi territoriali e di prossimità dedicati al supporto delle famiglie, all'affettività e alla genitorialità

Il percorso è inoltre arricchito da momenti di supervisione e percorsi formativi intensivi su tecniche e metodologie per il cambiamento organizzativo.

APRESENTAÇÃO

O **Laboratório Italo-brasileiro** desde 2014 é comprometido com atividades de pesquisa, formação e cooperação entre a Região Emilia-Romana e o Brasil; é um dispositivo de cooperação interinstitucional entre universidades, entidades e serviços social e de saúde dos dois países.

Os objetivos desta colaboração são facilitar a produção de conhecimento a partir das experiências realizadas, o monitoramento e avaliação dos projetos em andamento, programas e atividades de cooperação técnica e científica local e internacional.

A articulação do **programa** reflete o consolidação da cooperação amadurecida neste anos e as sinergias criadas, permitindo reforçar o investimento necessário para o desenvolvimento de uma atenção territorial e de criação de estratégias que sejam inovadoras. Em particular, o diálogo com o Plano Regional de Saúde e Social (2017-2019), da Região Emilia-Romana, que constitui o quadro de referência no qual se situam as diferentes atividades previstas. O VIII Workshop está estruturado da seguinte forma:

- seminários e laboratórios temáticos/experimentais, dedicados ao Projeto Estratégico "RER-SUS - Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil"
- laboratório experimental denominado "praças" ("piazzas") para troca ativa de experiências práticas de "tecnologia leve e sofisticada"
- aprofundamento das temáticas sobre aspectos de interesse comum, como: debate sobre migração, sistema de serviços sociais e de saúde, estratégias para promoção do envelhecimento ativo, as transformações necessárias dos serviços locais e da comunidade dedicados ao apoio das famílias, afetividade e genitorialidade

O percurso será enriquecido com momentos de supervisão e processos formativos intensivos sobre estratégias e metodologias para transformação organizacional.

PROGRAMMA

lunedì 25 febbraio 2019 - Bologna

Seminario. Tessendo reti e aspirazioni.

Di quali utopie abbiamo bisogno per sostenere i nostri sistemi sanitari pubblici e universali? *

- 11.00** Apertura dell'8° Laboratorio italo-brasiliano - Saluti delle Autorità
TÚLIO BATISTA FRANCO - MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA - MARIA LUISA BOLOGNESI - MARIA CÉLIA VASCONCELLOS - CHIARA VERNIZZI
AUTORITÀ REGIONALI
- 11.30** Sessione - Di quali utopie abbiamo bisogno per sostenere i nostri sistemi sanitari pubblici e universali?
Introduce e modera KYRIAKOULA PETROPULACOS
Utopia e universalità - ROBERTA DE MONTICELLI
Utopia e diversità - RICARDO BURG CECCIM
Utopia e possibilità - VINCENZA PELLEGRINO
- 13.30** *pausa*
- 14.30** Sessione - Cure intermedie / Ospedale di comunità e rafforzamento dell'assistenza territoriale
Introduce e modera ANTONELLA DALLARI
Intervengono LUCA BARBIERI - TÚLIO BATISTA FRANCO
- 15.30** Sessione - La cooperazione come palestra di dialogo
Introduce e modera FRANCESCO RAPHAEL FRIERI
Intervengono CATERINA BRANCALEONI - ALCINDO ANTÔNIO FERLA - IVO QUARANTA - GIOVANNI GAZZOLI
- 16.45** Chiusura dei lavori

* Evento accreditato per l'Ordine degli assistenti sociali

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA MAGNA
VIALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

PROGRAMA

Segunda-feira 25 de fevereiro de 2019 - Bologna

Seminário. Tecendo redes e aspirações.

De quais utopias necessitamos para sustentar nossos sistemas de saúde públicos e universais?

- 11.00** Abertura do 8° Laboratório italo-brasileiro - Saudação das Autoridades
TÚLIO BATISTA FRANCO - MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA - MARIA LUISA BOLOGNESI - MARIA CÉLIA VASCONCELLOS - CHIARA VERNIZZI
AUTORIDADES REGIONAIS
- 11.30** Sessão - De quais utopias necessitamos para sustentar nossos sistemas de saúde públicos e universais?
Moderação KYRIAKOULA PETROPULACOS
Utopia e universalidade - ROBERTA DE MONTICELLI
Utopia e diversidade - RICARDO BURG CECCIM
Utopia e possibilidade - VINCENZA PELLEGRINO
- 13.30** *pausa*
- 14.30** Sessão - Cuidados Intermediários / Hospitais Comunitários e reforço da Assistência Territorial
Moderação ANTONELLA DALLARI
Intervenções LUCA BARBIERI - TÚLIO BATISTA FRANCO
- 15.30** Sessão - A cooperação como exercício de diálogo
Moderação FRANCESCO RAPHAEL FRIERI
Intervenções CATERINA BRANCALEONI - ALCINDO ANTÔNIO FERLA - IVO QUARANTA - GIOVANNI GAZZOLI
- 16.45** Encerramento dos trabalhos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA MAGNA
VIALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

martedì 26 febbraio 2019 - Bologna

Workshop. Le piazze. Metodologie innovare servizi e istituzioni. Tecnologie lievi e sofisticate nell'ambito dell'assistenza territoriale*

"Le piazze dell'esperienza" è un laboratorio interattivo di pratiche basato sul confronto tra partecipanti. In parallelo alle attività di scambio, alcuni "esploratori" si addentrano tra le esperienze presentate cercando di tracciare delle mappe, ricostruire il filo conduttore, far emergere temi trasversali, riconoscere elementi di interesse, segnalare eventuali sfide o opportunità. Il workshop è rivolto a operatori e professionisti coinvolti nel lavoro di cura e assistenza territoriale e nella promozione del benessere di individui e comunità

- a diversi livelli: chi opera direttamente con gli utenti, chi gestisce i processi, chi programma, chi si occupa di formazione e ricerca
- nei diversi ambiti: sociale, sanitario, educativo
- in diversi contesti: Enti locali, Aziende sanitarie, Università, Terzo settore e cooperazione sociale

9.30 Apertura dei lavori - MARIA LUISA MORO

9.45 Piazze

Coordinano ARDIGÒ MARTINO - MARIA AUGUSTA NICOLI

Spazi di confronto e riflessione: 'infrastrutture' per le organizzazioni moderne

coordinatori BRIGIDA LILIA MARTA - MATTEO LEI

Apprendimento / deuterioapprendimento: nuove prassi in alleanza Università, Servizi e comunità

coordinatori FABRIZIA PALTRINIERI - GABRIEL C. BAPTISTA

La creatività come valore organizzativo

coordinatori SILVIA ZOLI - MIRIAN RIBEIRO CONCEIÇÃO

12.30 Intermezzo - FAUSTO TREVISANI

14.30 Sintesi in plenaria

15.30 Riflessioni

Intervengono ALCINDO ANTÔNIO FERLA - VANESSA VIVOLI

16.45 Chiusura del workshop

* Evento accreditato per l'Ordine degli assistenti sociali

AZIENDA USL DI BOLOGNA
AULA FERRARI E AULA 4
VIA SANT'ISAIA 90, BOLOGNA



Terça-feira 26 de fevereiro de 2019 - Bologna

Workshop. Praças. Metodologia para inovação dos serviços e instituições. Tecnologia leve e sofisticada no âmbito da assistência territorial

"As praças da experiência" são um laboratório interativo de práticas baseado no confronto entre participantes. Paralelamente às atividades de troca, alguns "exploradores" circulam pelas experiências apresentadas buscando traçar mapas, reconstruir o fio condutor e fazer emergir temas transversais, reconhecer elementos de interesse, sinalizar eventuais desafios e oportunidades. Destinado aos trabalhadores e aos atores envolvidos na produção do cuidado e assistência territorial e na promoção do bem estar de indivíduos e comunidades

- em diversos níveis: quem atua diretamente com os usuários, quem faz gestão de processos, quem programa, quem se ocupa de formação e pesquisa
- nos diversos âmbitos: social, saúde, educação
- em diversos contextos: Entes locais; Serviços de Saúde; Universidade; Terceiro Setor e Cooperação Social

9.30 Abertura dos Trabalhos - MARIA LUISA MORO

9.45 Praças

Coordenação ARDIGÒ MARTINO - MARIA AUGUSTA NICOLI

Espaços de confronto e reflexão: 'infraestrutura' para as organizações modernas

Coordenadores BRIGIDA LILIA MARTA - MATTEO LEI

Aprendizagem/Deuterioaprendizagem: novas práticas na aliança Universidade, Serviços e Comunidade

Coordenadores FABRIZIA PALTRINIERI - GABRIEL C. BAPTISTA

A criatividade como valor organizacional

Coordenadores SILVIA ZOLI - MIRIAN RIBEIRO CONCEIÇÃO

12.30 Intervenção - FAUSTO TREVISANI

14.30 Síntese e Plenária

15.30 Reflexões

Intervenção ALCINDO ANTÔNIO FERLA - VANESSA VIVOLI

16.45 Encerramento dos Trabalhos

AZIENDA USL DI BOLOGNA
AULA FERRARI E AULA 4
VIA SANT'ISAIA 90, BOLOGNA



... martedì 26 febbraio 2019 - Bologna

17.00-18.00

Incontro istituzionale per il consolidamento e lo sviluppo delle relazioni internazionali tra Alma Mater Studiorum Università di Bologna e Università brasiliane (delegazione brasiliana)

Intervengono MARIA LAURA BOLOGNESI - IVO QUARANTA

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
SALA GIUNTA RETTORATO
VIA ZAMBONI 33, BOLOGNA

... Terça-feira 26 de fevereiro de 2019 - Bologna

17.00-18.00

Encontro institucional para a consolidação e o desenvolvimento das relações internacionais entre Alma Mater Studiorum Universidade de Bolonha e Universidades (Delegação Brasileira)

Intervenção MARIA LAURA BOLOGNESI - IVO QUARANTA

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
SALA GIUNTA RETTORATO
VIA ZAMBONI 33, BOLOGNA

mercoledì 27 febbraio 2019 - San Secondo Parmense (PR) e Parma

10.00-15.30

Laboratorio tematico

Attività del Progetto strategico RER-SUS Cure intermedie: confronto e trasferimento di strumenti gestionali tra Italia e Brasile

Partecipano AMMINISTRATORI LOCALI, DIREZIONE AZIENDALE, PROFESSIONISTI

Visita a Ospedale di comunità di San Secondo Parmense (PR)

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI SAN SECONDO PARMENSE
PIAZZA MARTIRI DELLA LIBERTÀ 24, SAN SECONDO PARMENSE (PR)

16.00-18.00

Seminario. Soggettivazione degli operatori e formazione situata

Coordinano VINCENZA PELLEGRINO - SIMONETTA ANNA VALENTI
Esperienze di ROBERTA COLAGIOIA - ROBERTA PERRONE - VALENTINA SARDENA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
VIA UNIVERSITÀ 12, PARMA



Quarta-feira 27 de fevereiro de 2019 - San Secondo Parmense (PR) e Parma

10.00-15.30

Laboratório Temático

Atividade do Projeto Estratégico RER-SUS Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil

Estarão presentes ADMINISTRADORES LOCAIS, DIRETORES DAS AUSL, PROFISSIONAIS

Visita Hospital Comunitário de San Secondo Parmense (PR)

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI SAN SECONDO PARMENSE
PIAZZA MARTIRI DELLA LIBERTÀ 24, SAN SECONDO PARMENSE (PR)

16.00-18.00

Seminário. Subjetivação dos trabalhadores e formação situada

Coordenação VINCENZA PELLEGRINO - SIMONETTA ANNA VALENTI
Experiências ROBERTA COLAGIOIA - ROBERTA PERRONE - VALENTINA SARDENA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
VIA UNIVERSITÀ 12, PARMA



... mercoledì 27 febbraio 2019 - Bologna

9.30-13.30

Seminario. Immigrazione e accesso ai servizi sanitari e sociali

Apertura e saluti istituzionali

DANIELA ARA - KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT

Tematiche

- inquadramento del fenomeno migratorio nei due contesti
- strategie per l'inclusione e l'accesso ai servizi sanitari e sociali: esperienze e riflessioni

Introducono e moderano MONICA RACITI - ARDIGÒ MARTINO

Intervengono ANDREA FACCHINI - ILARIA ARCARA - KINDI TAILA - RAFFAELLA CAMPALASTRI - JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT
KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT - FABIANE MÁNICA MARTINS - LILIANA ANGEL VARGAS

CANTIERI METICCI
VIA MASSIMO GORRI 6, BOLOGNA

14.30-16.30

Visite a realtà locali

Biblioteca Casa di Khaoula

BIBLIOTECA CASA DI KHAOULA
VIA DI CORTICELLA 104, BOLOGNA

SOKOS - associazione per l'assistenza a emarginati e immigrati

ASSOCIAZIONE SOKOS
VIA MASSIMO GORRI 12, BOLOGNA

... Quarta-feira 27 de fevereiro de 2019 - Bologna

9.30-13.30

Seminário. Imigração e Acesso aos Serviços Sanitários e Sociais Seminario

Abertura e saudações institucionais

DANIELE ARA - KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT

Temas

- Enquadramento do fenômeno migratório nos dois contextos
- Estratégias para a inclusão e acesso aos serviços sanitários e sociais: experiências e reflexões

Moderação MONICA RACITI - ARDIGÒ MARTINO

Intervenções ANDREA FACCHINI - ILARIA ARCARA - KINDI TAILA - RAFFAELLA CAMPALASTRI - JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT
KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT - FABIANE MÁNICA MARTINS - LILIANA ANGEL VARGAS

CANTIERI METICCI
VIA MASSIMO GORRI 6, BOLOGNA

14.30-16.30

Visitas a realidades locais

Biblioteca "Casa di Khaoula"

BIBLIOTECA CASA DI KHAOULA
VIA DI CORTICELLA 104, BOLOGNA

SOKOS - Associação para a Assistência à marginalizados e imigrantes

ASSOCIAZIONE SOKOS
VIA MASSIMO GORRI 12, BOLOGNA

giovedì 28 febbraio 2019 - Castelfranco Emilia (MO)

10.00-16.00

Laboratorio tematico. Attività del Progetto strategico RER-SUS Cure intermedie: confronto e trasferimento di strumenti gestionali tra Italia e Brasile

Partecipano AMMINISTRATORI LOCALI, DIREZIONE AZIENDALE, PROFESSIONISTI

Visita a Ospedale di comunità di Castelfranco Emilia (MO)

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI CASTELFRANCO EMILIA
PIAZZALE GRAZIA DELEDDA, CASTELFRANCO EMILIA (MO)

16.00-17.30

Seminario. Chiusura di piccoli e medi ospedali e loro riconversione: confronto tra amministratori e gestori italiani e brasiliani

Intervengono STEFANO REGGIANINI - NADIA CASELGRANDI - ANTONELLA DALLARI - MARIA CELIA VASCONCELLOS - MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA
SABRINA GOMES FREITAS - GIOVANNI SOUZA - PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI CASTELFRANCO EMILIA
PIAZZALE GRAZIA DELEDDA, CASTELFRANCO EMILIA (MO)



Quinta-feira 28 de fevereiro 2019 - Castelfranco Emilia (MO)

10.00-16.00

Laboratório Temático

Atividade do Projeto Estratégico RER-SUS Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil

Estarão presentes ADMINISTRADORES LÓCAIS, DIRETORES DAS AUSL, PROFISSIONAIS

Visita Hospital Comunitário de Castelfranco Emilia (MO)

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI CASTELFRANCO EMILIA
PIAZZALE GRAZIA DELEDDA, CASTELFRANCO EMILIA (MO)

16.00-17.30

Seminário

Fechamento de pequenos e médios hospitais a sua reconversão: confronto entre administradores e gestores italianos e brasileiros

Intervenções STEFANO REGGIANINI - NADIA CASELGRANDI - ANTONELLA DALLARI - MARIA CELIA VASCONCELLOS
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA - SABRINA GOMES FREITAS - GIOVANNI SOUZA - PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI CASTELFRANCO EMILIA
PIAZZALE GRAZIA DELEDDA, CASTELFRANCO EMILIA (MO)



... giovedì 28 febbraio 2019 - Bologna

14.00-17.30

Convegno. I Consulteri familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future *

Evento all'interno del percorso di ricerca regionale "Analisi del funzionamento organizzativo dei Consulteri familiari partendo dall'esperienza e dai bisogni di chi ci lavora (professionisti) e di chi li frequenta", promosso dal Servizio Assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna e coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale in collaborazione con l'Unione Donne Italiane

Interviene EMERSON ELIAS MERHY

* L'evento si svolge giovedì 28 febbraio pomeriggio e venerdì 1 marzo dalle 9.30 alle 17.00
Maggiori informazioni alla pagina <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/eventi/2019/consultori-familiari/intro>

TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA
SALA 20 MAGGIO 2012
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

... Quinta-feira 28 de fevereiro 2019 - Bologna

14.00-17.30

Os Consultórios Familiares na Emilia-Romagna: quais trajetórias possíveis

Evento inserido no percurso de pesquisa regional "Análise do Funcionamento organizativo dos Consultórios Familiares partindo da experiência e das necessidades de quem trabalha (profissionais) e de quem frequenta" - promovido pelo Serviço de Assistência Territorial e coordenação da Agência sanitária e social e colaboração com a Unione Donne Italiane

Intervenção EMERSON ELIAS MERHY

* O Evento continua na sexta-feira 1 de março, hs 9.30-17.30
Maiores informações no site: <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/eventi/2019/consultori-familiari/intro>

TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA
SALA 20 MAGGIO 2012
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

venerdì 1 marzo 2019 - Forlimpopoli (FC)

10.00-16.00

Laboratorio tematico

Attività del Progetto strategico RER-SUS Cure intermedie: confronto e trasferimento di strumenti gestionali tra Italia e Brasile

Saluti iniziali STEFANO BONI
Partecipano AMMINISTRATORI LOCALI, DIREZIONE AZIENDALE, PROFESSIONISTI

Visita a Ospedale di comunità di Forlimpopoli (FC)

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI FORLIMPOPOLI
VIA DUCA D'AOSTA 33, FORLIMPOPOLI (FC)

16.00-17.30

Seminario

Buone pratiche e sfide per l'implementazione delle cure intermedie

Coordinario STEFANO BONI - MAURO GRANDINI
Intervengono PAOLO ZOFFOLI - GIUSEPPE BENASSI - MARCIA CLAUDIA RIBEIRO DIAS - MARIA CELIA VASCONCELLOS
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA - SABRINA GOMES FREITAS - GIOVANNI SOUZA - ANA LÚCIA ABRAHÃO

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI FORLIMPOPOLI
VIA DUCA D'AOSTA 33, FORLIMPOPOLI (FC)



Sexta-feira 1 de março 2019 - Forlimpopoli (FC)

10.00-16.00

Laboratório Temático

Atividade do Projeto Estratégico RER-SUS Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil

Saudações STEFANO BONI
Estarão presentes ADMINISTRADORES LOCAIS, DIRETORES DAS AUSL, PROFISSIONAIS

Visita Hospital Comunitário de Forlimpopoli (FC)

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI FORLIMPOPOLI
VIA DUCA D'AOSTA 33, FORLIMPOPOLI (FC)

16.00-17.30

Seminário. Boas práticas e desafios para a implementação dos cuidados intermediários

Coordenação STEFANO BONI - MAURO GRANDINI
Intervenções PAOLO ZOFFOLI - GIUSEPPE BENASSI - MARCIA CLAUDIA RIBEIRO DIAS - MARIA CELIA VASCONCELLOS
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA - SABRINA GOMES FREITAS - GIOVANNI SOUZA - ANA LÚCIA ABRAHÃO

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI FORLIMPOPOLI
VIA DUCA D'AOSTA 33, FORLIMPOPOLI (FC)



... venerdì 1 marzo 2019 - Bologna

9.30-13.30

Seminario. Invecchiamento della popolazione: esperienze in dialogo

Durante l'incontro verranno presentati

- contesti: trend dell'invecchiamento della popolazione e aspetti problematici
- esperienze e strategie messe in campo
- programmi di ricerca e progetti internazionali

Introducono e coordinano MARIA LUISA MORO - ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Intervengono ANNA BALLARINI - ELENA BERTI - IMMA CACCIAPLOTI - MARGARETE SIMON FERRETTI - SUZANA SCHWERZ FUNGHETTO
MARGÔ GOMES DE OLIVEIRA KARNIKOWSKI - MAURO MIRRI - SIMONETTA PUGLIOLI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - SALA 105
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

14.00-17.00

Visita a realtà locale

Centro sociale ricreativo e culturale A. Montanari

Introduce LUCIA PIERATELLI

CENTRO SOCIALE RICREATIVO E CULTURALE A. MONTANARI
VIA DI SALICETO 3/21, BOLOGNA

... Sexta-feira 1 de março 2019 - Bologna

9.30-13.30

Seminário. Envelhecimento da população: experiências em diálogo

Durante o encontro serão apresentados:

- Contextos: tendências do envelhecimento da população e aspectos problemáticos
- Experiências e estratégias utilizadas
- Programas de pesquisa e projetos internacionais

Introdução e coordenação MARIA LUISA MORO - ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Intervenções ANNA BALLARINI - ELENA BERTI - IMMA CACCIAPLOTI - MARGARETE SIMON FERRETTI - SUZANA SCHWERZ FUNGHETTO
MARGÔ GOMES DE OLIVEIRA KARNIKOWSKI - MAURO MIRRI - SIMONETTA PUGLIOLI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - SALA 105
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

14.00-17.00

Visita a realidade local

Centro Social Recreativo e Cultural A. Montanari

Introdução LUCIA PIERATELLI

CENTRO SOCIALE RICREATIVO E CULTURALE A. MONTANARI
VIA DI SALICETO 3/21, BOLOGNA

sabato 2 marzo 2019 - Bologna

9.00-11.00

Riunione Progetto strategico RER-SUS Cure intermedie: confronto e trasferimento di strumenti gestionali tra Italia e Brasile

11.00-13.00

Riunione conclusiva dell'8° Laboratorio italo-brasiliano

AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISMA 90, BOLOGNA

Sábado 2 de março 2019 - Bologna

9.00-11.00

Reunião do Projeto Estratégico RER-SUS Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil

11.00-13.00

Reunião de conclusão do 8° Laboratório Italo-brasileiro

AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISMA 90, BOLOGNA

EVENTI SATELLITE - 21 febbraio - 5 marzo 2019

giovedì 21 febbraio 2019 - ore 9.00-13.00

Fuori servizio - mettersi in gioco aiuta il lavoro di prossimità

introducono e coordinano VANESSA VIVOLI - FABRIZIA PALTRINIERI

intervengono RICARDO BURG CECCIM - ALCINDO ANTÔNIO FERLA - GABRIEL CALAZANS BAPTISTA

TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

giovedì 21 febbraio 2019 - ore 14.30-17.00

Attività di approfondimento e supervisione dedicata all'applicazione degli strumenti "flussogramma analizzatore dei processi di lavoro" e "reti di richieste e impegni"

intervengono TÚLIO BATISTA FRANCO - PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA
ANA LÚCIA ABRAHÃO - EMERSON ELIAS MERHY

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 105
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

venerdì 22 febbraio 2019 - ore 9.30-13.30

4° giornata formativa "La ricerca sociale come pratica quotidiana. Allenamenti per trasformare i contesti"

intervengono RICARDO BURG CECCIM - ALCINDO ANTÔNIO FERLA

TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULE B E C
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

venerdì 22 febbraio 2019 - ore 14.30-17.00

Attività di approfondimento e supervisione dedicata alla valutazione di politiche e programmi sanitari

intervengono ALCINDO ANTÔNIO FERLA - EMERSON ELIAS MERHY

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 314C
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

da sabato 23 febbraio a lunedì 25 febbraio 2019

Laboratorio sui modelli organizzativi delle cure primarie - Il ruolo della medicina generale e delle professioni socio-sanitarie

A un anno da "Le cure primarie del XXI secolo", il laboratorio tenutosi nel febbraio 2018 a Bologna, la Campagna italiana 2018 PHC: Now or Never organizza un nuovo momento di formazione sui modelli organizzativi delle cure primarie e sul futuro dei professionisti socio-sanitari che operano sul territorio.

per il programma dettagliato <https://2018phc.wordpress.com/lab-bologna-2019/>



EVENTOS SATÉLITES - 21 de fevereiro a 5 de março de 2019

Quinta-feira 21 de fevereiro de 2019 - hs 9.00-13.00

'Fora de Serviço': colocar-se em jogo ajuda o trabalho de proximidade

Introdução e coordenação VANESSA VIVOLI - FABRIZIA PALTRINIERI

Intervenções RICARDO BURG CECCIM - ALCINDO ANTÔNIO FERLA - GABRIEL CALAZANS BAPTISTA

TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

Quinta-feira 21 de fevereiro de 2019 - hs 14.30-17.00

Atividade de aprofundamento e supervisão dedicada a aplicação dos instrumentos "fluxograma analisador dos processos de trabalho" e "rede petição e compromissos"

Intervenções TÚLIO BATISTA FRANCO - PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA
ANA LÚCIA ABRAHÃO - EMERSON ELIAS MERHY

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 105
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

Sexta-feira 22 de fevereiro de 2019 - hs 9.30-13.30

4ª jornada de formação "A pesquisa social como prática cotidiana - treinamento para mudar os contextos"

Intervenções RICARDO BURG CECCIM - ALCINDO ANTÔNIO FERLA

TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULE B E C
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

Sexta-feira 22 de fevereiro de 2019 - hs 14.30-17.00

Atividade de aprofundamento e supervisão dedicada a avaliação de políticas e programas de saúde

Intervenções ALCINDO ANTÔNIO FERLA - EMERSON ELIAS MERHY

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 314C
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

Sábado 23 de fevereiro - segunda-feira 25 de fevereiro 2019

Laboratório sobre modelos organizativos de Cuidados Primários - o papel da Medicina geral das profissões socio-sanitárias

Há um ano do laboratório "Cuidados Primários do século XXI", ocorrido em fevereiro de 2018, a campanha italiana "2018 PHC: Now or Never" convida para um novo momento de formação sobre modelos organizativos de Cuidados Primários e sobre o futuro dos profissionais que atuam no território.

Para programa detalhado <https://2018phc.wordpress.com/lab-bologna-2019/>



... eventi satellite

lunedì 25 febbraio 2019 - ore 9.00-11.00

Incontro di staff del Progetto strategico RER-SUS Cure intermedie: confronto e trasferimento di strumenti gestionali tra Italia e Brasile

riservato ai partner di progetto

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA MAGNA
VALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

Workshop formativi intensivi di due giornate in parallelo su metodologie e strumenti di analisi istituzionale e dei processi di lavoro e su valutazione e gestione in salute *

lunedì 4 marzo 2019 - ore 9.30-13.00 | martedì 5 marzo 2019 - ore 9.30-16.00

Micropolitica, Rete viva e strumenti (flussogramma analizzatore dei processi di lavoro, rete di richieste e impegni, mappe analitiche) e analisi istituzionale

intervengono TÚLIO BATISTA FRANCO - EMERSON ELIAS MERRY
PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA - ANA LÚCIA ABRAHÃO

4 MARZO
REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 216C
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

5 MARZO
TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA - SALA POGGIOLI
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

lunedì 4 marzo 2019 - ore 9.30-13.00 | martedì 5 marzo 2019 - ore 9.30-16.00

Valutazione e gestione in salute

intervengono RICARDO BURG CECCIM - ALCINDO ANTÔNIO FERLA

4 MARZO
REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 105
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

5 MARZO
TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA B
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

* Eventi accreditati per l'Ordine degli assistenti sociali

Iscrizione obbligatoria online dal sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

<http://assr.regione.emilia-romagna.it> - sezione **Appuntamenti**

Numero massimo: 20 partecipanti per ciascun workshop

... Eventos satélites

Segunda-feira 25 de fevereiro 2019 - hs 9.00-11.00

Encontro da equipe de coordenação do Projeto Estratégico RER-SUS Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil

reservado aos parceiros do projeto

REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA MAGNA
VALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

Workshop de formação intensivo de dois dias em paralelo, sobre metodologias e ferramentas de análise institucional e de processos de trabalho, e sobre avaliação e gestão em saúde *

Segunda-feira 4 de março 2019 - hs 9.30-13.00 | Terça-feira 5 de março 2019 - hs 9.30-16.00

Micropolitica, Rede e Instrumentos (fluxograma analisador dos processos de trabalho, rede de petição e compromissos, mapas analíticos) e Análise Institucional

Intervenções TÚLIO BATISTA FRANCO - EMERSON ELIAS MERRY
PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA - ANA LÚCIA ABRAHÃO

4 MARZO
REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 216C
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

5 MARZO
TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA - SALA POGGIOLI
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

Segunda-feira 4 de março 2019 - hs 9.30-13.00 | Terça-feira 5 de março 2019 - hs 9.30-16.00

Avaliação e Gestão em Saúde

Intervenções RICARDO BURG CECCIM - ALCINDO ANTÔNIO FERLA

4 MARZO
REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA 105
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

5 MARZO
TERZA TORRE REGIONE EMILIA-ROMAGNA - AULA B
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

* Inscrição obrigatória online no site da Agência sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

<http://assr.regione.emilia-romagna.it> - sessão **Appuntamenti**

Número máximo: 20 participantes para cada curso

RELATORI

ANA LÚCIA ABRAHÃO	Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro
DANIELE ARA	presidente del Quartiere Corticella, Bologna
ILARIA ARCARA	ASP Città di Bologna
ANNA BALLARINI	Comune di Sorbolo Mezzani (PR)
GABRIEL CALAZANS BAPTISTA	Associazione Rede Unida e Consiglio Municipale di Salute di Porto Alegre, Rio Grande do Sul
LUCA BARDIERI	responsabile Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna
GIUSEPPE BENASSI	Azienda USL della Romagna
ELENA BERTI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
MARIA LAURA BOLOGNESI	delegata Relazioni internazionali per America Latina, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
STEFANO BONI	Direttore Distretto di Forlì, Azienda USL della Romagna
CATERINA BRANCALEONI	Servizio Coordinamento delle politiche europee, programmazione, cooperazione, valutazione, Regione Emilia-Romagna
IMMA CACCIAPUOTI	Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna
RAFFAELLA CAMPALASTRI	Azienda USL di Bologna
NADIA CASTELGRANDI	Assessora Politiche Sociali e Salute, Comune di Castelfranco Emilia (MO)
RICARDO BURG CECCIM	Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul
ROBERTA COLAGIOIA	Università degli studi di Parma
ANTONELLA DALLARI	direttore Distretto di Castelfranco Emilia, Azienda USL di Modena
ROBERTA DE MONTICELLI	Università degli studi San Raffaele, Milano
MARCIA CLAUDIA RIBEIRO DIAS	Vice Assessora dell'assistenza ospedaliera di Niterói
ANDREA FACCHINI	Servizio politiche per l'integrazione sociale, il contrasto alla povertà e terzo settore, Regione Emilia-Romagna
ALCINDO ANTÔNIO FERLA	Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul
MARGARETE SIMON FERRETTI	Sindaco del Comune di Nova Santa Rita, Rio Grande do Sul
TÚLIO BATISTA FRANCO	Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro - Coordinatore Associazione Rede Unida
SABRINA GOMES FREITAS	Vice Assessora dell'assistenza ospedaliera di Nova Friburgo, Rio de Janeiro
FRANCESCO RAPHAEL FRIERI	Direttore generale Risorse, Europa, innovazione e istituzioni, Regione Emilia-Romagna
SUZANA SCHWERZ FUNGHETTO	Universidade de Brasília, Distrito Federal
GIOVANNI GAZZOLI	AIFO - Associazione italiana amici di Raoul Follereau
MAURO GRANDINI	Sindaco del Comune di Forlimpopoli (FC)
MARGÓ GOMES DE OLIVEIRA KARNIKOWSKI	Universidade de Brasília, Distrito Federal
MATTEO LEI	Unione dei Comuni del Distretto Ceramico Modenese
BRIGIDA LILIA MARTA	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
ARDIGÒ MARTINO	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul
FABIANE MÁNICA MARTINS	Universidade Federal do Amazonas, Amazonas
PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA	Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
EMERSON ELIAS MERRY	Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
MAURO MIRRI	Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna
MARIA LUISA MORO	direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
MARIA AUGUSTA NICOLI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
FABRIZIA PALTRINIERI	Servizio Politiche sociali e socio educative, Regione Emilia-Romagna
VINCENZA PELLEGRINO	Università degli studi di Parma
ROBERTA PERRONE	Università degli studi di Parma
KYRIAKOULA PETROPLACOS	Direttore generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna
LUCIA PIERATELLI	Presidente regionale Ancescao
SIMONETTA PUGLIOLI	Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna
IVO QUARANTA	Alma Mater Studiorum Università degli studi di Bologna
MONICA RACITI	responsabile Servizio politiche per l'integrazione sociale, il contrasto alla povertà e Terzo settore, Regione Emilia-Romagna
STEFANO REGGIANINI	Sindaco del Comune di Castelfranco Emilia (MO)
MIRIAN RIBEIRO CONCEIÇÃO	Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro - FAPERJ - AIFO
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA	Presidente Consiglio Assessori alla salute dello Stato di Rio de Janeiro - Cosems Rio de Janeiro
VALENTINA SARDENA	Università degli studi di Parma

JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT	Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Amazonas
KATIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT	Assessore all'istruzione, Manaus, Amazonas
GIOVANNI SOUZA	Assessore alla salute di São José dos Pinhais, Paraná
KINDI TAILA	Azienda USL di Modena
FALISTO TREVISANI	direttore Distretto Città di Bologna, Azienda USL di Bologna
SIMONETTA ANNA VALENTI	Pro-rettore per l'internazionalizzazione, Università degli studi di Parma
LILIANA ANGEL VARGAS	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro
MARIA CELIA VASCONCELLOS	Assessora alla salute di Niterói, Rio de Janeiro
CHIARA VERNIZZI	delegata Orientamento Università di Parma
VANESSA VIVOLI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
PAOLO ZOFFOLI	Consigliere regionale
SILVIA ZOLI	Unione dei Comuni della Bassa Romagna

COORDINAMENTO E TUTORAGGIO DEGLI EVENTI

BRIGIDA LILIA MARTA	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
MIRIAN RIBEIRO CONCEIÇÃO	Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro - FAPERJ - AIFO
VANESSA VIVOLI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
FRANCESCO SINTONI	Azienda USL della Romagna

PARTECIPANTI BRASILIANI

Amazonas

BAHYEYEH AHMADPOUR	Universidade Federal do Amazonas
PAULO CHAVES MARTINS	Universidade Federal do Amazonas
FABIANE MÂNICA MARTINS	Universidade Federal do Amazonas
JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT	Fundação Oswaldo Cruz Manaus
KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT	Assessore all'istruzione, Città di Manaus

Distrito Federal - Brasilia

LARISSA POLEJACK BRAMBATTI	Universidade de Brasilia
SUZANA SCHWERZ FUNGHETTO	Universidade de Brasilia
MARGÔ GOMES DE OLIVEIRA KARNIKOWSKI	Universidade de Brasilia
SHEILA GIARDINI MURIA	Universidade de Brasilia

Mato Grosso do Sul

ARDIGÔ MARTINO	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
----------------	--------------------------------------------

Paraná

KYRLIAN BARTIRA BORTOLOZZI	Universidade Estadual do Centro-Oeste
LUCIANA CARNEVALE	Universidade Estadual do Centro-Oeste
DÉBORA CRISTINA MARTINS FERREIRA CHEMIN	Direttore generale dell'Ospedale e della Materinità di São José dos Pinhais
ROBERTO KENJI NAKAMURA CLIMAN	Universidade Estadual de Maringá
CLAUDEMIR GIBRIM	Coordinatore del Comitato Gestore del Consiglio di Sviluppo Economico di São José dos Pinhais
MARCELO GIPIELA	Direttore tecnico dell'Ospedale e della Materinità di São José dos Pinhais
FRANCISCO EUGENIO ALVES DE SOUZA	Universidade Estadual de Londrina
GIOVANNI SOUZA	Assessore alla Salute di São José dos Pinhais
AMANDA BRAT ZERBETO	Universidade Estadual do Centro-Oeste

Piauí

JOSÉ IVO PEDROSA

Universidade Federal do Piauí

Rio de Janeiro

ANA LÍCIA ABRAHÃO

Universidade Federal Fluminense

CARLA ALBUQUERQUE

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

MIRIAM RANGEL BARQUETTE

Segreteria di Salute di Niterói

MARCIA CLAUDIA RIBEIRO DIAS

Vice Assessora dell'Assistenza ospedaliera di Niterói

ARIADINA HERINGER FIGUEREDO

Vice Assessora dell'Assistenza primaria di Nova Friburgo

TÚLIO BATISTA FRANCO

Universidade Federal Fluminense - Coordinatore Associazione Rede Unida

SABRINA GOMES FREITAS

Vice Assessora dell'Assistenza ospedaliera di Nova Friburgo

CYNTHIA BEATRIZ SILVEIRA KISSE

fisioterapeuta, Programma di assistenza domiciliare AMIL

PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA

Universidade Federal do Rio de Janeiro

EMERSON ELIAS MERRY

Universidade Federal do Rio de Janeiro

RODRIGO ALVES TORRES DE OLIVEIRA

Direttore Ospedale municipale Getúlio Vargas Filho

MIRIAN RIBEIRO CONCEIÇÃO

Universidade Federal Fluminense - FAPERJ - AIFO

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA

Presidente del Consiglio degli Assessori alla salute dello Stato di Rio de Janeiro - Cosems Rio de Janeiro

LILIANA ANGEL VARGAS

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

MARIA CÉLIA VASCONCELLOS

Assessora alla salute di Niterói

Rio Grande do Sul

GABRIEL CALAZANS BAPTISTA

Associazione Rede Unida e Consiglio municipale di salute di Porto Alegre

RICARDO BURG CECCIM

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARGARETE SIMON FERRETI

Sindaco del Comune di Nova Santa Rita

ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ANA PAULA GULARTE MACEDO

Assessore Comune di Nova Santa Rita

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Mirian Ribeiro Conceição - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro - FAPERJ - AIFO
mirian.ribeiro@regione.emilia-romagna.it

Brigida Lilia Marta - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
brigida.marta@regione.emilia-romagna.it

<http://assr.regione.emilia-romagna.it>

ISCRIZIONI

La partecipazione agli eventi è gratuita

Per i Workshop del 4 e 5 marzo è necessario iscriversi online dal sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

<http://assr.regione.emilia-romagna.it> - sezione **Appuntamenti**

IN TUTTI GLI EVENTI È PREVISTA LA TRADUZIONE

“Le Piazze”: metodologie per innovare servizi e istituzioni - tecnologie lievi e sofisticate nell’ambito dell’assistenza territoriale

Presentazione

“Le piazze dell’esperienza” è un laboratorio interattivo di pratiche, rivolto agli operatori e agli attori coinvolti nel lavoro di cura e assistenza territoriale e nella promozione del benessere di individui e comunità. Si basa sul confronto tra esperienze, reso possibile tramite la delimitazione di “piazze” in cui le diverse esperienze saranno raggruppate. In parallelo alle attività di scambio, alcuni “esploratori” si addentrano tra le esperienze presentate cercando di tracciare delle mappe, ricostruire il filo conduttore e far emergere temi trasversali, riconoscere elementi di interesse, segnalare eventuali sfide o opportunità.

L’evento è rivolto a operatori e professionisti coinvolti nel lavoro di cura e assistenza e nella promozione del benessere di individui e comunità: chi opera direttamente con gli utenti; chi gestisce i processi; chi programma; chi si occupa di formazione e ricerca; chi opera nel sociale, sanitario, educativo; chi lavora nei diversi contesti, quali: Enti Locali; Aziende sanitarie; Università; Terzo settore e cooperazione sociale. Qui presenteremo l’esperienza che è stata sviluppata nel programma del Workshop, nel corso della giornata de 26 febbraio 2019.

“Le piazze”

Si sono tenute tre le “Piazze” dedicate al lavoro territoriale. Si intende mettere a fuoco quegli elementi dei processi di lavoro dell’assistenza territoriale che costituiscono la base per svolgere attività in contesti caratterizzati da complessità e da forte variabilità. Occorre utilizzare “tecnologie lievi e sofisticate” ovvero competenze che si nutrono di “saperi esperenziali” che necessitano di essere sistematizzati per poter diventare strumenti (tecnologie lievi) e poter diventare metodo la prassi di lavoro quotidiano di tipo “sartoriale”, per questo “sofisticata”.

Piazza 1- Spazi di confronto e riflessione: ‘infrastrutture’ per le organizzazioni moderne

Le esperienze presentate dovranno stimolare

discussione sugli elementi che contraddistinguono “le infrastrutture” di spazi di confronto e riflessione, in quanto spazi fondamentali per le organizzazioni moderne sempre più sfidate dalla complessità e dalla impossibilità di attenersi a risposte standard:

- Quali sono le condizioni che servono per definire gli spazi di confronto e riflessione e farli diventare “infrastrutture”
- Quali caratteristiche organizzative presentano: “effimere”, fluttuanti, cosa stanno costruendo

Piazza 2 Apprendimento/ Deuteroapprendimento: nuove prassi in alleanza Università, Servizi e Comunità

Le esperienze dovranno puntare a mettere in evidenza in che termini l’azione implementata favorisce processi di deutero- apprendimento (imparare ad imparare): attraverso le modalità di apprendimento (setting di apprendimento: luoghi, relazioni ecc.), e/o attraverso la valorizzazione dei saperi anche esperenziali.

Piazza 3 La Creatività come valore organizzativo

Le esperienze dovranno puntare a cogliere gli elementi che caratterizzano la creatività come prassi organizzativa a livello programmatico/gestionale. Se prendiamo ad esempio l’indice europeo di creatività di un paese, nella misura vengono considerati tre elementi: il talento creativo, lo sviluppo tecnologico del paese, il livello di apertura alle diversità del paese. Quindi nel contesto dei servizi pubblici quali sono gli ingredienti? Quando si è usciti dalla zona confort e sono state prese strade diverse? Quali condizioni organizzativo/contestuali favoriscono la creatività? In che misura la creatività si confronta con i vincoli?

PROGRAMMA

9.30 Apertura dei lavori a cura di:

Ardigò Martino

Maria Augusta Nicoli Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell'Emilia-Romagna

“Le Piazze”

Piazza 1. Spazi di confronto e riflessione: ‘infrastrutture’ per le organizzazioni moderne

Coordinano: Brigida L Marta (Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell'Emilia-Romagna); **Matteo Lei** (Unione Distretto Ceramico, Modena)

Esperienze:

- **Prisma:** associazioni di volontariato-dipartimento di salute mentale

a cura di Gabriella Gallo (Dipartimento di Salute Menale Az. Usl di Bologna) e Marie Françoise Delatour

- **Lo “spazio” dialogico come prassi organizzativa**

A cura di Margherita Dall'Olio (Responsabile Area Minori e Famiglie Unione Bassa Romagna) e Maurizio Rosi (Direttore del Distretto Tresinaro Secchia)

- **Ricerca emancipatoria sulla disabilità**

a cura di Michele Falavigna (AIFO)

Piazza 2. Apprendimento/ Deuteroapprendimento: nuove prassi in alleanza Università, Servizi e Comunità

Coordinano: Fabrizia Paltrinieri (Servizio politiche sociali, Regione Emilia-Romagna) e **Gabriel Baptista** (Rede Unida, Brasile)

Esperienze:

- **Lezioni Aperte** di Vincenza Pellegrino, Università di Parma

A cura di: Rossana Pippa, Irene e Svetla Erokhina

“Sguardi incrociati”, Parma

- **Saperi Pubblici**

A cura di Ivo Quaranta, Università di Bologna

- **Università del Volontariato**

A cura di Cinzia Migani e Paola Atzei (CESEVOBO)

- **Primary Health Care now or never**

Giorgio Dessa

Piazza 3 La Creatività come valore organizzativo

Coordinano: Mirina Ribeiro (Università Federale Fluminense, Niteroi) e **Silvia Zoli** (Unione Bassa Romagna)

Esperienze a cura di:

- **Maria Grazia Polastri** (direttrice dell'ASP Pianura EST)
- **Silvia Mambelli** (Direttrice Infermieristica e Tecnica, Azienda USL Romagna)
- **Chiara Neviani** (Comune di Modena)

Ore 12,30 Intermezzo

A cura di **Fausto Trevisani** (Direttore del Distretto di Bologna, Azienda USL Bologna)

Maria Luisia Moro

Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Ore 12,45-14,30 Sintesi in ciascuna “Piazza”

A cura di Ana Abrahão, Ricardo Burg Ceccim, José Ivo Pedrosa

Ore 14,30- 15,30 Restituzione in plenaria e riflessioni conclusive

A cura di Alcindo Antonio Ferla (Università Federale Rio Grande de Sul)

Spazi di confronto e riflessione: ‘infrastrutture’ per le organizzazioni moderne

Coordinano:

Brigida L Marta (Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell’Emilia-Romagna); **Matteo Lei** (Unione Distretto Ceramico, Modena)

Esperienze:

- **Prisma**: associazioni di volontariato-dipartimento di salute mentale a cura di Gabriella Gallo (Dipartimento di Salute Mentale Az. Usl di Bologna) e Marie Françoise Delatour
- **Lo “spazio” dialogico come prassi organizzativa**: A cura di Margherita Dall’Olio (Responsabile Area Minori e Famiglie Unione Bassa Romagna) e Maurizio Rosi (Direttore del Distretto Tresinaro Secchia)
- **Ricerca emancipatoria sulla disabilità**: a cura di Michele Falavigna (AIFO)

ESPERIENZA: PROGRAMMA PRISMA (Promuovere Realizzare Insieme Salute Mentale Attivamente)

Nell’ambito delle attività di partecipazione e sussidiarietà, tra il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell’Azienda USL di Bologna e le Associazioni di familiari e utenti della salute mentale, è iniziato già da tempo un percorso di confronto e collaborazione con lo scopo di favorire la partecipazione dei cittadini alla promozione e valorizzazione della salute mentale, della tutela dei diritti, delle iniziative delle Associazioni dei familiari e degli utenti. Per questo nel 2009 si è costituito il C.U.F.O. (Comitato Utenti Familiari Operatori) e le Associazioni che vi aderiscono (attualmente 34), hanno iniziato da alcuni anni una collaborazione attiva con il DSM-DP, su temi e obiettivi comuni.

Grazie a questo dialogo virtuoso è nato il Programma PRISMA, che ha permesso una reale e attiva co-progettazione per l’attuazione di progetti partecipati di sussidiarietà.

Il PRISMA ha il compito di promuovere, coordinare, supportare la realizzazione dei progetti di sussidiarietà e monitorarne l’andamento e i risultati. I progetti realizzati vedono attivamente coinvolti, fin dalle prime fasi, gli operatori del DSM-DP dedicati (Referenti Prisma di Progetto e Referenti Prisma di U.O.), che condividono con le Associazioni proposte e obiettivi. La rete così organizzata si fa carico anche della diffusione delle informazioni, all’interno dei diversi Servizi del DSM-DP, riguardanti le azioni progettuali, al fine di renderle un patrimonio comune e stimolarne la partecipazione.

Le aree nelle quali possono essere inquadrati i progetti condivisi e partecipati, attraverso i quali

viene evidenziata e valorizzata la potenzialità delle Associazioni a svolgere l’importante funzione sociale di collaborare alla risposta ai bisogni del cittadino, sono:

1. Promozione di processi di inclusione e di opportunità per la estensione della rete sociale e per il sostegno della cittadinanza attiva;
2. Promozione e sviluppo della persona nelle sue varie dimensioni, delle sue potenzialità, del suo benessere e della sua salute. In ciò sono da includere, in particolare, attività culturali, espressive, artistiche, musicali, sportive e la promozione di stili di vita sani;
3. Comunicazione/informazione, interna ed esterna al DSM-DP, intesa come area trasversale di supporto a tutti gli ambiti sia del pubblico che del privato sociale, inerenti alla salute mentale;
4. Attività rivolte ai familiari e in generale ai caregivers, per sostenerli e promuovere il loro empowerment.

Nel 2013 sono stati sviluppati i primi progetti di sussidiarietà, che hanno coinvolto nella loro elaborazione alcune associazioni del CUFO-SM unitamente al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) come soggetto di co-progettazione.

Nel 2014 si è sviluppata la progettualità fino ad arrivare a 9 progetti di sussidiarietà, non solo per l’area della Psichiatria Adulti ma anche della NPJA, con azioni rivolte soprattutto a minori con disabilità.

Per dare sistematicità ed organizzazione a queste importanti iniziative è nato allora il PROGRAMMA PRISMA (Promuovere Realizzare Insieme Salute Mentale Attivamente), che accoglie, sostiene, potenzia e sviluppa le esperienze precedenti e le

nuove co-progettazioni.

Nel 2015 il Programma Prisma si è ulteriormente esteso (13 progetti), con azioni rivolte a un più ampio numero di utenti e che afferiscono a tutte le aree dipartimentali (Psichiatria Adulti, NPIA e del SerDP). Sono stati inoltre individuati i professionisti a cui attribuire il ruolo di Referenti (Referente di Progetto) con particolare riferimento alla progettazione condivisa con le Associazioni dei Progetti Prisma. Inoltre sono stati nominati i Referenti Prisma in ciascuna Unità Operativa (Referente di U.O.) del DSM-DP per sostenere e diffondere la conoscenza del Programma presso tutti i professionisti e sviluppare la rete di relazioni per la partecipazione attiva della cittadinanza.

Nel 2016 i progetti di sussidiarietà presentati dalle reti di partenariato sono 21, con il coinvolgimento nelle varie azioni progettuali di circa un migliaio di utenti, tra adulti e minori, in molti territori; nel 2017 i progetti approvati sono 19 (9 per adulti e 10 per minori e loro familiari); nel 2018 sono stati realizzati 18 progetti (9 per adulti e 9 per minori).

E' stato realizzato un importante progetto trasversale a tutti gli ambiti, che si occupa di comunicazione attraverso la realizzazione di un sito utilizzabile congiuntamente da familiari, utenti, operatori e tutta la cittadinanza (www.sogniebisogni.it).

Nel PROGRAMMA PRISMA 2019 sono stati approvati 9 progetti (determina n.56 del 09/01/2019) di cui 4 rivolti a persone adulte con disagio psichico, sviluppati intorno a diverse tematiche per sviluppare benessere quali: attività corporee di riequilibrio psicofisico ed energetico, attività sportive, socializzazione, laboratori espressivi, ascolto, scambio tra pari e supporto alle autonomie abitative.

Altri 5 progetti rivolti a minori disabili e con disagio psichico, che si sviluppano nell'ambito dell'integrazione attraverso laboratori espressivi, sport, attività di supporto scolastico e percorsi di autonomizzazione.

Il Programma Prisma diventa quindi uno degli strumenti innovativi e specifici per lo sviluppo di una cultura della co-programmazione e co-progettazione tra le Istituzioni (DSM-DP) e una parte delle Associazioni del CUFO, in linea con gli obiettivi regionali ben delineati anche nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2017-2019.

Panel di discussione e traccia per l'esposizione

Gli spazi di confronto e riflessione sono diversi:

1. Durante gli incontri del Comitato Utenti familiari e Operatori (CUFO)

2. Negli incontri della rete di partenariato dei singoli progetti PRISMA, tra le Associazioni e i Referenti di progetto (per progettare insieme le azioni e per il monitoraggio e verifiche intermedie e finali)

3. Negli incontri mensili di coordinamento PRISMA tra i Referenti nominati dal dipartimento

4. Negli incontri tra la direzione, i capofila dei progetti e i referenti dipartimentali di ciascun progetto

5. Negli incontri tra le Associazioni coinvolte nei progetti, i referenti dipartimentali e i professionisti delle diverse Unità Operative che vengono organizzate annualmente per presentare le molte opportunità offerte dai progetti per gli utenti e i loro familiari.

1. Come da regolamento del programma prisma, ogni anno nell'incontro del CUFO di Ottobre, le diverse Associazioni che intendono partecipare alla progettualità PRISMA presentano la lettera d'intenti a tutto il gruppo. Dopo aver condiviso le diverse idee progettuali, dichiarano il loro interesse a fare parte della rete di partenariato per la realizzazione delle azioni e costituiscono il gruppo di lavoro con i referenti del DSM-DP per la stesura del progetto definitivo, con l'individuazione dell'Associazione capofila e dell'operatore referente di progetto.

2. La rete di partenariato costituita tra le Associazioni, l'Associazione capofila e i Referenti, si incontrano in diversi momenti durante l'anno per costruire il progetto, monitorare e verificare l'andamento, valutando i punti di forza e le criticità.

3. I referenti, che si incontrano mensilmente in un incontro di coordinamento, sono operatori nominati dalla Direzione del Dipartimento e comprendono:

- Il referente Aziendale PRISMA;
- I referenti di progetto PRISMA;
- I referenti PRISMA di Unità Operativa.

Il Referente di Progetto ha l'obiettivo di condividere con le Associazioni che aderiscono al Programma Prisma le proposte progettuali nate dal rilevamento dei bisogni da parte sia degli utenti, delle famiglie che dei Servizi; co-progettare le azioni, sostenere il percorso, monitorare l'andamento del progetto.

Il Referente Prisma di U.O. ha l'obiettivo di creare una rete di relazioni e scambi tra le Associazioni del

proprio territorio e l'équipe dei professionisti, per migliorare l'analisi e il rilevamento dei bisogni degli utenti e dei loro familiari/caregivers. Inoltre sostiene la promozione del progetto all'interno del proprio Servizio, anche attraverso l'individuazione diretta, o da parte dei colleghi, dei possibili utenti o familiari interessati.

Il referente di Progetto e di U.O. devono essere sempre coinvolti negli scambi tra le Associazioni e le equipe territoriali, tra i vari soggetti della rete, e per tutto quello che riguarda la progettualità prisma.

Il Referente Aziendale del Programma PRISMA ha funzioni di coordinamento e sostegno di tutto il processo, dei referenti di Progetto, dei referenti di U.O. e delle Associazioni.

Programma una calendarizzazione di incontri di coordinamento a cadenza mensile con i referenti dipartimentali; programma incontri di progettazione e verifica con le Associazioni; incontra, insieme alle Associazioni che hanno proposto i progetti e ai referenti, le varie equipe territoriali per presentare il Programma PRISMA annuale (primi mesi dell'anno).

Dal 2015 (anno in cui sono stati nominati i Referenti)

ESPERIENZA L'APPROCCIO DIALOGICO

Nelle professioni sociali, qualunque sia il ruolo che si ricopre, è determinante rendersi conto che tutto ciò che sostiene e facilita la relazione e quindi "aiuta" ad affrontare le complessità/difficoltà, di per sé, passa attraverso il riconoscimento dell'altro, con chiunque e dovunque ci si trovi: non è la specificità del ruolo di "esperto" o di "responsabile (tecnico / amministratore)" che permette di dipanare le situazioni complesse, ma è la possibilità di condividere, co-costruire, con altri, personali e/o collettive proposte percorribili "insieme con": DIALOGARE (διά = fra λόγος = discorso : discorso fra..).

A partire da questa schematica riflessione, frutto comunque di un forte coinvolgimento di un nutrito gruppo di lavoro (Responsabili e Amministratori locali, Assistenti Sociali ed Educatori, Colleghi Amministrativi), col fine di trovare strategie "più vicine" alle persone con cui "si lavora... e si vive", si è entrati nel percorso formativo dell'approccio DIALOGICO, sia per acquisire il metodo come Facilitatori ed applicarlo, sin da subito, allo specifico contesto lavorativo, ma anche con la "presunzione" di poter essere a nostra volta Formatori del metodo stesso, nei nostri territori, contaminando le diverse Istituzioni (Servizi educativi, Scuola e Servizi sanitari...).

ad oggi sono stati incontri in cui è stata acquisita una sempre maggiore competenza e cultura della co-progettazione insieme alle Associazioni da parte di tutto il gruppo dei referenti, con una sempre maggiore capacità di sostenere il processo in tutti i suoi aspetti.

4. Durante l'anno vengono organizzati uno o due incontri tra i capofila e i referenti dei progetti con la Direzione del DSM-DP per aggiornare il regolamento, sostenere le Associazioni negli iter amministrativi, valutare insieme l'andamento, analizzare qualsiasi dubbio o difficoltà che possa essere nel processo.

5. Quando il Programma Prisma viene approvato con determina dipartimentale, vengono organizzati incontri in tutte le Unità Operative della Psichiatria Adulti e della Neuropsichiatria Infantile, per dare modo ai professionisti di conoscere in maniera approfondita tutte le azioni che sono state organizzate a favore degli utenti, dei familiari e degli operatori. Questo per favorire il più possibile la promozione e la conoscenza delle tantissime opportunità di benessere per tutti che in questo modo si vengono a creare.

Panel di discussione e traccia per l'esposizione

Le condizioni facilitanti la costruzione di spazi di confronto nascono sempre dalla disponibilità all'ascolto e dalla volontà di stabilire un TEMPO da dedicargli, l'ascolto inoltre presuppone dinamiche relazionali, indipendentemente dalle parole espresse: questo in qualsiasi contesto, ma soprattutto in un Servizio pubblico come un Servizio Sociale, dove diviene comunque e sempre necessario mantenere le "antenne" accese e predisporre alle "contaminazioni/impollinazioni" che ci derivano da tutti i vari interlocutori con cui si opera.

Contesti gruppal (formalizzati e non), comunicazioni individuali, ecc., trovano modi e condizioni per esprimere il parere e le osservazioni di chi, in prima fila, registra lo stato di benessere/malessere della propria comunità. Le opzioni citate possono/devono poi scaturire in opportunità concrete.

Un esempio: OGGI, grazie al mix sopra schematicamente descritto, si è attivato, internamente al Servizio Sociale Minori, il tavolo INTERVISIONE DELLA COMPLESSITA'. Tutti i Lunedì dalle 11.00 alle 13.30 presso la sede centrale del Servizio Sociale TUTTE le 14 Assistenti sociali e i 3 educatori del servizio Minori si incontrano per

confrontarsi sulle “complessità”, non solo delle situazioni che seguono, ma anche sulle loro specifiche condizioni operative; nel gruppo la presenza del coordinatore d’area minori garantisce la comunicazione con tutto il sistema tecnico/amministrativo durante altri momenti di confronto. Su richiesta del Gruppo la dirigente e/o la responsabile del Servizio possono essere presente – VICEVERSA. Questa “infrastruttura” può essere un esempio organizzativo/relazionale effimero: il gruppo è stato richiesto dalle persone che vi partecipano e le stesse persone potrebbero in futuro modificarne il funzionamento, proporre l’evoluzione oppure decidere che non ci sia più! Il tutto in un

ESPERIENZA: Ricerca Partecipante e Emancipante .

La Ricerca Partecipante e Emancipante fornisce uno strumento prezioso per promuovere simultaneamente la produzione di conoscenze sulla disabilità (in questo caso, sulle donne con disabilità) e l’empowerment delle donne coinvolte nel processo di ricerca. Nell’approccio emancipante, attraverso l’acquisizione di competenze nella conduzione della ricerca, i soggetti di ricerca conducono tutte le attività di ricerca, dall’elaborazione della strategia di ricerca alla diffusione dei risultati: i ricercatori professionisti diventano solo facilitatori scientifici e questo trasferimento delle relazioni di potere sono decisivi per gli individui al fine di diventare parte attiva dei processi di produzione della conoscenza e di aumentare la loro influenza a livello decisionale.

La raccolta dei dati è autogestita dai soggetti della ricerca (per esempio le donne con disabilità in Palestina) con il supporto tecnico di DPO locali e di ARCOLab, Ricercatori dell’Università di Firenze, in progetti finanziati dall’Agenzia Italiana per la Cooperazione (AICS) e attuati da EducAid e AIFO, entrambi membri della rete italiana di Disabilità e Sviluppo.

AIFO da decenni si occupa della disabilità e quindi ha applicato, con l’assistenza tecnica di ARCOLab, questa metodologia in vari paesi e situazioni. In Palestina questa ricerca è stata condotta da donne con disabilità e le loro organizzazioni nella comprensione dei diversi ostacoli a una partecipazione piena ed efficace alla società. La Ricerca Emancipante sulla Disabilità (Emancipatory Disability Research EDR) ha come obiettivo generale di promuovere l’emancipazione delle persone emarginate e in particolare delle donne con disabilità.

Le donne con disabilità e le DPO hanno utilizzato i

rapporto Dialogico co/costruito tra Dirigenza e operatori.

Ancora: l’applicazione di un dialogo aperto o di un dialogo anticipatore “supportato dal formatore”, ma agito dagli operatori in formazione, crea la condizione per sperimentare una vicinanza con i nostri “utenti”, mai sperimentata prima: questo però non è un risultato è un elemento della costruzione dialogica, che per essere portata avanti necessita di nuovo di tutte le condizioni sopra descritte e di tenere gli elementi che compengono l’esperienza in un rapporto non settoriale, anzi trasversale, tra i diversi attori coinvolti.

risultati dell’EDR per attività di promozione (advocacy) e di campagne di sensibilizzazione, nonché per la progettazione di futuri interventi e progetti. Come sottoprodotto dell’EDR, la maggior parte delle donne che hanno partecipato alla ricerca sono ora collegate a reti spontanee che hanno superato (o almeno mitigato) il loro isolamento. Il ruolo specifico delle DPOs è d’identificare e motivare le donne a partecipare al progetto di ricerca, ad accompagnarle e applicare i risultati della ricerca.

Panel di discussione e traccia per l’esposizione

La pratica della ricerca partecipante e emancipante ha portato a identificare diverse lezioni apprese:

- Le persone direttamente coinvolte (comprese quelle che vivono in situazioni di emergenza e di crisi umanitarie) sono dotate di capacità analitiche forti capaci di fornire soluzioni programmatiche e sistemiche.
- Queste competenze dovrebbero essere utilizzate per progettare, monitorare e valutare gli interventi
- La ricerca partecipante e emancipante è in grado di creare un circolo virtuoso tra Empowerment e lo sviluppo di capacità analitiche (sia a livello individuale che a livello di organizzazione)
- Le persone coinvolte nella ricerca hanno ricevuto una formazione incentrata non solo sulla ricerca, sulla metodologia o sull’analisi dei dati, ma anche sugli approcci al lavoro di squadra e sull’apertura verso le esperienze degli altri
- La comunità dovrebbe essere informata sul processo di ricerca e, per quanto possibile, agire come facilitatore
- La ricerca partecipante e emancipante può essere un’opportunità per le organizzazioni comunitarie e tra queste le organizzazioni di persone con disabilità

(DPO) e gruppi di auto-aiuto per motivare e attrarre nuovi membri, rafforzando la loro influenza politica.

La ricerca-azione è stata praticata per decenni in diversi contesti. Questa metodologia è stata applicata da AIFO alla disabilità con la denominazione di Ricerca Emancipante sulla Disabilità (EDR) a Gaza e in Cisgiordania (Palestina). Inoltre, stanno per essere avviate altre esperienze di EDR in Mozambico, Giordania e Tunisia: negli ultimi due casi l'attenzione è rivolta ai rifugiati e ai migranti. In passato EDR è stata implementata in Karnataka (India) e in Mongolia. In questi casi, l'EDR è stata utilizzata per valutare e (ri)strutturare programmi di riabilitazione basati sulle comunità locali. Esiste quindi sia una metodologia consolidata, confermata dalla pratica, sia un numero di centri specializzati che possono accompagnare la ricerca in qualsiasi situazione.

I miglioramenti metodologici dipendono molto dall'uso sistematico della ricerca come strumento per coinvolgere l'oggetto della ricerca nella progettazione, nel monitoraggio e nella valutazione delle barriere e nella loro rimozione (compresi gli scenari di emergenza e di crisi umanitaria).

Per esperienza diretta di AIFO, l'EDR si adatta a diversi criteri che potrebbero migliorare la sua utilità

come strumento operativo. Tra loro:

- **Impatto dimostrabile:** l'impatto in termini di responsabilizzazione individuale dei ricercatori e miglioramento delle azioni di DPO può essere dimostrato analizzando le pubblicazioni e le relazioni di valutazione relative ai diversi EDR
- **Replicabile:** gli approcci EDR sono già stati applicati in diversi contesti
- **Sostenibile:** gli stakeholders coinvolti nelle esperienze EDR hanno dimostrato di essere in grado di utilizzare i risultati della ricerca dopo la fine del progetto di ricerca
- **Sistemica:** l'EDR può essere utilizzato lungo l'intero ciclo dell'intervento (ideazione, progettazione, monitoraggio, valutazione ecc.)
- **Efficiente:** l'EDR può essere utilizzato per migliorare il targeting e quindi l'efficienza degli interventi
- **Incentrato sulla persona:** l'EDR si concentra sullo sviluppo delle capacità individuali e sull'empowerment. Come riferito dai partecipanti all'EDR in Cisgiordania, il principale risultato dell'EDR a livello individuale è la consapevolezza della possibilità di superare i propri limiti.

Apprendimento/ Deuteroapprendimento: nuove prassi in alleanza Università, Servizi e Comunità

Coordinano:

- Fabrizia Paltrinieri (Servizio politiche sociali, Regione Emilia-Romagna) e Gabriel Baptista (Rede Unida, Brasile)

Esperienze:

- Lezioni Aperte di Vincenza Pellegrino, Università di Parma. A cura di: Rossana Pippa, Irene e Svetla Erokhina “Sguardi incrociati”, Parma.
- Saperi Pubblici: A cura di Ivo Quaranta, Università di Bologna.
- Università del Volontariato: A cura di Cinzia Migani e Paola Atzei (CESEVOBO).
- Primary Health Care now or never. A cura di Giorgio Dessa.

ESPERIENZA: Lezioni Aperte

Le Lezioni Aperte sono una modalità didattica sperimentale - quella della docenza universitaria partecipata, che prevede il coinvolgimento nelle docenze universitarie di persone che abbiano esperienza diretta dei fenomeni sociali analizzati. Richiedenti asilo, femministe di diverse generazioni e origini, persone (ex) detenute, attivisti di diversi movimenti e associazioni, operatori sociali, per fare qualche esempio, discutono insieme su come “rappresentare” in aula la globalizzazione, le migrazioni forzate, le precarizzazioni di massa, l’impoverimento, lo sfruttamento e la resistenza oggi. Prima delle lezioni, la selezione delle tematiche è oggetto di lavoro tra i docenti e le associazioni coinvolte; durante le lezioni, sono chiamati a prender parola attori sociali che solitamente non parlano nello spazio pubblico. In tal senso, è importante predisporre contesti didattici che favoriscano il confronto tra mondi e linguaggi diversi, tra discipline accademiche e saperi esperienziali, attraverso diverse modalità (dialoghi, spazi di narrazione e di teatralizzazione, produzioni visuali e così via).

I gruppi con cui collaboro da anni per preparare le lezioni aperte sono diversi, tra cui i principali con richiedenti asilo (con la onlus Ciac Parma) e le donne delle associazioni del centro interculturale di Parma (Tavolo Sguardi Incrociati)

Panel di discussione e traccia per l’esposizione

- Il caso delle Lezioni Aperte curate dal tavolo Sguardi Incrociati del Centro Interculturale di Parma, a cura di Samar Amin, Fadhila Ben Aziza, Francesca

Bigliardi, Svetlana Erokhina, Chiara Morteo, Vincenza Pellegrino, Rosanna Pippa, Elvana Sherifi, Vojsava Tahiraj, Irene Valota

Questo specifico gruppo di lavoro delle lezioni aperte si occupa dei temi dell’intercultura. L’obiettivo di queste lezioni è definire cosa intendiamo per “dialogo interculturale”. Cosa sono le culture? In che modo le persone vivono una, due, mille culture? Cosa è l’identità e come la si costruisce nel viaggiare perpetuo? Quali rappresentazioni del “noi” e del “loro” costruiscono un mondo migliore o peggiore? La questione interculturale viene affrontata a partire dall’esperienza migratoria al femminile, dentro mondi associativi di donne impegnate in percorsi di emancipazione, voce, autorappresentazione, azione collettiva nel mondo di oggi, che vorremmo post-coloniale.

Il metodo di lavoro è quello della narrazione auto-biografica corale. Ciascuna di noi scrive intorno ad un tema, legge la sua storia, si gemella ad una storia che la tocca per estraneità o per sorellanza (metodo narrativo a specchio e a lente).

I materiali biografici che accumuliamo nel confronto tra noi permettono di presentare agli studenti i temi dell’intercultura sopra descritti.

Negli anni passati abbiamo affrontato:

- il corpo delle donne: chi lo governa?
- la partecipazione civica e politica e le donne: buttarsi o fuggire?
- ricucire, mediare, riparare: come queste pratiche stanno nella vita femminile?
- amore e conflitto, coppia e violenza

ESPERIENZA: Saperi Pubblici

Saperi Pubblici è un progetto nato dall'iniziativa di studenti e docenti dell'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna nel corso dell'estate del 2018. Il suo obiettivo è quello di prendere posizione come comunità accademica intorno ai temi che caratterizzano il nostro presente globale, a partire dai saperi e dai valori che fondano il sistema universitario.

Saperi Pubblici intende affermare e sostanziare la responsabilità pubblica dell'Università, privilegiando i contesti pubblici per entrare in contatto con la società civile.

Panel di discussione e traccia per l'esposizione

«Scrittori, giornalisti, musicisti, registi, attori, artisti, pro-fes-so-ri! Dico a voi! Adesso è il momento di mobilitarsi: tra molto poco potrebbe essere troppo tardi» (M. Ciancio). «Serve un'Università che si assuma la responsabilità di esprimere la propria posizione. Sono inutili al Paese intellettuali potenti ma silenziosi» (F. Maraffa).

Così, nel luglio del 2018, due studentesse dell'Alma Mater Studiorum si sono rivolte, con due coraggiose lettere aperte, ai loro professori e alla loro Università: un'Università pubblica e laica, autonoma e pluralistica, chiamata in questo modo a esprimersi su un presente politico che allarma e spesso indigna.

Saperi pubblici è la prima risposta ai loro appelli:

docenti e studenti, artisti e società civile si sono dati appuntamento a Bologna, in piazza Verdi, al centro della zona universitaria, nei giorni dell'1 e 2 ottobre, per affermare il loro diritto e dovere di prendere la parola: di prendere posizione, pubblicamente e chiaramente.

Di fronte all'istigazione al razzismo e alla retorica della patria; di fronte al disprezzo delle diversità e all'attacco a diritti che credevamo indiscutibili; di fronte alla squalificazione della scienza e della competenza, al dibattito pubblico ridotto a un post o a un tweet, alla presunta volontà del popolo invocata per giustificare tutto, anche la quotidiana educazione al pregiudizio, all'intolleranza e all'odio; di fronte a tutto questo, e contro ogni forma di «povertà critica» (S. Mattarella), docenti, studenti, scrittori, attori e musicisti si raduneranno per chiedere: proviamo a ragionare?

Nei mesi successivi, dopo la straordinaria risposta della cittadinanza all'iniziativa dell'1-2 ottobre, Saperi Pubblici ha proseguito le sue attività attraverso un progetto di ricerca animato da studenti di diversi corsi di studi dell'Alma Mater nei contesti dove l'accoglienza di persone migranti ha dato vita a nuove forme di socialità. Sotto la supervisione dei Professori Nico Staiti e Anna Scalfano, gli studenti hanno già avviato un primo momento di ricerca nei comuni della Locride in Calabria.

Saperi Pubblici vuole essere un progetto attraverso cui sperimentare nuove forme di promozione della rilevanza pubblica dell'Università.

ESPERIENZA: Università' del Volontariato: La formazione, il riconoscimento delle competenze E degli apprendimenti esperienziali dei volontari

L'UNIVERSITA' DEL VOLONTARIATO a Bologna è un progetto culturale e formativo del Centro Servizi per il Volontariato Volabo in partnership con soggetti istituzionali, accademici, del Terzo Settore e del territorio locale e nazionale, e altri CSV. Un luogo di formazione, aperto a coloro che si impegnano per gli altri e per i beni comuni, cittadini volontari e organizzazioni non profit. Un luogo di pensiero, aperto a tutti coloro che sono interessati ad approfondimenti e scambi sui saperi del Volontariato, del Terzo Settore e della Comunità, sulle prassi che riguardano la solidarietà, la partecipazione, il welfare, la sussidiarietà.

Offre diverse opportunità per una formazione di base e di messa a sistema di conoscenze, valori, metodi e pratiche del volontariato e una formazione specialistica su sei aree tematiche.

Volabo ha inoltre sviluppato una serie di azioni e interventi di sensibilizzazione e valorizzazione del volontariato come ambito di apprendimento permanente dei cittadini e di acquisizione di competenze da esperienza "trasferibili" in altri ambiti di vita; e un servizio di accompagnamento e consulenza per il riconoscimento e l'attestazione delle competenze maturate dai cittadini che svolgono attività di volontariato con il CVol, Il LIBRETTO DELLE COMPETENZE DEL VOLONTARIO e il CVolSmart specifico per il volontariato giovanile.

Panel di discussione e traccia per l'esposizione

L'esperienza di UNIVOL Università del volontariato, insieme a quella del riconoscimento e valorizzazione delle competenze acquisite nel volontariato (Cvol il Libretto delle competenze del volontario) verrà presentata, in chiave narrativa ed

esemplificativa, attraverso queste dimensioni di lettura.

Univol, un progetto collettivo per la collettività e la circolarità dei saperi.

Univol apprendimenti e meta-apprendimenti dei corsisti e non solo.

Le dimensioni dell'”intangibile” nel processo formativo.

La dimensione generativa della formazione ...il decollo, il volo, l'atterraggio...che impatto!!

Ricostruire il proprio percorso di volontario come apprendimento esperienziale, un percorso di

deutero-apprendimento e di empowerment.

“E’ da vent’anni che faccio volontariato ma non mi ero resa conto di avere tutte queste competenze!” Il volontariato, un “luogo” di apprendimento di competenze.

Le competenze dei volontari sono competenze della comunità.

Imparare ad imparare, la competenza “ponte” per tenere botta e mantenere la rotta!!

PAOLA ATZEI, responsabile Area Formazione e Sviluppo competenze, CSV Volabo.

ESPERIENZA: “2018 Primary Health Care: Now or never”: Campagna Italiana per un nuovo modello di Cure Primarie

La sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici in periodo di transizione epidemiologica, demografica e sociale richiede una radicale trasformazione del modello assistenziale attraverso il coinvolgimento attivo della comunità in una prospettiva integrata, multi-professionale e multi-settoriale. In altre parole, attraverso un modello di Cure Primarie collaborativo e partecipato (Comprehensive Primary Health Care, C-PHC) centrato sul paziente e sulle sue reti familiari o di relazioni prossimali.

La campagna “2018 Primary Health Care: Now or Never” nasce a Ferrara nel novembre 2017 dall'incontro di un gruppo di giovani professionisti della salute provenienti da tutta Italia ed è promossa con l'obiettivo di richiamare e coinvolgere i soggetti interessati di tutti i settori (gestori, professionisti, lavoratori, cittadini) allo sviluppo di una C-PHC, rimarcando il diritto alla salute come diritto umano fondamentale, la necessità della lotta alle disuguaglianze in salute e lo sviluppo di un servizio sanitario universalistico, inclusivo, equo e pubblico.

Panel di discussione e traccia per l'esposizione

Formazione sul campo ed Esplorazione dei modelli di Primary Health Care già esistenti. Scegliamo e visitiamo alcune delle realtà considerate virtuose di

Cure Primarie già presenti a livello nazionale e internazionale. Esploriamo con gli operatori i diversi servizi creando in loco spazi dedicati dove analizzare quali misure concrete risultino auspicabili ed efficaci nel sostegno alla salute e nella presa in carico globale dei problemi socio sanitari della popolazione, prestando particolare attenzione al ruolo del Medico di Medicina Generale nel nuovo contesto epidemiologico.

Formazione e Autoformazione attraverso gruppi di lavoro e studio sui temi relativi all'Assistenza Primaria alla Salute con lo scopo di raccogliere e ordinare materiale bibliografico e produrre articoli divulgativi, riflessioni, sintesi. L'apprendimento condiviso e il lavoro di gruppo sono propedeutici ad acquisire quelle metacompetenze necessarie per lavorare in un'équipe multidisciplinare.

Diffusione. Organizzazione di iniziative locali e nazionali, che – prendendo atto della transizione epidemiologica e sociale del XXI secolo – supportino, canalizzino e catalizzino il cambiamento culturale verso una PHC di tipo Comprehensive attraverso una maggiore conoscenza, produzione di empowerment e acquisizione delle competenze necessarie per lavorare in un contesto di Cure Primarie.

Posizionamento etico e politico. Sostegno del diritto alla salute come diritto umano fondamentale, attraverso un Servizio Sanitario Nazionale che sia universalistico, equo, pubblico e impegnato nel contrastare le disuguaglianze sociali in salute.

La Creatività come valore organizzativo

Coordinano:

- Mirian Ribeiro Conceição (Università Federale Fluminense, Niteroi) e Silvia Zoli (Unione Bassa Romagna)

Esperienze a cura di:

- Maria Grazia Polastri (direttrice dell'ASP Pianura EST);
- Silvia Mambelli (Direttrice Infermieristica e Tecnica, Azienda USL Romagna);
- Chiara Neviani (Comune di Modena);
- Fausto Trevisani (Direttore del Distretto di Bologna, Azienda USL Bologna);
- Maria Luisia Moro (Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell'Emilia-Romagna).

ESPERIENZA: “LE PAROLE DELL’ASP”

Realizzazione di un percorso partecipativo (operatori, utenti, famigliari utenti, associazioni, rappresentanti delle istituzioni) per la costruzione della Carta dei Valori dell'Asp.

Il percorso è stato realizzato utilizzando metodi di lavoro diversi da quanto fatto in precedenza (world café, focus group, ecc...) per coinvolgere le diverse figure prima in modo omogeneo (tutti gli operatori, tutte le figure amministrative, ecc...) poi in modo integrato inserendo utenti, famigliari, rappresentanti di associazioni ed istituzioni, ecc...

Gli incontri, aperti ad ogni proposta, idea, ragionamento, confronto, hanno preparato la strada alla fase della restituzione.

Raccolte le parole/valori è stata predisposta la Carta dei Valori e la presentazione avverrà (il 22 marzo) in teatro attraverso lavori (fotografie, scenette, cartelloni, ecc...) creati da gruppi di lavoro misti, ad ognuno dei quali è stata “affidata” una parola.

Ogni gruppo sta creando questi lavori in base ai talenti posseduti dai componenti (chi sa fotografare, chi scrive, chi sa suonare uno strumento, ecc...) in piena libertà ed esprimendo la massima creatività personale.

La realizzazione della Carta dei Valori non è l'unico obiettivo di questa esperienza.

Attraverso la condivisione dei Valori si è lavorato sulla costruzione dell'identità dell'Asp Pianura Est e sul conseguente sviluppo del senso di appartenenza

alla sua organizzazione.

L'Asp è un ente nuovo, nato dalla fusione di due Asp più piccole, fatto di persone che non sempre si conoscono e spesso non lavorano insieme, quindi difficilmente condividono esperienze e idee.

Era necessario creare occasioni di confronto e condivisione vere, al di fuori dei consueti metodi di lavoro (riunioni, staff, assemblee ecc...) in cui spesso si ascolta e si risponde senza mai mettersi davvero “in gioco”.

L'esperienza dovrà puntare a cogliere gli elementi che caratterizzano la creatività come prassi organizzativa a livello programmatico/gestionale. Se prendiamo ad esempio l'indice europeo di creatività di un paese, nella misura vengono considerati tre elementi: il talento creativo, lo sviluppo tecnologico del paese, il livello di apertura alle diversità del paese.

Quindi nel contesto dei servizi pubblici quali sono gli ingredienti? Quando si è usciti dalla zona confort e sono state prese strade diverse? Quali condizioni organizzativo/contestuali favoriscono la creatività? In che misura la creatività si confronta con i vincoli?

Cercare di fissare uno dei momenti del processo descritti, ovvero il passaggio in cui si è fatto un cambio di “rotta” rispetto al “già noto” e come il processo creativo che lo ha generato potrebbe sedimentarsi.

Innanzitutto i servizi alla persona, il rapporto con bisogni sempre diversi, obbliga in qualche modo ad usare una certa creatività, che ogni operatore, soprattutto nei servizi pubblici, deve comunque

contenere all'interno di direttive, procedure, linee guida, ben presenti e spesso molto pesanti.

Inoltre l'epoca in cui viviamo ci porta ad irrigidirci in modalità operative standard per salvarci dalle responsabilità di fronte a contenziosi con utenti sempre più difficili.

In questo contesto è molto forte la tentazione di reprimere il proprio lato creativo e lasciare tutto lo spazio ad azioni codificate.

Ma nel tempo il lavoro codificato, rigido, porta a minore coinvolgimento ed a difficoltà nel trovare le soluzioni giuste.

Ci siamo accorti che i normali metodi di confronto (riunioni, staff, assemblee) portavano scarsa partecipazione, poche idee.

Quindi cambio di rotta: si è scelto di intraprendere un percorso "sconosciuto" per arrivare al risultato Carta dei Valori/identità aziendale, uscendo dal più facile sentiero della condivisione di un documento già impostato o costruito da esperti.

Serviva un modo per confrontarsi diverso, più stimolante.

ESPERIENZA:

Affrontare la CRISI come OPPORTUNITA' implica SVILUPPARE UN PENSIERO CREATIVO che consenta di rigenerare e innovare il contesto organizzativo.

Richiamando i momenti salienti dell'esperienza degli ultimi 10 anni identifico di fatto 3 eventi che hanno determinato i maggiori cambiamenti organizzativi innovativi e che hanno rappresentato il volano per un progressivo sviluppo di servizi maggiormente rispondenti ai mutati bisogni di salute.

- 1° EVENTO: 2004 Trasferimento dell'Ospedale dalla struttura vecchia a quella nuova distante 4 Km.

OPPORTUNITA': Reingegnerizzazione dei processi assistenziale e della logistica del farmaco e delle piattaforme logistiche assistenziali. Tecnologia informatica a supporto del processo assistenziale e degli approvvigionamenti.

- 2° EVENTO: 2009 Piano di rientro per disavanzo di bilancio

OPPORTUNITA': Trasformazione di un Presidio Ospedaliero in Casa della Salute, apertura dell'Ospedale di Comunità e sviluppo degli ambulatori infermieristici nei Nuclei di Cure

Ed è quello che si è portato avanti, con metodologie di confronto che lasciavano maggiore spazio ai partecipanti, la possibilità di dire qualsiasi cosa in una situazione informale.

Si è passati dalla diffidenza, alla curiosità ed ora c'è aspettativa per il futuro.

Imparare a lasciare maggiore spazio al singolo per trovare e mettere in atto soluzioni inconsuete a problemi difficili da risolvere è sicuramente una modalità operativa da seguire e sviluppare.

Servono:

- Tempo: per incontrarsi per confrontarsi
- Flessibilità: non tutto deve per forza essere codificato, procedure semplici
- Rispetto delle diversità operative: l'importante è il risultato (all'interno di regole stabilite)

In sostanza se ci si sente "speciali" all'interno dell'organizzazione di cui si fa parte ci si comporta in modo "speciale" e si arriva dove azioni "ordinarie" non riescono ad arrivare.

Primarie.

- 3° EVENTO: 2014 AUSL della ROMAGNA derivante dalla fusione di 4 ex aziende (Forlì, Cesena, Rimini, Ravenna)

Tutti e tre gli eventi sono stati determinanti per avviare in forma inarrestabile e progressivo continuum unidirezionale un cambiamento organizzativo che ha cambiato radicalmente la precedente organizzazione.

In particolare, nell'AUSL della Romagna si è sviluppato il concetto di creatività dei servizi all'interno delle cure primarie e delle cure intermedie.

La creatività ha come fattori caratterizzanti una particolare sensibilità ai problemi, capacità di produrre idee, originalità nell'ideare, capacità di sintesi e di analisi, capacità di definire e strutturare in modo nuovo le proprie esperienze e conoscenze e non si può realizzarla se non legata al concetto di umanizzazione delle cure.

"Per umanizzazione s'intende quel processo in cui si deve porre il malato al centro della cura; questo concetto segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia ad una come persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute. Si può sottolineare quindi che il processo di umanizzazione consiste sostanzialmente nel

riconduzione al centro l'uomo con la sua esperienza di malattia e i suoi vissuti”: così una definizione di umanizzazione in letteratura medica. (fonte: sito web: www.agenas.it)

Conciliare i due concetti significa dunque svolgere attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo al fine di “favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte relative ai percorsi di cura che permette di conoscere altri bisogni delle persone assistite, e, di conseguenza, di costruire un sistema in cui l'attenzione ai bisogni più intimi delle persone possa conciliarsi perfettamente con la necessità di assicurare un elevato livello di qualità delle cure e di appropriatezza terapeutica”. Francesco Bevere Direttore Agenas

(Creatività nelle cure primarie significa ripensarsi nella logica del cambiamento socio demografico. Creatività nelle cure primarie significa creare le cure intermedie. Creatività nelle cure intermedie significa “Interconnessione” a 360°.)

L'esperienza dovrà puntare a cogliere gli elementi che caratterizzano la creatività come prassi organizzativa a livello programmatico/gestionale. Se prendiamo ad esempio l'indice europeo di creatività di un paese, nella misura vengono considerati tre elementi: **il talento creativo, lo sviluppo tecnologico del paese, il livello di apertura alle diversità del paese.**

Quindi nel contesto dei servizi pubblici quali sono gli ingredienti? Quando si è usciti dalla zona confort e sono state prese strade diverse? Quali condizioni organizzativo/contextuali favoriscono la creatività? In che misura la creatività si confronta con i vincoli?

Cercare di fissare uno dei momenti del processo descritti, ovvero il passaggio in cui si è fatto un cambio di “rotta” rispetto al “già noto” e come il processo creativo che lo ha generato potrebbe sedimentarsi.

Nell'AUSL della Romagna sono state e si stanno sviluppando contesti organizzativi che derivano da mandati Regionali e l'elemento di valore è dato dal modo in cui si sono sviluppati tali contesti.

La logica della creatività associata alla vicinanza e alla prossimità della persona e al valore della umanizzazione delle cure vuole e deve essere il motore della crescita dei servizi.

Se poniamo al centro del nostro sguardo la persona, al di là del ruolo sanitario rivestito, non possiamo che valorizzare il concetto di creatività e ancor più di creatività di sistema. Lasciamo da parte per un attimo la parola equipe forse anch'essa ormai superata. L'equipe infatti di per se è divenuta ad oggi un

concetto “stretto” e limitante. E' infatti il sistema che si deve mettere in gioco, sistema inteso come “Complesso di elementi che, mantenendo le proprie caratteristiche, formano un tutto organico”.

Il bisogno di assistenza della persona in questo particolare momento storico ha assunto una connotazione a “link”. Si è passati da concetto del to cure, (cura della malattia) a quello del to care (prendersi cura in cui il soggetto è la persona) a quello del caring (farsi carico in cui il soggetto è la persona-ambiente).

Nella standardizzazione dei percorsi che necessariamente dobbiamo creare è necessaria la giusta dose di creatività legata alla unicità del soggetto fatto persona. Fare, fare per, fare con la persona il percorso di salute pensandola inserita nel proprio contesto socio culturale e familiare.

I processi organizzativi e produttivi allora si interconnettono, si interrogano e si rivedono sempre per cercare di offrire la giusta opportunità e la giusta risposta ai cittadini.

Ingredienti:

- Sostegno: Elemento o struttura che serve a sostenere, a sorreggere
- Fiducia nel cambiamento e nei professionisti: Atteggiamento, verso altri o verso sé stessi, che risulta da una valutazione positiva di fatti, circostanze, relazioni, per cui si confida nelle altrui o proprie possibilità
- Cautela: essere prudenti e accorti
- determinazione: Azione e conseguenza del determinare, cioè dello stabilire o indicare con esattezza
- Umiltà: riconoscimento dei limiti e volontà di superarli
-

OSCO: L'OsCo è una struttura sanitaria territoriale intermedia con degenza temporanea, a gestione infermieristica e a bassa/media complessità clinica e alta complessità assistenziale. La configurazione del setting assistenziale è partita dal ripensamento dei confini organizzativi, dalla ridefinizione dei livelli di assistenza, ma soprattutto dalla ricerca dei nuovi livelli di integrazione dei professionisti che è risultata essere l'elemento fondamentale alla implementazione del progetto. I punti cardine per una funzionale presa in cura sono rappresentati da:

- centralità della persona assistita, globalmente intesa: come titolare del diritto di ricevere assistenza personalizzata e di qualità, anche attraverso un ruolo partecipato al proprio piano di cura ed assistenza,

allargando in ciascun professionista il concetto di paziente a concetto di famiglia;

- coinvolgimento dei familiari: intesi come persone significative dal punto di vista affettivo, nonché intesa come risorsa da coinvolgere nel processo d'assistenza;
- continuità assistenziale: per accompagnare le persone al proprio domicilio, attivando tutta la rete di professionisti necessari per soddisfare gli specifici bisogni di salute;
- centralità del lavoro multidisciplinare: considerato elemento cardine per garantire cooperazione e collaborazione funzionale tra i professionisti, mantenendo relazioni di vicendevole supporto.

ESPERIENZA:

Gestione interdisciplinare casi complessi nell'ambito del Distretto di Forlì

Dal 2014 al 2017 sul territorio del Distretto di Forlì stata avviata la gestione interdisciplinare di casi complessi. Per caso o bisogno complesso si intende una persona assistita con bisogni socio-sanitari-assistenziali che non possono essere risolti con una presa in carico "standardizzata" o che non rientra in percorsi di risposta al cittadino già strutturati. Il bisogno complesso o caso complesso richiede l'intervento di più servizi e risorse diversificate per essere preso in carico dal sistema, rispetto ai percorsi già definiti in Azienda, secondo una logica di appropriatezza, equità e garanzia di risposta da fornire a tutti i cittadini.

L'esperienza maturata sul nostro territorio ha visto in una prima fase la tessitura di una forte rete di rapporti intra ed extra Aziendali. (servizi sociali territoriali, associazioni di volontariato, Istituzioni ecc) La conoscenza della rete, delle interfacce è risultata infatti fondamentale per l'avvio della esperienza. Per fare ciò è stato identificato un coordinamento per i casi complessi con il compito di "regista" delle situazioni in carico e della rete dei professionisti. Lo strumento per la gestione dei casi è stata l'UVM.

L'U.V.M., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- considerare e condividere la valutazione del bisogno socio-sanitario e la proposta di progetto;
- utilizzare le competenze di ciascuno dei componenti, compresa la persona interessata, per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;

- individuare, se necessario, nell'ambito dei soggetti co-gestori (di concerto con l'utente o i parenti tenuti agli obblighi alimentari), il soggetto più idoneo a soddisfare i bisogni rilevati;
- modulare sul singolo caso la presa in carico, definire/ridefinire il responsabile di progetto a seconda dell'evoluzione del bisogno, valutare il raggiungimento dei risultati attesi.

L'esperienza ha insegnato che proprio nella gestione delle situazioni complesse in cui il sociale e sanitario si miscelano senza possibilità di distinzione che la "creatività" del sistema si esprime.

Ogni situazione o caso complesso ha realizzato una gestione "fuori dagli schemi" grazie alla flessibilità ed adattamento dei servizi alla situazione. Il grande lavoro di interfaccia tra i servizi attraverso la gestione operativa delle situazioni complesse ha permesso inoltre di ampliare ulteriormente la conoscenza tra i servizi, di aprire collaborazioni nuove intra ed extra Aziendali aumentando la fiducia tra i servizi stessi. Le collaborazioni fattive hanno "abbracciato" l'utente e la famiglia e in alcuni casi le situazioni complesse sono state "scortate" attraverso il sostegno dei servizi senza la pretesa di "soluzione" ma nella logica di accompagnamento.

ESPERIENZA:

Nucleo Operativo di Continuità Ospedale territorio (NuCot)

Per la realizzazione della presa in carico del paziente in dimissione protetta

Il Nucot ha la finalità di attivare strumenti operativi finalizzati alla realizzazione di percorsi di continuità assistenziale nell'ambito ospedaliero verso i diversi setting territoriali, per tutti i pazienti che ne necessitano.

Il Nucleo Operativo di Continuità Ospedale territorio (NuCOT) presente in ogni ambito territoriale, è costituito da un team multidisciplinare con competenze multi professionali che, nella struttura di base, includono competenze infermieristiche, mediche e sociali.

Il CI/CM del NuCot ha la responsabilità di coordinare i flussi in uscita, tenuto conto delle esigenze organizzative monitorate dai Bed Manager, nel pieno rispetto dell'appropriatezza dei setting assistenziali e dei principi cardine della "dimissione protetta", del paziente e della famiglia.

L'attività del NuCOT deve essere garantita attraverso una stretta collaborazione con i Bed Manager per

ottimizzare la gestione complessiva dei flussi in entrata e uscita dall'ospedale.

Oltre a gestire i flussi in uscita all'interno del proprio ambito territoriale di riferimento, i NUCOT si interfacciano tra loro per facilitare i trasferimenti.

I principi fondamentali del funzionamento del NUCOT sono rappresentati da:

- Centralizzazione della raccolta/processazione delle proposte di dimissioni protette;
- Multidimensionalità della valutazione e personalizzazione delle cure;
- Monitoraggio dei percorsi;
- Unificazione del PUA dimissioni protette con il Nucleo di continuità Ospedale-Territorio;
- Disponibilità di un Sistema informatico unico;
- Utilizzo di indicatori comuni.

Case della Salute

L'AUSL della Romagna ha dato attuazione al percorso di sviluppo delle Case della Salute, coerentemente con le Indicazioni regionali (DGR n. 291/2010) e sono in corso di realizzazione le Linee di Indirizzo contenute nella DGR n. 2128/2016, al fine di mettere in atto elementi organizzativi e assistenziali a supporto del coordinamento delle attività, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e dell'attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari.

In tutte le Case della salute che insistono nei Distretti dell'AUSL Romagna, è stato nominato il Responsabile organizzativo. I board organizzativo-gestionali sono in corso di attivazione, coerentemente con i criteri omogenei nella identificazione dei professionisti da inserire nei board e delle modalità operative, definiti dal tavolo dei

Direttori dei Distretto.

Ambulatori della Cronicità

La Casa della Salute è il luogo privilegiato per la medicina di iniziativa; in particolare, l'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità rappresenta la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico multidisciplinare, che coinvolge i Medici di Medicina Generale e gli Infermieri, in collaborazione con gli Specialisti.

La regione Emilia-Romagna, con la DGR 427/2009, ha voluto valorizzare gli apporti professionali e garantire risposte appropriate ai bisogni di salute dei cittadini e sancisce che la malattia cronica rappresenta una condizione che non trova più nella clinica l'unica risposta. Da ciò deriva la necessità di sviluppare una struttura di equipe integrata sostenuta nei percorsi assistenziali da linee guida "evidence based" con l'utilizzo di sistemi informativi a supporto delle decisioni e progettazioni di interventi.

Gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità si inseriscono in questo disegno rappresentando uno dei setting di sviluppo strategico del sistema delle cure territoriali che si possono implementare, con modalità diverse, nelle Case della Salute, e nei Nuclei di Cure Primarie.

L'ambulatorio infermieristico si propone come uno dei luoghi elettivi per il supporto all'autocura e di educazione terapeutica del paziente e del caregiver, per attività di prevenzione ed educazione alla salute e al sostegno della partecipazione della comunità dove l'infermiere lavora in stretta collaborazione con il MMG, nel rispetto delle competenze distintive di ciascuna professionalità.

Nella presa in carico di pazienti cronici, la creatività viene messa in atto quotidianamente dall'Infermiere che si impegna ad adattare il piano di cura previsto dai PDTA alle caratteristiche del paziente che prende in carico (pluripatologie, necessità di empowerment, disponibilità al cambiamento dello stile di vita ecc).

Il Servizio Sociale del Comune di Modena al tempo dell'incertezza



LE PIAZZE: METODOLOGIE PER INNOVARE SERVIZI E ISTITUZIONI. TECNOLOGIE LIEVI E SOFISTICATE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

<p>Piazza 1 Spazi di confronto e riflessione: 'infrastrutture' per le organizzazioni moderne</p>	<p>L'esperienza dov stimolare discussione sugli elementi che contraddistinguono "le infrastrutture" di spazi di confronto e riflessione, in quanto spazi fondamentali per le organizzazioni moderne sempre più sfidate dalla complessità e dalla impossibilità di attenersi a risposte standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quali sono le condizioni che servono per definire gli spazi di confronto e riflessione e farli diventare "infrastrutture" - Quali caratteristiche organizzative presentano: "effimere", fluttuanti, cosa stanno costruendo 	<p>Coordinamento: Brigida L Marta; Matteo Lei</p> <p>Commentatore: Ana Abrahão</p>
<p>Esploratori italiani</p>	<p>Esploratori brasiliani</p>	<p>Esperienze</p>
<p>Antonella Carafelli (Regione Emilia-Romagna) Anna Del Mugnaio (Responsabile Ufficio di Piano Pianura Est Dorella Costi (Azienda Usl di Reggio Emilia)</p>	<p>Júlio Cesar Schweickardt Paulo Chaves Martins Sheila Giardini Murta Margô Gomes de Oliveira Karnikowiski Kyrlian Bartira Bortolozzi Marcelo Gipiela Giovani De Souza Rodrigo Alves Torres de Oliveira Maria da Conceição de Sousa Rocha Túlio Batista Franco Maria Célia Vasconcellos Marcia Fernanda Mendes</p>	<p>1. Prisma: associazioni di volontariato-dipartimento di salute mentale a cura di Gabriella Gallo (Dipartimento di Salute Menale Az. Usl di Bologna) e Marie Françoise Delatour</p> <p>2. Lo "spazio" dialogico come prassi organizzativa A cura di Margherita Dall'Olio (Responsabile Area Minori e Famiglie Unione Bassa Romagna) e Maurizio Rosi (Direttore del Distretto Tresinaro Secchia)</p> <p>3. Ricerca Emancipante sulla Disabilità Michele Falavigna, Associazione Italiana degli Amici di Raoul Follereau- AIFO</p>
<p>Piazza 2 Apprendimento/ Deuteroapprendimento: nuove prassi in alleanza Università, Servizi e Comunità</p>	<p>Le esperienze dovranno puntare a mettere in evidenza in che termini l'azione implementata favorisce processi di deutero-apprendimento (imparare ad imparare): ad esempio attraverso le modalità di apprendimento (setting, luoghi, relazioni ecc.), e attraverso la valorizzazione dei saperi anche esperienziali.</p>	<p>Coordinamento: Fabrizia Paltrinieri, Gabriel Baptista</p> <p>Commentatore: Ricardo Burg Ceccim</p>
<p>Esploratori italiani</p>	<p>Esploratori brasiliani</p>	<p>Esperienze</p>
<p>Chiara Gabrielli (Sert Azienda USL di Modena) Bulgarelli Ketty (Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna) Elisabetta Scoccati (Azienda Usl Bologna)</p>	<p>Fabiana Mânica Martins Larissa Polejack Brambatti Amanda Brait Zerbeto Roberto Kenji Nakamura Cuman Francisco Eugenio Alves de Souza Claudemir Gibrim Débora Cristina Martins Ferreira Chemin Liliana Angel Vargas Marcia Claudia Ribeiro Dias Ariadina Heringer Figueredo</p>	<p>Lezioni Aperte di Vincenza Pellegrino, Università di Parma A cura di: Rossana Pippa, Irene e Svetla Erokhina "Sguardi incrociati" , Parma</p> <p>Saperi Pubblici A cura di Ivo Quaranta, Università di Bologna</p> <p>Università del Volontariato A cura di Cinzia Migani e Paola Atzei (CESEVOBO)</p> <p>Primary Health Care now or never Giorgio Dessa</p>

Annali / Anais – Laboratorio Italo-brasiliano ... (Saúde em Redes, v. 5, Suplemento 1, 2019)

<p>Piazza 3 La Creatività come valore organizzativo</p>	<p>Le esperienze dovranno puntare a cogliere gli elementi che caratterizzano la creatività come prassi organizzativa a livello programmatico/gestionale. Se prendiamo ad esempio l'indice europeo di creatività di un paese, nella misura vengono considerati tre elementi: il talento creativo, lo sviluppo tecnologico del paese, il livello di apertura alle diversità del paese. Quindi nel contesto dei servizi pubblici quali sono gli ingredienti? Quando si è usciti dalla zona confort e sono state prese strade diverse? Quali condizioni organizzativo/contestuali favoriscono la creatività? In che misura la creatività si confronta con i vincoli?</p>	<p>Coordinamento: Silvia Zoli, Mirian Ribeiro</p> <p>Commentatore: José Ivo Pedrosa</p>
<p>Esploratori italiani</p>	<p>Esploratori brasiliani</p>	<p>Esperienze</p>
<p>Maria Pia Biondi (Direttore distretto di Vignola) Giuseppina Bergamini (Azienda USL Modena) Cristina Malvi (Azienda USL Bologna)</p>	<p>Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt Bahiyeh Ahmadpour Suzana Schwertz Funghetto Luciana Carnevale Cynthia Beatriz Silveira Kisse Carla Albuquerque Paulo Eduardo Xavier Mendonça Míriam Rangel Barquette Sabrina Gomes Freitas Ana Paula Gularte Macedo Margarete Simon Ferretti</p>	<p>La creatività come valore organizzativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maria Grazia Polastri (direttrice dell'ASP Pianura EST) - Silvia Mambelli (Direttrice Infermieristica e Tecnica, Azienda USL Romagna) - Chiara Nevani (Comune di Modena)

Integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde como estratégia para o fortalecimento do Sistema de Saúde brasileiro

GONDIM, Fátima Sonally Sousa¹

OLIVEIRA, Wanessa Tenório Gonçalves Holanda¹

SOUSA, Mariana Nogueira de Resende¹

CHAVES, Ana Claudia Cardoso²

SOUZA, Priscilla Cardoso²

BESSA, Raylayne Ferreira²

OBJETIVO:

Descrever estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para a integração da vigilância em saúde com a atenção primária à saúde como meio para fortalecer o Sistema de saúde brasileiro.

CONTEXTO E A DESCRIÇÃO DO PROBLEMA:

A integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) com a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ausência ou insuficiência desta integração provoca dificuldades na identificação dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença e no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários, tornando distante a possibilidade de colocar em prática o princípio da integralidade da atenção no nível local.

MÉTODOS:

No início de 2018, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância de pactuação entre gestores de saúde municipais, estaduais e federal do Brasil, destacou a importância da elaboração de um guia

orientador da Política Nacional de Atenção Básica sobre a integração da APS com a VS. A partir de então, diversas reuniões passaram a ocorrer de maneira intersetorial no sentido de elaborar este documento. A Secretaria de Vigilância em Saúde realizou inicialmente agendas internas de trabalho com grupo técnico das áreas específicas da VS com o auxílio de perguntas norteadoras que embasaram a construção do primeiro esboço do texto. Após isso, o texto foi consolidado e adequado de forma a sair da lógica setorial e partir para uma visão mais integral da VS, não abordando questões específicas das doenças e agravos, mas sim da lógica e da função da VS e dos seus principais objetivos e formas de trabalho. Da mesma forma, no Departamento de Atenção Primária, os textos foram organizados na lógica da VS como transversal à prática da APS, incorporando ao texto elementos essenciais para facilitar o processo de trabalho na lógica da integração. Os textos foram integrados com apoio das representações dos gestores estaduais, através do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e municipais de saúde, por meio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA). Em seguida, o material foi submetido à apreciação do Grupo de Trabalho conjunto de Atenção a Saúde e Vigilância em Saúde, e aprovado na CIT.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Em novembro de 2018, foi publicado pelo Ministério da Saúde o “Guia de integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde” como estratégia para o fortalecimento do SUS. Este Guia busca orientar gestores e profissionais de saúde na operacionalização

¹ Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

² Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

da integração como estratégia relacionada à organização no território e ao processo de trabalho das equipes que atuam na APS. O objetivo é possibilitar uma nova prática de vigilância e atenção primária com foco no cuidado ao indivíduo, à família e considerando o ambiente que os rodeia. A partir da publicação do material, uma série de estratégias foram adotadas para a sua divulgação junto a gestores de saúde municipais, estaduais, profissionais de saúde e áreas técnicas do Ministério da Saúde. Além disso, outras estratégias foram desenvolvidas, como: articulação com o Ministério da Educação (MEC) para inserção do tema da integração nos processos de formação do Programa Mais Médicos; realização de mini-curso de integração APS e VS como modelo para as oficinas Estaduais a serem realizadas em 2019; criação de grupo de trabalho de integração APS e VS no âmbito da SVS; e desenvolvimento do Curso de Formação Integral - Doenças Negligenciadas, o qual busca contribuir para reflexão crítica dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre a integração entre as ações de APS e de VS enquanto política e práticas de cuidado no território, a partir de um olhar atento às vulnerabilidades e condições de

negligência, particularmente relacionadas às doenças negligenciadas. Esta última estratégia pretende capacitar, até 2020, 90 mil profissionais de nível médio e 10 mil profissionais de nível superior nos municípios considerados como prioritários para essas doenças no território brasileiro. Foi ainda realizado um planejamento conjunto das ações para fortalecimento da integração a ser executado em 2019 não apenas no nível federal, mas também nas 27 Unidades Federadas, de forma que a sensibilização quanto à importância da integração se reflita nos 5.570 municípios brasileiros.

CONCLUSÃO: Assim, espera-se que essa iniciativa articulada entre o Ministério da Saúde e demais órgãos, possa contribuir para o fortalecimento do SUS, em especial à APS, por meio da integração entre essas ações que propiciarão o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e na perspectiva da intra e intersectorialidade.

Palavras – chave: Atenção Primária. Vigilância em Saúde. Sistema de Saúde.

As práticas corporais como práticas de saúde e cuidado no contexto da atenção básica

Yara M Carvalho (YARAMC@USP.BR)

Introdução

O tema “práticas corporais” ainda pouco aparece na literatura e nas pesquisas na área da saúde. No entanto, observa-se uma apropriação dessa ideia na atenção básica, especialmente nos documentos das políticas públicas nacionais e em programas voltados para a prevenção e promoção da saúde, no Brasil. Aqui, exploro a diferença conceitual entre atividade física e práticas corporais considerando que não são sinônimas: a primeira está associada às doenças crônico-degenerativas e aos fatores de risco (hipertensão arterial, obesidade, síndrome metabólica, entre outros); a segunda remete necessariamente às práticas de saúde e cuidado porque são parte e conteúdo de um processo de ressignificação da atenção básica como contraposição a um conjunto de valores focados no capitalismo e no mercado. São “tecnologias leves”: não têm a pretensão de estabelecer normas e regras no que se refere ao cuidado com o corpo; podem viabilizar outros modos de pensar, fazer e sentir o ser humano em movimento e sua gestualidade articulando e reinventando-se com outras práticas de saúde; e, em última instância, dizem respeito aos modos de existir no contemporâneo.

As práticas corporais como práticas de saúde e cuidado

As práticas corporais são partes e componentes de relações entre diferentes corpos e planos de entendimento e interferência sobre esses corpos “em relação”. Como pensamos e entendemos o corpo, o uso que fazemos do corpo e a qualidade das experiências com o corpo são questões prementes e precisam ser problematizadas, sobretudo na formação em saúde voltada para a atenção básica, a fim de qualificarmos o cuidado.

Para explorar esse tema recorro aos textos de

Foucault, sobretudo o livro “A Hermenêutica do Sujeito”, onde o filósofo está descrevendo a maneira como o sujeito faz a experiência de si mesmo, como se relaciona consigo e com os outros e como age. Ele chama a atenção para a noção “cuidado de si” mas para um ‘si’ que não é o EU e não é o indivíduo. É um “si” que agrega as relações.

A ideia “cuidado de si”, segundo Foucault (2006), traduz uma linhagem de pensamento segundo a qual se acessa a verdade por atos e práticas que transformam todo o ser do sujeito. É o sujeito da ação, ético e político que tem que se reinventar. Trata-se de uma concepção de origem grega que significa o que devemos fazer por nós mesmos. O filósofo estava preocupado em trazer de volta para o nosso tempo o sujeito ético considerando a cisão que houve entre conhecimento e cuidado, entre pensamento e prática.

Foucault nos ensina que é possível resistir ao processo de desaparecimento de valores por meio das experiências e das práticas políticas. É o trabalho com o corpo por meio das práticas corporais pode prover essa experiência e determinar a qualidade dos encontros à medida que o ser humano em movimento, em processo de experimentação da sua gestualidade, pode reconstruir e reinventar relações.

As práticas corporais podem nos ajudar a pensar e experimentar como um “sujeito ético” se constitui porque elas compõem com os “modos de viver”. Elas ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas adoecidas para que, no processo de cuidar, elas efetivamente construam relações de vínculo, de corresponsabilidade, autônomas e inovadoras também valorizando e otimizando o uso dos espaços e serviços públicos na produção da saúde. Sabemos que a atuação tem limites porque as condições locais estão rigorosamente articuladas às relações e a elas submetidas.

Mas no plano das políticas¹ é possível perceber uma

¹ No Brasil podemos mencionar a “Política Nacional de Atenção Básica”, a “Política Nacional de Promoção da Saúde”, a “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares” e a “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS” que

demarcam princípios e diretrizes que orientam para a ressignificação das práticas de saúde, que se pretende mais coerente com os interesses e necessidades da população.

tendência em ampliar os modos de interpretar e analisar os fenômenos relativos ao processo saúde e doença. E como resposta a essas políticas as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial têm oferecido na sua área de abrangência propostas de cuidado que mencionam as práticas corporais. Entretanto, a ênfase do conteúdo e da forma ainda recai na doença e na “prescrição” de atividade física.

Estudos conduzidos pelo grupo de pesquisa CORPUS² têm demonstrado que a perspectiva mecanicista e organicista com práticas homogêneas, padronizadas e com pouca diversidade de conteúdos espantam as pessoas e comunidades. Ainda prevalece um modo de organizar as iniciativas distribuindo e identificando as pessoas por segmentos (faixa etária ou natureza da enfermidade) e as orientando de acordo com esses enquadramentos, trabalhando de modo descontextualizado, sem referência ao teor simbólico que carregam, muitas vezes com a denominação de atividade física, portanto, descaracterizando o cuidado. São modos de conduzir as iniciativas que fixam as formas, normatizam e normalizam os comportamentos e as condutas e, assim, excluem e estigmatizam pessoas e grupos.

No âmbito da formação em saúde, analisando as concepções de corpo que orientam os cursos, no âmbito da graduação e pós-graduação, há pluralidade de olhares e entendimentos a respeito mas a presença do corpo “partido”, “objeto” ou “instrumento” de diagnóstico, prevenção ou terapia e a do corpo “máquina”, controlada e regulada pela ciência moderna se mantém. Ainda que o corpo e as tecnologias de cuidado traduzam a complexidade e a diversidade dos modos de perceber e agir na dimensão do cuidado, a formação do profissional de saúde permanece orientada e centrada no racionalismo cartesiano.

As práticas de saúde podem otimizar e qualificar a dimensão pedagógica inerente ao processo de cuidado e ao cuidar. Ressaltam o que pouco aparece nas relações nos serviços de saúde, para além do diagnóstico e do tratamento: vínculos, afetividades e redes entre a diversidade de profissionais porque não se revestem de formalismos. São estratégias e

dispositivos de cuidado menos invasivos. Nesse sentido, elas nos levam para outra dimensão do cuidado porque não se reduzem a procedimentos. Elas acessam os modos de conduzir a vida... permeáveis às mudanças e a mudar.

A Saúde Coletiva mostra que há outras formas de fazer pesquisa, formação em saúde que consideram as incoerências da vida, o inacabado, o incompleto, o efêmero e o nômade como parte do processo de produção dos saberes e práticas de saúde. A tensão irreduzível entre pontos de vista divergentes, considerando, ao mesmo tempo, as inquietudes e instabilidades compõem o cotidiano do trabalho em saúde.

Buscar na filosofia os aprofundamentos necessários para problematizar a respeito da saúde e do cuidado, ainda que signifique dificuldades práticas de mediação conceitual, pode reverter em possibilidades renovadas, ampliadas e mais intensas de diálogo também no que se refere às práticas corporais. Nossas pesquisas a respeito do corpo na atenção básica confirmam que há falta de informação e conhecimento seja de profissionais, seja de usuários dos serviços sobre o cuidado mas atestam também que participantes dos jogos, das danças, das brincadeiras, das rodas de escuta e conversa percebem melhoras na qualidade de suas relações e experimentam novas formas de coexistência.

Essas reinvenções nos modos de fazer a vida são produzidas no enfrentamento de estados de passividade, de depressão, de dominação e de controle diante de uma saúde que é mercadoria. Se as práticas corporais estiverem sintonizadas com as necessidades de saúde das populações elas poderão ensinar e promover, dentro e fora do serviço, o fazer junto! E, quem sabe, fortalecer nossos sistemas públicos e universais.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FOUCAULT, Michel. A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982). Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

² O CORPUS - Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes está cadastrado no diretório de grupos de pesquisa do

CNPq desde 2000.

Linha de cuidado integral e cuidados intermediários: ressignificando dispositivos para uma grande saúde

Daniely Quintão Fagundes¹,
Túlio Batista Franco².

RESUMO:

A linha de cuidado integral para a saúde do idoso tem se demonstrado fragmentada ou até inexistente. O objetivo do presente trabalho foi analisar o modelo de cuidado predominante, investigar a necessidade por alternativas de cuidado, e por uma nova saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória de abordagem qualitativa a partir do método de História de Vida, fundamentada no referencial teórico da Linha de Cuidado Integral e no conceito da Grande Saúde de Nietzsche. Foi observado que a Linha de Cuidado Integral à saúde do idoso dentro do Hospital que foi campo de pesquisa é inexistente, além da não elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares o que faz o cuidado em saúde oferecido ser predominantemente biomédico. O estabelecimento de linhas de cuidado e a criação de dispositivos como os cuidados intermediários são alternativas para reduzir a dicotomia entre o doente e o saudável, e permite o estabelecimento de uma concepção de saúde que engloba as mais diversas subjetividades em uma “Grande Saúde”.

INTRODUÇÃO:

A Linha de Cuidado Integral tem como pressupostos a garantia de fluxos seguros e confortáveis aos usuários, no atendimento às suas necessidades em todos os níveis. Ela é operada tanto por trabalhadores quanto pelo usuário conectando todas as estações de trabalho, valorizando processos de subjetivação por meio da elaboração de projetos terapêuticos singulares¹.

Quando analisada, a linha de cuidado integral para a saúde do idoso tem se demonstrado fragmentada ou até inexistente. Além disso, o modelo de cuidados ainda é fundamentado no biologicismo e na dicotomia entre o saudável e o doente, estando estados intermediários e subjetivos excluídos de seus protocolos.

Na tentativa de superação desse modelo, uma alternativa que vem transformando estruturas sem finalidade e eficiência são os dispositivos de cuidados intermediários que se situam no espaço fragmentado e oferecem uma transição para seus pacientes a partir de um olhar fundamentado na multiplicidade.

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi analisar o modelo de cuidado predominante, investigar a necessidade por alternativas de cuidado, e por uma nova saúde, a “grande saúde”.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa apoiada no referencial teórico metodológico da linha do cuidado integral¹, e no conceito de Grande Saúde proposto por Nietzsche². A pesquisa foi autorizada pelo Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense com número 2.820.328 atendendo aos requisitos da resolução 466/2012.

Os critérios de inclusão foram: Trabalhadores do HUAP vinculados à assistência aos usuários e ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Além disso, foi incluída uma pessoa idosa com história prévia de doença crônica, e que tenham assinado o TCLE.

As narrativas foram tomadas através de roteiro semiestruturado. Também foi construído um caderno de campo para anotação dos dados referentes à pesquisa e pesquisador. O modelo de análise tomou a matriz discursiva dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O ator principal da nossa história, que optamos por chamar de Y, é um homem radiante, que em poucos segundos nos fez perceber um ambiente acolhedor. “Ele é pastor evangélico há mais de 50 anos, e ao

¹ Acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense, (danielyquintao@id.uff.br).

² Prof. Dr. da Universidade Federal Fluminense. (tuliofranco@gmail.com).

longo de sua vida cultivou o hábito de ler, de ouvir, escrever, e em seu período de internação cultivou o “hobby” de gravar CD’s com coletâneas musicais que falavam sobre paz, amor e fé”. Ele as distribuía para seus amigos e outras pessoas que conhecia. Y estava internado há 60 dias em razão de uma doença cardiovascular agudizada, a qual nunca acreditou ser algo grave, em oposição a opinião da equipe médica que o atendia.

O que para alguns poderia ser apenas um simples hobby era o que o fazia se distanciar do esperado para um paciente considerado como “grave”. Y construía ativamente numa linha de fuga, uma linha paralela de cuidados para si, já que o modelo de cuidados do hospital se mostrou direcionado para afecções orgânicas sem a elaboração de projetos terapêuticos singulares com a participação do paciente e com seus desejos e singularidades no centro de todas as ações.

Esse homem que resiste ao “ser paciente” se aproxima do que Nietzsche² denominou “homem novo”, que tem a necessidade de um novo fim, de um novo meio, de uma nova saúde, mais obstinada, mais intrépida e mais alegre do que foi qualquer outra saúde. A alma desse homem está ávida por ter aventuras e experiência pessoal, ele necessita de uma “grande saúde”, que os homens atuais em sua avidez de ciência não conseguem compreender.

A grande saúde é uma força, robustez e plasticidade do organismo, por uma singular vontade de vida, que por sua vez predispõe o seu portador para o perigo, o risco, a aventura e o desafio dos seus próprios limites, mas que abre um conjunto enorme de novas possibilidades e perspectivas³. Sendo assim, podemos apreender que essa nova percepção de saúde é o espírito que move a construção de projetos terapêuticos singulares centrados na subjetividade dos sujeitos, essa mesma que se valorizada ocupa os espaços, outrora, de fragmentação das linhas de cuidado.

Nesse sentido, o modelo de saúde que é oferecido para idosos como o que acompanhamos em nosso estudo, mostra ausência de articulação entre os mais diversos dispositivos da rede, além de se ocupar pouco com as questões que envolvem a multiplicidade de cada sujeito. Em consonância, Veras⁴ afirma que o cuidado ao idoso deveria apresentar uma proposta de linha de cuidado integral que atualmente não vem sendo explorada e evidencia fragmentação além de expor essa população ao agravamento de suas doenças.

No caso de Y, os médicos que cuidaram do seu caso avistavam para ele duas alternativas: tratamento

cirúrgico, ou acompanhamento ambulatorial. Aqui a dicotomia se apresenta como divisor de águas na decisão do Projeto Terapêutico mais adequado. E no presente caso, a opção foi por um projeto cirúrgico sem a participação do paciente e da família na sua elaboração e que culminou em um luto inesperado.

Sugerimos superar essa dicotomia, e inserir novos caminhos permeados pela ideia da “Grande Saúde”, algo operacionalmente próximo da “clínica dos afetos”⁵. Para isto pensamos em um dispositivo que atue como ponte entre a atenção hospitalar e a atenção básica, e com processos de trabalho e cuidado centrados nas tecnologias leves⁶. Os subsídios do Hospital Comunitário na Itália e outros países são uma boa referência para isto.

É por meio da construção de Projetos Terapêuticos Singulares que englobam o usuário, sua família ou cuidadores que opera um hospital de cuidados intermediários, também conhecido como “hospital comunitário”. Ele se situa numa área anteriormente marcada pela fragmentação, e valoriza tecnologias leves e linhas de cuidado integrais, que se nutrem do potencial criativo da “Grande Saúde”.

CONCLUSÃO:

Inserir nos processos de cuidado em saúde e gestão as perspectivas sobre linhas de cuidados, grande saúde e construir dispositivos que se situem nos pontos frágeis promovendo fortalecimento e aperfeiçoamento do sistema único de saúde, são estratégias éticas e políticas que contribuem não só para uma saúde melhor, mas para a valorização da vida e da cidadania.

REFERÊNCIAS:

1. Franco CM, Santos AS, Salgado MF. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2011.
2. Nietzsche F. **A gaia ciência**. São Paulo: Casa Verde, 2001.
3. Faustino MSF. Nietzsche e a Grande Saúde. Para uma terapia da terapia. Lisboa. Tese [Doutorado em Filosofia] - Universidade Nova de Lisboa; 2013.
4. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. Rev. Saúde Pública. 2014 Abr; 48(2): 357-365.
5. Franco TB, Galavote HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco TB, Ramos VC.

Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

6. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde. Hucitec: São Paulo, 2013.

Hospitais comunitários, os cuidados intermediários e a atenção básica.

Túlio Batista Franco¹,
Mirian Ribeiro Conceição²,
Maria Augusta Nicolli³,
Ardigò Martino⁴,
Ivo Quaranta⁵.

Resumo

Este artigo pretende discutir a experiência de cuidados intermediários, especialmente com base no dispositivo “Hospitais Comunitários” da Região Emilia-Romagna na Itália (RER), olhando ao mesmo tempo para a experiência brasileira, que se instituiu com base na Atenção Domiciliar e Unidades de Cuidados Prolongados. Relata o início de uma experiência pioneira a ser implementada em Niterói-RJ pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Universidade Federal Fluminense, a RER e outras entidades no Brasil e Itália, da criação de uma Unidade de Cuidados Intermediários no Hospital Municipal Carlos Tortelly. Com cuidados intermediários acoplados à Atenção Básica e em rede com os outros serviços de saúde, inclusive hospitalares, é esperado o aumentando da resolutividade na atenção à saúde, com a melhora dos fluxos das linhas de cuidado aos crônicos que agudizam, e pessoas com baixa autonomia, que possam ser cuidadas fora do Hospital Geral. A discussão aponta para duas questões: a primeira, é que esta experiência pode criar a possibilidade de repensar o conceito de Atenção Básica, incorporando os cuidados intermediários no seu campo de atribuições. A segunda, nos coloca diante da possibilidade de pensar um projeto de reconfiguração dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), transformando-os em Unidades de Cuidados Intermediários, resolvendo um grave problema de gestão no SUS, que conta com uma rede de HPP's com 3.666 no total, com baixa ocupação. Transformá-los em Unidades de Cuidados Intermediários certamente melhoram as possibilidades de gestão do cuidado, com suposta

redução dos seus custos.

Palavras-chave: Hospital Comunitário, Cuidados Intermediários, Cuidado em Saúde.

Introdução

A Itália e em especial a Região Emilia-Romagna (RER) tem feito investimento significativos na organização de serviços de atenção intermediária, incluindo o Hospital Comunitário, um dispositivo que aumenta significativamente a resolutividade na atenção básica, evitando a internação no Hospital Geral.

Um informe da RER registra um quadro da rede de serviços da cidade de Modena, no qual é possível observar muitos pontos de convergência com situações vivenciadas nos serviços de saúde no Brasil: 1) **o fenômeno do envelhecimento da população** e o conseqüente aumento de incidência de doenças crônicas, que necessitam de políticas fortemente voltadas para este cuidado; 2) **a fragmentação do cuidado a esta população**, resultando em dificuldades na assistência e risco de piora no quadro clínico; 3) **internações hospitalares desnecessárias e inapropriadas**, piorando as condições de cuidado do usuário, e elevando a relação custo–efetividade na prestação de serviços de saúde; 4) **a insuficiência na rede de serviços de saúde de estruturas para cuidados intermediários** destinadas ao usuário crônico, ou ao egresso de internação hospitalar e que necessita de suporte para retornar para casa¹.

No Plano Social e Sanitário de 2017-2019 da Região

¹ Prof. Dr. da Universidade Federal Fluminense. tuliofranco@gmail.com.

² Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva-UFF/UFRRJ/UERJ/ENSP. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. mirianrcon@gmail.com.

³ Agenzia sanitaria e sociale-Regione Emilia-Romagna-Itália. MariaAugusta.Nicolli@regione.emilia-romagna.it.

⁴ Médico, Especialista em Medicina Preventiva, Doutor em Medicina. Integra o Conselho Científico do Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bologna-Itália. Professor Visitante Estrangeiro da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: ardigo.martino@gmail.com.

⁵ Centro de Saúde Internacional da Universidade de Bologna-Itália. Prof. Dr. do Departamento de História, Culturas e Civilizações. ivo.quaranta@unibo.it.

de Emilia-Romagna, Itália, define o Hospital Comunitário como uma estrutura com números limitado de leitos de gestão da enfermagem e com suporte dos médicos da Casa de Saúde, que tem como principal foco de assistência pacientes que necessitam de cuidados contínuos de profissionais da enfermagem. Tais cuidados poderiam ser desenvolvidos no domicílio, contudo fragilidades no suporte de rede social dos usuários os colocam em maior vulnerabilidade quanto à perda de autonomia e processos de reagudização e agravamentos. Portanto, possuem como um dos objetivos do cuidado a autonomia dos pacientes na gestão e do autocuidado da doença².

Neste sentido, a Região vem investindo desde 2013 no fortalecimento da atenção primária e na relação entre os hospitais e assistência territorial com os cuidados intermediários. Em 2018 estão registrados 20 Hospitais Comunitários que totalizam 270 leitos ativos informa o *Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità* (SIRCO), responsável pela avaliação das estruturas acreditadas que exercem atividades de cuidados intermediários em Emilia-Romagna.

Entre Itália e Brasil: investindo em melhoria na gestão do cuidado

A Itália investe nos cuidados intermediários e em especial o Hospital Comunitário, como possibilidade de ofertar serviços qualificados, reduzindo custos hospitalares ao evitar internações desnecessárias, reinternações, melhorando com estes serviços a resolutividade da rede básica de saúde.

No Brasil a experiência de cuidados intermediários vem de longa data, centrada na Atenção e Internação Domiciliar, principalmente, e dispositivos de “cuidados continuados”. Há um grande esforço com a maior resolutividade e conforto ao usuário. A experiência dos Hospitais Comunitários como o italiano encontra similar na ideia de Unidades de Cuidado Prolongado⁴. Estas significam uma experiência interessante para a melhoria do cuidado pelo SUS, no entanto atinge um volume ainda muito incipiente, existindo em todo território nacional poucas Unidades como esta⁵.

Tomando por referência a rede de serviços de cuidados intermediários da Itália, no Brasil inicia-se um projeto para implantar uma Unidade similar ao Hospital Comunitário, tendo como central a organização de um processo de trabalho centrado nas “tecnologias leves”⁶. Os projetos terapêuticos tomam como fundamental a recuperação e reabilitação das pessoas, com base em equipes multiprofissionais,

saberes e práticas interprofissionais, e processos de trabalho centrados nas relações.

Esta Unidade será implantada no Hospital Municipal Carlos Tortelly, em Niterói – RJ, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde⁷. Insere-se no projeto “RERSUS – troca e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil”, que conta também com um curso de aperfeiçoamento em Gestão em Saúde: Cuidados Intermediários e a Atenção Básica, que será oferecido em parceria com a Universidade Federal Fluminense e a Região de Emilia-Romagna na Itália.

Esta experiência pretende criar fluxos seguros na linha de cuidado aos crônicos e usuários com baixa autonomia, em processos assistenciais acoplados à Atenção Básica, contando com maiores graus de resolutividade, e em consequência, com ganhos na recuperação e reabilitação das pessoas, tornando-as mais autônomas, sem a necessidade de internação no Hospital Geral.

Tem o objetivo também de criar um efeito demonstração para o SUS, em um modo de cuidar alternativo ao Hospital, reservando a este apenas os casos que necessitam da tecnologia hospitalar. Assim, é possível ter um cuidado melhor, mais eficiente, com uso adequado da internação. Os cuidados intermediários têm uma função decisiva junto à Atenção Básica.

É neste ponto que apontamos para duas questões fundamentais ao debate. A primeira diz respeito ao fato de que esta experiência serve para pensar um projeto de reconfiguração dos Hospitais de Pequeno Porte, atualmente uma rede de 3.666 hospitais, de acordo com dados do Ministério da Saúde/Dahu obtidos em 2016. Estes estão inseridos principalmente em pequenos municípios, com baixíssimas taxas de ocupação. Podem ser um equipamento otimizado, servindo melhor à população usuária do SUS, operando junto à Atenção Básica e Hospitalar. A segunda nos coloca frente ao desafio de repensar a Atenção Básica, no que diz respeito ao seu próprio conceito. A experiência indica que o escopo de atribuições dado à AB é muito inferior da necessidade, do que ela poderia exercer. Assim trabalhamos com a hipótese de que os cuidados intermediários devem fazer parte do escopo da AB, elevando de forma significativa seu campo de saberes e práticas.

Estas questões evidentemente poderão ser respondidas com o curso de pesquisas já em desenvolvimento sobre o tema, a experiência que está sendo implementada, e o necessário movimento por uma reforma estrutural na Atenção Básica, na direção

de torná-la mais robusta.

Referências:

1 Servizio Assistenza Territoriale /Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare / RER. “Um novo avanço no desenvolvimento da rede de serviços de assistência territorial e a implantação dos Hospitais Comunitários na Região Emilia-Romagna”, RER-2016.

2 ITÁLIA/Região Emilia-Romagna. Plano Social e Sanitário de 2017-2019 da Região de Emilia-Romagna.(pág. 37).

3 Regione Emilia-Romagna (IT). Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali.

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/cure-intermedie-sirco> (acessado em: 15/Dez/ 2018).

3 BRASIL/Ministério da Saúde. Portaria MS 2.809 de 7/12/2012. Brasília-DF.

4 BRASIL/Ministério da Saúde/DAHU. 2016.

5 Merhy, Emerson Elias. Cartografia: a micropolítica do trabalho em saúde. Hucitec: S. Paulo, 2002.

6 NITERÓI/Secretaria Municipal de Saúde/Vipahe. Projeto Técnico de Unidade de Cuidados Prolongados. Niterói, 2018.

Narrativas-densas como ferramenta de pesquisa sobre o cuidado em saúde

Janainny Magalhães Fernandes¹,
Letícia Stanczyk,
Vinicius Santos Sanches,
Mara Lisiane de Moraes dos Santos,
Alcindo Antônio Ferla.

Introdução:

Trazer à cena das pesquisas o cuidado em saúde através de modos autopoieticos de produzir conhecimento, para além da institucionalidade, visa incentivar a implicação em defesa da vida, onde estudos cartográficos através de narrativas podem auxiliar na identificação de encontros, potências e fragilidades nesse processo. Por isso, o objetivo deste estudo foi cartografar, através de narrativas-densas, o cuidado em saúde realizado pela Atenção Básica (AB) no contexto da atenção domiciliar. As narrativas-densas são uma abordagem metodológica que ampliam a experiência do cartógrafo (pesquisador ou narrador) de modo a colocar todos os atores envolvidos como interlocutores e produtores de conhecimento em igual, sem hierarquias, fazendo um convite ao diálogo, reflexões e ao debate sobre os plurais pontos de vistas e vistas do ponto. Com a narrativa de três usuários da AB, junto aos profissionais e cartógrafo-narrador-pesquisador, as narrativas apresentaram um olhar para as disputas, interesses e forças que atravessavam as relações e, conseqüentemente, o cuidar. As cenas narradas apontam a importância do olhar para o território existencial dos usuários, valorizando os modos de gerir a vida destes para além da prescrição. Para a construção narrativa também foi necessária a vinculação e o uso das tecnologias-leves, sendo estas potentes no processo de cuidado em saúde. A narrativa se tornou, portanto, ferramenta educativa no processo de pesquisar contra-hegemônico, produzindo racionalidades outras no analisar, pesquisar, aprender e cuidar em saúde. E para o cartógrafo possibilitou um constante exercício de despir e remendar-se, corporeificando os sentidos e significados de autonomia, de potência e de corpo.

Narrativas-densas como ferramenta de pesquisa sobre o cuidado em saúde

Partindo da questão investigadora na pesquisa sobre o lugar do cuidado da pessoa em restrição domiciliar no contexto da Atenção Básica (AB), que buscava identificar quais (des)encontros e afetos acontecem no cuidado destes usuários, é que a cartografia se tornou o modo de fazer pesquisa deste estudo, em que o acontecimento no ato do encontro foi fonte narrativa do corpo vibrátil do(s) pesquisador(es).

Ao entendermos que uma pesquisa cartográfica é, sobretudo, implicação, e necessita da vivência, afetos e experiências do cotidiano para levar a uma reflexão acerca das caminhadas e interrelações existentes no ato de pesquisar¹, foi necessário utilizar de narrativas-densas para se trazer às cenas vividas o aparato das relações, das forças, tensões e afecções dos envolvidos.

Levamos a sério o uso das narrativas-densas como meio de produção cartográfica nesse processo, no intuito de trazer seu caráter horizontal no modo de produzir conhecimento através do vivido. As narrativas-densas incitam reflexões a respeito dos modos de pesquisar a fim de identificar as segmentalidades que se atravessam e colocar em discussão os processos micro e macropolíticos das experiências vividas e narradas. A construção narrativa permite ainda uma análise profunda das subjetividades que passam despercebidas nos métodos de pesquisa convencionais, principalmente ao colocar como igual todos os atores envolvidos, sejam eles pesquisadores, profissionais ou usuários².

No processo cartográfico, descrever e fabricar as narrativas-densas diante das cenas vivenciadas transformou a mera pesquisadora em uma pesquisadora-cartógrafa-narradora, pois narrar implica colocar em análise também as relações de

¹ Contato: janainny.mf@hotmail.com.

poder entre os envolvidos.

A pesquisa cartográfica aconteceu em um município do ABC paulista, mas trouxe implicações que poderiam acontecer em qualquer localidade, isso porque as narrativas-densas apresentaram um olhar para as disputas, interesses e forças que atravessavam as relações no processo do cuidado em saúde realizado pela AB no contexto domiciliar.

As cenas narradas apontaram a importância do olhar para o território existencial dos usuários, valorizando os modos de gerir a vida destes para além da prescrição. Tal afirmação só foi possível quando analisamos a inventividade dos usuários para seu autocuidado em modo de andar a vida, através das experiências. Experiências estas que poderiam não ser compartilhadas se não houvesse uma relação horizontal, com vínculo e afetos. Experiências que nos mostraram despertar um olhar para outra dimensão do corpo dos usuários, que foram capazes de produzir novas conexões entre a dimensão biológica e a potência da vida³.

Portanto, para a construção das narrativas também foi necessária a vinculação e o uso das tecnologias-leves, em que, neste processo, se tornaram ferramentas potentes no processo de pesquisar e de produzir cuidado. A narrativa se tornou, portanto, ferramenta educativa no processo de pesquisar contra-hegemônico, produzindo racionalidades outras no

analisar, pesquisar, aprender e cuidar em saúde. A narrativa-densa apresenta, de forma sutil, as marcas nos corpos plurais que compuseram a pesquisa para além da escrita, a partir de uma estética da existência perante modos de vida autopoieticos para além das regras normativas da academia e da captura do corpo pela anatomia ou pela medicina. E para o cartógrafo possibilitou um constante exercício de despir e remendar-se, corporeificando os sentidos e significados de autonomia, de potência e de corpo. Esse é um importante poder que a narrativa constrói perante as relações-potência em defesa da vida.

Referências Bibliográficas:

1. Merhy EE. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. 2002.
2. Morawska-Vianna AC. Em busca de narrativas densas: questões acerca de realidades narrativas, subjetividade e agência social. Cadernos de Campo (São Paulo, 1991), São Paulo. 2017; 16(16): 153-168.
3. Fernandes JM. Meu corpo, meu endereço e meu movimento: o lugar do cuidado ao usuário em restrição domiciliar no trabalho da Atenção Básica em Saúde. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017; 1(1):1-95.

Autoavaliação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Brasil

Aline Lam Orué¹,
Albert Schiaveto de Souza²,
Alcindo Antônio Ferla³,
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento⁴,
Mara Lisiane de Moraes dos Santos⁵.

Resumo

O estudo analisa a autoavaliação das equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica do Brasil. Fundamenta-se nos dados da avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, agrupados segundo a classificação dos perfis de município proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo a amostra composta por 1.773 equipes. A maioria das equipes revelou avaliar-se apenas através da autoavaliação do programa. A autoavaliação ainda é uma atividade subexplorada em todo o país, exceto quando induzidas pelo incentivo financeiro proporcional à nota das equipes participantes do programa.

Introdução

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) consiste em um modelo de atenção à saúde cuja organização e processo de trabalho são inovadores. Considerando suas peculiaridades, processos avaliativos acerca do mesmo são extremamente relevantes¹. Nessa perspectiva o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) inseriu um módulo específico para avaliar os NASF-AB do país².

Então, pela primeira vez, um grande número de equipes NASF-AB foi submetido a um processo de avaliação específico, vasto e padronizado, de abrangência nacional. Assim, o objetivo do estudo foi analisar a autoavaliação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, através dos resultados da avaliação externa do Programa Nacional

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa analítica, seccional, de abordagem quantitativa, com base em dados secundários. Tais dados compreendem os resultados da avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), correspondente ao período de 2013 a 2014. Os pontos que versaram sobre a autoavaliação do NASF-AB foram os considerados neste estudo, o que inclui as questões 7.10 e 7.11 do módulo IV, referente à entrevista com profissional da equipe de NASF².

Como o Brasil é um país de dimensões continentais, marcado por diversidade e desigualdade³, para análise dos resultados os municípios foram divididos de acordo com a classificação preconizada pelo IBGE, em cinco perfis demográficos: 1) Capital; 2) Região metropolitana; 3) G100: 100 municípios com população acima de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; 4) Perfil de pobreza: municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza e; 5) Demais localidades: municípios não caracterizados pelos perfis anteriormente citados⁴.

A avaliação da associação entre perfis de município e variáveis referentes ao NASF, foi realizada por meio do teste qui-quadrado. Quando a associação foi significativa, a comparação entre perfis de município, dois a dois, foi realizada por meio do mesmo teste, considerando a correção de Bonferroni nestas comparações. A análise estatística foi realizada

¹ allinelam@yahoo.com.br.

² albertss@hotmail.com.

³ ferlaalcindo@gmail.com.

⁴ debora.dupas@fiocruz.br.

⁵ maralisi@globo.com.

utilizando-se o programa estatístico SPSS®, versão 22.0, considerando um nível de significância de 5%⁵.

Resultados

A maioria das equipes de NASF-AB analisadas

respondeu que realizou processo de autoavaliação nos últimos doze meses através do instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), como pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1 – Autoavaliação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Capital	Região Metropolitana	G100	Pobreza	Demais	Brasil
O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses? (p<0,001)					
95,9 (256)a	90,6 (212)ab	86,1 (124)bc	79,6 (414)c	80,1 (487)c	84,2 (1493)
Qual instrumento utilizado?					
AMAQ-NASF (p=0,190)					
89,5 (229)a	90,1 (191)a	87,9 (109)a	88,9 (368)a	93,0 (453)a	90,4 (1350)
A equipe realizou processo autoavaliativo informal, sem instrumento específico (p=0,675)					
9,8 (25)a	9,9 (21)a	14,5 (18)a	11,4 (47)a	10,7 (52)a	10,9 (163)
Instrumento desenvolvido pela própria equipe NASF (p=0,050)					
14,8 (38)a	9,4 (20)a	13,7 (17)a	8,2 (34)a	9,7 (47)a	10,4 (156)
Instrumento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (p<0,001)					
21,5 (55)a	9,0 (19)b	6,5 (8)b	4,1 (17)b	4,5 (22)a	8,1 (121)
Instrumento desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde (p=0,258)					
0,8 (2)a	2,8 (6)a	1,6 (2)a	1,7 (7)a	0,8 (4)a	1,4 (21)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os diferentes perfis de municípios (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$). Fonte: Banco de dados PMAQ-AB 2º Ciclo, Ministério da Saúde, Brasil.

Discussão

As equipes das capitais apresentaram tanto maior frequência de realização de autoavaliação periódica quanto uso de instrumento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde para este fim, em detrimento do perfil de pobreza, contudo o principal instrumento citado para autoavaliação periódica foi o AMAQ-NASF, em todos os perfis de município. Provavelmente este dado é reflexo do financiamento proveniente do PMAQ-AB, já que o AMAQ faz parte do programa e pode aumentar sua nota final, além de revelar parte dos pontos a serem considerados posteriormente na avaliação externa. É plausível que a autoavaliação periódica não induzida aconteça menos frequentemente por consequência de dois fatores: 1) a cultura centrada no modelo biomédico e insuficientemente autoavaliativa e; 2) a dificuldade em lidar com a sobrecarga de trabalho.

O primeiro se refere à carência de espaço para reflexão e diálogo acerca do processo de trabalho, devido à priorização das metas quantitativas de produtividade⁶, que somada à dificuldade de se

implantar uma cultura de autoavaliação satisfatória e constitutiva ao processo de trabalho⁷, acaba por manter esta atividade em segundo plano.

Já o segundo tem raiz no desencontro entre a municipalização, o despreparo para tal e a escassez de recursos financeiros⁸, que pode impedir que sejam implantadas ESF e NASF em quantidade suficiente para atender a demanda do município. E tal deficiência pode, por sua vez, induzir à falta de tempo das equipes para realizar a autoavaliação.

Em geral, nota-se que o PMAQ constitui um método avaliativo bastante amplo, de abrangência nacional, que contempla questões complementares entre si, sem o qual não seria possível obter tantas informações sobre estas equipes a nível nacional.

Contudo, os resultados trazidos por tal avaliação nacional podem não ser totalmente fidedignos, já que, além de depender da memória dos entrevistados, somente são avaliadas as equipes que pactuaram anteriormente com o programa e, sabendo que e quando serão avaliadas, há a oportunidade de preparar um cenário mais “ideal” a partir do que é

sabidamente desejável, sobretudo por serem questões perceptivelmente julgadoras do sucesso ou fracasso das equipes, com respostas autorreferidas.

Conclusão

A autoavaliação foi referida como um processo efetivado de forma mais significativa a partir de indução externa, basicamente representada pelo reforço positivo proveniente do PMAQ-AB.

Equipes participantes deste programa podem também ter descrito uma situação mais idealizada, provavelmente como mecanismo de defesa, por ambicionar elevado conceito final na avaliação e consequente repasse financeiro.

Referências bibliográficas

1. Nascimento CMB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise da atenção à saúde em municípios da região metropolitana do Recife [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ: manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Kassar MCM. Educação especial no Brasil: desigualdades e desafios no reconhecimento da diversidade. Educ Soc. 2012 jul-set; 33(120): 833-849.
4. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 21, de 31 de março de 2014. Diário Oficial da União. 2014 abr. 1; Seção 3. p. 138.
5. Shott S. Statistics for health professionals. London: W.B. Saunders Company; 1990.
6. Neves TCCL, Montenegro, LAA, Bittencourt, SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde Debate 2014 out-dez; 38(103): 756-770.
7. Terrasêca M. Autoavaliação, avaliação externa. Afinal, para que Serve a Avaliação das Escolas? Cad. CEDES 2016 maio-ago; 36(99): 155-174.
8. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde - revelações da Avaliação Externa do PMAQ da AB no Paraná. Saúde Debate 2014 out; 38(especial): 237-251.

Cuidados intermediários em perspectiva

Ana Lúcia Abrahão¹.

Introdução:

A implantação de serviços municipais de saúde no Brasil, no fim dos anos 1970 e início dos anos 1980, foi inspirado em um arcabouço conceitual, prático e organizacional proposto em Alma Ata em 1978. Conceitos que ao longo dos anos, estruturou o Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando a proposta de uma rede ancorada na Atenção Básica. Porém com o decorrer dos anos, podemos identificar problemas importantes para que o cuidado possa ser sustentado em rede, implicando em uma perda gradativa da potência de serviços e ações de saúde individuais, familiares e coletivas. Segundo Merhy, Malta e Santos (2004) as tensões permanentes que transitam no campo da saúde podem ser empregadas e exploradas para construir modos de produzir saúde, como uma alavanca para explorar novos arranjos. Contudo, os mesmos autores reforçam a ideia de que as tensões não desaparecem, mas podem ser ações que transformam o cuidado. Nesta perspectiva o conceito e a prática de cuidado intermediário, se insere na perspectiva de uma nova apreciação no campo da saúde com possibilidade de explorar as tensões no território da Atenção Básica.

Cuidados intermediários

O termo cuidado intermediário é bastante abrangente pois, descreve os serviços de saúde projetados para fornecer cuidados adequados mais perto de casa do usuário, cujo objetivo consiste em apoiar as ações desenvolvidas na atenção básica; ampliar a oferta de serviços nas redes de atenção; reduzir custo na prestação de serviços; prevenir internações hospitalares, facilitando a alta precoce e apoiar usuários na reabilitação. Países, como Inglaterra, Noruega, Itália e Espanha, vem ao longo destes últimos anos, construindo em um debate interessante sobre formas de organizar e oferecer serviços em saúde que, reduza os custos com internação hospitalar e ao mesmo tempo dê reposta ao quadro epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis crescentes, associado ao envelhecimento da população. Por outro lado, estes estudos apontam para uma certa inversão no modelo

de atenção, que passa a ser concentrado em ações com menor densidade de equipamentos e coordenada pela enfermeira. De modo geral a tendência destas experiências está relacionada a agilidade na alta hospitalar, evitar internações desnecessárias ou inadequadas, atuando preventivamente no cuidado aos usuários antes que se tornem agudos, ou nos cuidados a egressos de internação hospitalar, para que obtenham ganhos de autonomia para o retorno seguro ao seu domicílio. Segundo Ariss et al (2015) a oferta de serviços que tomam o conceito de cuidados intermediários em âmbito internacional é bastante diverso, quer seja na combinação de profissionais que compõe a equipe de saúde ou na questão de custo-efetividade. Barton et al (2005) explorou os serviços de cuidados intermediários no Reino Unido, na perspectiva da diversidade de abordagens que convergem para a necessidade de reduzir os leitos hospitalar destinado aos usuários com problemas agudos, empregando o planejamento de alta e a articulação com a Atenção Primária. Nesta reflexão, para pensar cuidados intermediários na rede de saúde brasileira, podemos adotar, cuidado intermediário para explicar duas dimensões no âmbito da saúde. Uma primeira, como um serviço entre a atenção básica e o hospital, ou seja, um ponto da rede de atenção à saúde que apoia as atividades que são desenvolvidas na atenção básica, mas que não se faz necessário a assistência hospitalar ou paliativa. Ordenando um novo fluxo de ações preventivas, no interior das redes de atenção. Uma segunda dimensão está vinculada a processos de trabalho em saúde centrados no usuário/família, estabelecendo projetos terapêuticos singulares, com concentração de tecnologias leves e leves-duras (estas tecnologias dizem respeito a práticas em que são empregados ferramentas relacionais, intersubjetivas – leves – e protocolos, marcos clínicos – leves-duras), a partir de uma prática interprofissional.

Considerações e perspectivas

A prática Cuidados intermediários ao mesmo tempo que tem a potência de apresentar um modelo de

¹ Professora Titular da EEAAC/UFF.

menor custo à saúde pública, esta perspectiva inova com uma prática centrada em ações de cuidado com alta densidade das tecnologias leves e coordenada pela Enfermeira. Elementos que estão presentes em todas os pontos da rede de atenção e que com esta experiência, ganha visibilidade, dentro do sistema público de saúde. O emprego da prática do cuidado intermediário, apoiando as ações da Atenção Básica, agrega elementos importantes para o debate sobre o modelo hegemônico de produção de saúde, como a prática interprofissional, centrada no usuário e na colaboração e diálogo entre os profissionais. Elementos, como o projeto terapêutico singular que amplia o grau de resolutividade das ações desenvolvidas com o usuário e ao mesmo tempo descentraliza o saber, incorporando diferentes saberes e conhecimentos para a produção do cuidado, incluindo o do próprio usuário. Isso implica em pensar formas de cuidado que não estejam centradas em uma prática segmentar, fracionada e coisificante do outro, em que o corpo é repartido em frações cada vez menores, facilitando o conhecimento e ao mesmo tempo esquecendo o sujeito. Somos convocados a pensar sob a lógica do cuidado, incluindo aqui uma vista diferente sobre o trabalho e o modelo de atenção atual que rege os serviços de saúde. Uma vista que incorpora outros saberes e necessidades na atenção à saúde.

Bibliografia

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004.

ARISS, S.M et al. Análise secundária e revisão de literatura sobre reabilitação comunitária e cuidados intermediários: um recurso de informação. *Serviços de saúde e Pesquisa* 3 (1), 2015.

BARTON P et al Uma avaliação nacional dos custos e resultados dos cuidados intermediários para pessoas idosas, Leicester / Birmingham: Nuffield Community Care Studies Unit / Centro de Gerenciamento de Serviços de Saúde, 2005.

JONES, K et al. Investigando o Impacto a Longo Prazo dos Serviços de Reabilitação de Assistência Domiciliar. Os resultados e custos de curto prazo dos serviços de reabilitação de assistência domiciliar. Relatório provisório. PSSRU/SPRU, Universidade de Kent/Universidade de York, 2009.

Acesso aos serviços de saúde das populações indígenas: análise sobre a contribuição do Programa Mais Médicos no Estado Amazonas, Brasil

Bahiyyeh Ahmadpour¹,
Fabiana Mânica Martins²,
Julio Cesar Schweickardt³,
Alcindo Antônio Ferla⁴.

RESUMO:

O acesso ao serviço de saúde é um dos princípios que rege a legislação do Sistema Único de Saúde, garantindo que os usuários usufruam das ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde oferecidos pela atenção básica. Dada a complexidade do cenário das populações indígenas no estado do Amazonas, o acesso deve ser garantido pelo Estado de acordo com as realidades apresentadas. Neste sentido, o Programa Mais Médicos vem contribuindo para a garantia deste princípio que deve ser universal e equitativo, compreendendo a oferta de saúde para todas as populações. Este estudo foi realizado no DSEI Alto Solimões no estado do Amazonas através do método de estudo de caso. Trata-se de um recorte do projeto “Análise do Programa Mais Médicos no Cenário da Saúde Indígena: Estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena- DESI Alto Solimões/AM”. Com o estabelecimento do PMM, em parceria realizada entre Governo Cubano, brasileiro e a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, fica evidente a ampliação do acesso da população indígena aos serviços de saúde, pois a presença dos médicos nas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena se tornou, pela primeira vez, efetiva. **Palavras-Chaves:** Saúde Indígena; Atenção Básica em Saúde; Programa Mais Médicos

Introdução

Após 40 anos da Declaração de Alma-Ata, muitos países desenvolveram experiências da Atenção Primária à Saúde (APS), readequando nas agendas

locais ações voltadas para as populações em diversos contextos. No Brasil adotou-se o termo Atenção Básica de Saúde (ABS), e a partir da criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), torna-se a porta principal de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado por um conjunto de ações coletivas e individuais na promoção da saúde, proteção e prevenção de agravos, diagnósticos e a recuperação e tratamento da saúde¹. Na saúde indígena, as ações da ABS ficam sob o cuidado dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sendo este o responsável para prestar atendimento a toda população aldeada².

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), criada em 2002, integra a Política Nacional de Saúde, seguindo as diretrizes e princípios do SUS, buscando a garantia de acesso a atenção integral à saúde, reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como seus direitos territoriais³. A PNASPI busca aplicar modelagens teconoassistenciais para superar problemas de acesso aos serviços de saúde para ampliar a cobertura de assistência, a partir de um modelo de atenção diferenciada, considerando os aspectos culturais, epidemiológicos e logísticos de cada contexto.

Uma das iniciativas no Governo Federal para o fortalecimento da ABS objetivando a qualificação dos serviços nos SUS foi o Programa Mais Médicos (PMM), através do provimento de médicos em regiões de saúde prioritárias, formando profissionais em nível de graduação e residência, além de investir na infraestrutura expandindo a rede de saúde. As

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – UFAM/USP. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Amazonas. Email: bahiyyeh@gmail.com.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Amazonas. Email: fabianamanica@hotmail.com.

³ Pesquisador do Instituto Leonidas e Maria Deane – Fiocruz Amazonas. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. Email: julio.ilmd@gmail.com.

⁴ Professor adjunto na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atua no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFPa) e em Saúde da Família (UFMS). Pesquisador visitante do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, do Instituto Leonidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz. Email: ferlaalcindo@gmail.com

vagas do PMM priorizaram médicos formados em instituições brasileiras de ensino superior ou com diplomas revalidados, denominados como Médico Participante, seguidos de médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior. Caso não preencham as vagas, abriu-se a possibilidade de participação de médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior, denominados de Médicos Intercambistas⁴.

Na saúde indígena, a quase totalidade de médicos eram de médicos cubanos, vinculados através de um Termo e Cooperação entre o Governo Brasileiro e Cubano com a intermediação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O PMM possibilitou a incorporação deste profissional nas EMSI, pois havia muita dificuldade de suprimento de modo regular, impossibilitando a continuidade do cuidado e da construção de vínculos⁴. Cabe destacar que a saúde indígena, desde o seu início, teve muitas dificuldades na contratação de médicos.

Materiais e Métodos

O presente texto faz parte de um estudo de caso realizado no DSEI Alto Solimões abrangendo as comunidades indígenas: Belém do Solimões, Campo Alegre e Betânia, localizadas nos municípios de Tabatinga, São Paulo de Olivença e Santo Antônio do Iça, respectivamente, no estado do Amazonas, Brasil.

O estudo passou pela análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas, encaminhado ao Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP) por se tratar de pesquisa envolvendo populações indígenas e aprovação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para aprovação da entrada em Terra Indígena. Após os trâmites éticos o trabalho recebeu a aprovação sob o CAAE: 80564817.9.0000.5020.

A pesquisa foi realizada em banco de dados da saúde indígena para avaliar as condições de saúde da população. A coleta de dados primários foi realizada em viagem para as comunidades selecionadas, onde foram realizadas observações e entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e lideranças indígenas sobre o trabalho em saúde e as percepções sobre o PMM.

Resultados e Discussão

Dada a complexidade do cenário territorial, logístico e cultural dos povos indígenas, historicamente a

presença de profissionais médicos nos DSEIs era baixa e os poucos que aceitavam o desafio, não permaneciam por muito tempo. Porém com o estabelecimento do PMM este cenário trouxe mudanças significativas na realidade da saúde das aldeias, sendo inseridos no programa 339 médicos nos DSEIs, havendo um aumento de 79% do percentual de médicos entre 2013 a 2015.

Em dezembro de 2018, o Governo cubano cancelou a cooperação, resultando na modificação deste cenário nos DSEIs. No estado do Amazonas havia 292 médicos cubanos nos DSEIs, com o encerramento da cooperação a saúde indígena ficou sem médicos e poucos médicos brasileiros aderiram ao edital. Assim, retornamos à situação anterior ao PMM, ou seja, responsabilização do trabalho em saúde dos outros profissionais, aumento de encaminhamentos e, conseqüentemente, baixa resolutividade das ações de saúde nas aldeias.

Neste sentido, o acesso aos serviços de saúde ampliou na saúde indígena através do PMM, contando com a presença dos profissionais médicos nos 34 DSEI no país, superando a meta com o Programa. Com a presença, em sua grande maioria, dos médicos cubanos, houve um efeito bem importante na dinâmica da equipe de saúde, aumentando a produção da equipe.

No DSEI Alto Solimões houve um aumento da produção assistencial desde o estabelecimento da PMM, na qual dá-se pelo preenchimento das equipes e a melhoria na qualidade das informações no Sistema de Informação de Saúde Indígena, como por exemplo, os registros relacionados aos cuidados ao ciclo mãe-bebê, como informações acerca do local do parto, na qual é de preenchimento obrigatório, como também ocorreram aumento significativo de consultas pré-natais. Já em relação a mortalidade, identificamos melhorias no cenário de problemas relacionados ao registro de óbitos por causas mal definidas e complicações do trabalho de parto e do parto.

Observamos que os participantes da pesquisa foram unânimes em registrar que o PMM alcançou a proposta de alocar médicos em territórios até então marcados pela ausência deste profissional. Além disso, registramos uma grande capacidade de produção de vínculo por parte dos médicos cubanos envolvidos no PMM, tendo sido identificada como um diferencial, relacionado às especificidades de sua formação e a uma subjetivação singular operante na constituição deste ator no contexto cubano^{6,7}.

Considerações Finais

Nos Polos pesquisados, o PMM contribuiu estruturalmente no processo de implantação da política de saúde implementada a partir da reestruturação das ações, com maior protagonismo da SESAI/MS. Essa contribuição foi relacionada a uma reorganização importante nos processos de trabalho, no aumento da resolutividade assistencial e na maior capacidade de respostas das equipes.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
2. Garnelo, L. Política Nacional Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implementação do subsistema de atenção à saúde. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (org.) – Brasília MEC-SECADI, 2012.
3. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.
5. Fontão MAB, Pereira EL. More Doctors Project in indigenous health: reflections from an opinion survey. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1169-80.
6. GARCIA JR., C. A. S. Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos” [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
7. GOMES, L. B. A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.

A saúde nos territórios das águas: um estudo sobre a gestão e o cuidado em unidades fluviais na Amazônia

Fabiana Mânica Martins¹,
Bahiyeh Ahmadpour²,
Katia Helena Serafina Cruz Schweickardt³,
Júlio César Schweickardt⁴,
Alcindo Antônio Ferla⁵.

Resumo:

O objetivo deste texto é propor uma reflexão acerca do cuidado em saúde em áreas remotas, no caso, na Amazônia Brasileira através da experiência da implantação e implementação das Unidades Básicas Fluviais (UBSF) em municípios do estado do Amazonas/Brasil. Trata-se de um estudo que vem sendo realizado processo de doutoramento e as reflexões levantadas neste texto são inquietações, afetações do fazer, sentir, viver a pesquisa. O método é a cartografia que nos permite mapear, além das unidades, os processos de cuidar e gerir essa inovação tecnológica de saúde na Amazônia. É uma política recente, pois a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é implantada em todo país a partir de 2006, entretanto as regiões da Amazônia e do Pantanal somente recebem um olhar diferenciado em 2011, na segunda edição da PNAB, quando é reconhecida a especificidade dessas áreas. É acerca dessas ações e do território percorrido pelos novos modos de cuidado que queremos discutir neste texto. As UBSF são mais do que embarcações que percorrem os rios e lagos da Amazônia Brasileira fazendo assistência à saúde. Nestas unidades existe um cuidado singular, são ações que extrapolam os protocolos, pois a UBSF faz um deslocamento até as pessoas, indo até o lugar de vida das pessoas e onde as redes vivas se constituem.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Saúde Rural; Atenção

Básica em Saúde, Amazônia.

Introdução:

As Unidades Básicas Fluviais de Saúde (UBSF) têm a perspectiva de um cuidado longitudinal, permanente, integral da saúde para as populações ribeirinhas. Desse modo, temos uma política que valoriza o ambiente como lugar de produção de vida e que aplica uma visão dialógica e respeitosa com as dinâmicas que o território apresenta, sem a realização de intervenções pontuais e assimétricas do saber biomédico.

O território, que denominamos de líquido, é a característica mais marcante nessas regiões, pois são banhadas por uma rede hidrográfica bem extensa. É neste contexto que o cuidado em saúde precisa ser realizado, como exemplo disso apresentamos a experiência das UBFs. Importante destacar que essa política diferenciada foi fruto da conquista de gestores da saúde da região Norte. Assim, o primeiro projeto nasceu no município de Borba/AM em 2011, iniciando as suas viagens pela calha do Rio Madeira em 2013.

UBS Fluviais

As UBSF são flutuantes, portanto, se deslocam pelos

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas. Email: fabianamanica@hotmail.com.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – UFAM/USP. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas. Email: bahiyeh@gmail.com.

³ Professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Secretária Municipal de Educação de Manaus/AM. Email: katia.helena.ufam@gmail.com.

⁴ Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. Email: julio.ilmd@gmail.com.

⁵ Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

rios principais e seus afluentes para atender a população ribeirinha. As Unidades têm uma estrutura semelhante às Unidades de Saúde fixas, sendo compostas por consultórios médicos, enfermagem e odontológico, sala de triagem, sala de educação em saúde, farmácia, laboratório, sala de vacina, banheiros, cabines com leitos para a equipe, cozinha, sala de procedimentos e recepção. A sala de espera contém cadeiras aonde é realizada orientações de saúde. Os prontuários das famílias são numerados e organizados por comunidade, relacionados pelo Agente Comunitário de Saúde, vinculado à equipe da UBSF.

As UBSFs são mais do que embarcações que percorrem os rios e lagos da Amazônia Brasileira fazendo assistência à saúde. Existe um cuidado singular, uma prática que extrapola os cuidados tradicionais em UBS fixas. A UBSF se desloca até as pessoas, indo ao lugar de vida das pessoas, onde as redes vivas se constituem. Assim, como uma UBS tradicional, têm o compromisso de atuar segundo os princípios da Atenção Básica à Saúde, quais sejam, a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Entretanto, a UBSF produz para além do vínculo da equipe a um território, vinculando-se a territórios dispersos nas margens dos rios e lagos. E o mais importante, a Unidade Fluvial cria acesso e inclusão da população que tinha uma oferta de serviços de saúde de modo descontínuo e irregular.

O território líquido é marcado pelos modos de vida da Amazônia, em que o ciclo das águas: a seca, a enchente, a cheia e a vazante, influenciam diretamente nas formas de organização social e política da população. A variação do nível da água é um acontecimento previsível (com exceção de eventos extremos como “grande seca” e “grande cheia”) para quem vive na várzea (região de terra que alaga no período da cheia), portanto, há uma relação existencial entre os eventos das águas e o ciclo da vida dos que ali habitam. O território líquido [1] [2], não fluído, aproxima as pessoas e as políticas das pessoas, no movimento entre fixos e fluxos [3] (na noção de Milton Santos), conectando pessoas, coisas, ações e fazeres. O rio é caminho que conecta as pessoas através do cuidado realizado pela equipe de saúde, mas também produz muitas redes vivas.

As UBSFs têm diminuído as iniquidades no cuidado à saúde por criarem as condições de acesso às comunidades ribeirinhas aos serviços de saúde. Essas populações estavam excluídas das políticas de saúde devido à complexidade dos territórios, ou seja, a dispersão, baixa densidade demográfica, as distâncias

e as condições relacionadas ao ciclo das águas [1].

Desde 2013, essa política tem se disseminado para outros municípios da região Norte e Pantanal. Até 2016 foram contempladas 64 propostas para construção de UBSF com financiamento do Ministério da Saúde (MS). Segundo informações do Departamento de Atenção Básica, atualmente já foram encaminhadas ao MS 99 propostas de todos os Estados da Amazônia Legal e região do Pantanal, sendo 26 já concluídas e/ou já inauguradas, das quais 7 já estão em funcionamento [4]. Por ser uma política recente, necessita de avaliações que consideram a efetividade e eficácia referente aos cuidados da população ribeirinha, o custo, o trabalho da equipe, continuidade das ações, bem como a sustentabilidade da própria política.

A proposta desta pesquisa, é realizar a cartografia do cuidado em dois territórios com características distintas: município de Borba (banhado pela calha do rio Madeira); e município de Tefé (banhado pela calha do rio Solimões). Os dois rios possuem características diferentes, mas ambos são marcados pelos ciclos das águas e pela característica da vida na região de várzea. Assim, cartografar as modelagens tecnoassistenciais do campo do cuidado nos dá uma dimensão da micropolítica da gestão do cuidado nesses territórios.

Assim, poderemos identificar, com o olhar das presenças [5] (e não das ausências), como se dá a micropolítica da gestão da saúde e dos arranjos tecnoassistenciais no território, nas realidades diversas das comunidades ribeirinhas, nos espaços de uso e do ‘fazer saúde’, onde a política é efetivada como acontecimento em ato. Buscamos, desse modo, vivenciar a cartografia da política em territórios onde o acontecer micropolítico se faz na produção do cuidado na Amazônia.

Concluindo

Entendemos assim, que a pesquisa se faz no compartilhamento e na interferência das políticas tendo em vista mudanças que promovam a redução das iniquidades do acesso à saúde das populações ribeirinhas na Amazônia. Essa postura teórico-política implica em dizer que há conhecimentos reconhecidos como verdades e possuem autoridade no mundo do cuidado, no mundo das políticas públicas de saúde [6]. Chama-nos para o desafio de buscar uma prática científica que cria solidariedade tanto da sociedade quanto da natureza.

O cenário descrito traz aprendizados como: compreender a dinâmica de vida dessas populações

na relação com o território; modos como a gestão cria a “logística” para desenvolver uma política pública; modos de organização do trabalho da equipe de saúde; a forma de realizar o cuidado diferenciado e ético com as pessoas. Portanto, consideramos que essa política aplicada na Amazônia apresenta uma inovação tecnoassistencial que produz cuidado e inclusão da população da floresta e das águas.

Referências

1. SCHWEICKARDT, J. C. et al. Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R. B.; (ORG). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. Porto Alegre: [s.n.], 2016.
2. KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT. O TERRITÓRIO QUE CORTA OS RIOS: a atenção básica no município de Barreirinha, Estado do Amazonas. In: CECCIM, R. B., et al. Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. Porto Alegre: REDE UNIDA, 2016. p. 195-225.
3. SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. D.; SILVEIRA, M. L. Território globalização e fragmentação. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 1, p. 15-20.
4. KADRI, M. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: uma experiência inovadora na Amazônia. Interface, São Paulo, [no prelo] 2018.
5. SANTOS, B. D. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. Novos estud. CEBRAP, São Paulo, v. 79, p. 71-94, Nov 2007. Disponível em: Acesso em: 16 novembro 2018.
6. SCHWEICKARDT, J. C. et al. História e política pública de saúde. 1ª. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. 214 p.
7. SANTOS, B. D. S. Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social /Boaventura de Sousa Santos; tradução Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.

Saúde integral da gestante na atenção básica: potencialidades no processo do cuidado

Fabiana Mânica Martins¹,
Andrew Pedrosa Pereira da Silva²,
Luciana Barros de Lima Matuchewski³,
Bahiyeh Ahmadpour⁴,
Júlio Cesar Schweickardt⁵,
Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt⁶.

Resumo

O projeto de extensão intitulado “O que esperar quando se espera? Promovendo o cuidado mamãe e bebê através do grupo de gestantes”, foi desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Morro da Liberdade, localizada no distrito sul da cidade de Manaus, com gestantes que faziam o pré-natal na UBS. O objetivo foi de implantar e implementar o curso de gestantes na unidade tendo em vista compartilhar as ações de promoção e educação em saúde entre ensino (UFAM) e serviço (SEMSA), de tal maneira que houvesse a integração entre profissionais, acadêmicos e usuárias gestantes. Entendemos que esse processo de cuidar coletivo promoveu o acolhimento, a educação, a humanização e especialmente fortaleceu o vínculo das usuárias ao serviço. Além do mais viabilizou aos acadêmicos de medicina uma vivência no mundo do trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) como espaço de aprendizagem, de escuta e de promoção da saúde.

Palavras-chave: Gestantes; Educação em Saúde; Atenção Básica à Saúde

Introdução

As práticas educativas referem-se às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades dos

indivíduos e da coletividade; por isso a educação em saúde deve ser uma atividade de grande relevância, tanto para os acadêmicos, os profissionais de saúde e para a comunidade, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas¹. Nesse contexto a gravidez é um momento de alegria pela nova vida que se inicia, mas este período pode gerar angústia, revolta, tensão, dúvidas e, em geral, ansiedade; portanto se tem a necessidade de trabalhar as emoções, propiciando conforto, relaxamento e segurança, além de facilitar a troca de saberes e informações². Para tanto é importante salientar que para realizar o cuidado é necessário que o profissional de saúde esteja envolvido no processo tanto de corpo, mente e espírito, caso contrário ele efetuará um procedimento mecanicista, isento de sentimentos de acolhimento, humanização, empatia³. Nessa perspectiva o projeto de extensão visa dialogar com as grávidas acerca dos conhecimentos diversos a respeito do período gestacional. Abordando o pré-natal, parto e puerpério a partir dos saberes delas introduzindo nestes temas alguns saberes técnicos de forma acessível, tendo em vista a superação de medos, ansiedades, dúvidas acerca do processo gravídico, parto e puerpério, e, especialmente, o fortalecimento da relação binômio mãe-bebê. Entendemos que falar sobre o assunto permite que as mulheres conheçam seu próprio corpo e as mudanças que ocorrem durante a gestação, além de que possibilita o empoderamento feminino, a escolha do plano de parto com mais segurança e argumentação junto aos profissionais de saúde.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia – UFAM. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: fabianamanica@hotmail.com.

² Acadêmico da Faculdade de Medicina – UFAM. Email: andrew.pedrosa.ap@gmail.com.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente. E-mail: lucianabarrosdelima@hotmail.com.

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – UFAM/USP. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: bahiyeh@gmail.com.

⁵ Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. E-mail: julio.ilmd@gmail.com.

⁶ Professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Amazonas e Secretária Municipal de Educação de Manaus/AM. E-mail: katia.helena.ufam@gmail.com.

Objetivo

Relatar a vivência de um projeto de extensão acadêmica por meio de encontros de educação em saúde tendo em vista a promoção e empoderamento das gestantes de uma Unidade Básica de Saúde de Manaus.

Relato de experiência

O projeto surge da vivência na UBS Morro da Liberdade como prática de Campo na Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/Ufam. Os acadêmicos fazem a “sala de espera” na Unidade e identificamos a presença de grávidas. Conversamos com a diretora e com a médica de uma das equipes que acolhem a ideia do projeto com as grávidas cadastradas. Entendemos que as ações seriam focadas na promoção e prevenção da saúde para o processo gravídico puerperal. Os principais temas trabalhados, a partir das necessidades do grupo, foram: “A Mulher como protagonista da maternidade; Movimente-se na gravidez e sinta como seu corpo pode funcionar melhor; Chegou a hora do parto, e agora?; Não tenho leite, ele não desce! O que fazer?; e, Auto estima e sexualidade: como lidar com as mudanças na gravidez”. No primeiro ciclo (cada ciclo eram sete encontros) os acadêmicos acompanharam as professoras e profissionais nas atividades, posteriormente os alunos planejavam as ações, treinavam entre si e professoras na universidade e depois desenvolviam as ações na unidade supervisionados pelas professoras e profissionais. Considerando o processo formativo dos alunos, destacamos alguns relatos das vivências deles: O tema “Mulher como protagonista da maternidade” abordava como a mulher não deveria deixar outras pessoas tomarem decisões por ela, em situações como a escolha do nome bebê até a perda da privacidade em relação ao toque em sua barriga, pois esse tocar era feito muitas vezes sem o consentimento da grávida, ocasionando constrangimentos. O tema “Movimente-se na gravidez e sinta com o seu corpo pode funcionar melhor” orientava como os exercícios físicos eram importantes na gravidez, desde a liberação de hormônios da felicidade como a serotonina, até a facilidade de abertura do canal para o parto. O tema “Chegou a hora do parto, e agora?” discutia como a grávida deveria se comportar na hora do parto, desde os preparativos nos 9 (nove) meses de gestação, do que levar para a maternidade, sobre como agir quando a bolsa estourar, além dos direitos e deveres da mulher, a violência obstétrica e os tipos

de partos: humanizado, normal e cesariana. O tema “Não tenho leite, ele não desce! O que fazer?” esclarecia como a gestante poderia proceder após o parto caso não tivesse leite, eram dadas dicas e instruções para poder reverter a situação além de informação sobre os bancos de leite que poderiam auxiliar na resolução do problema. O tema “Autoestima e Sexualidade: como lidar com as mudanças na gravidez” abordava como a gestante poderia explorar a sua sexualidade e o seu corpo com o parceiro, desmistificando tabus a respeito do sexo na gravidez. Além do mais, a pedido das gestantes, foram realizadas visitas à maternidade com o intuito de fazer o reconhecimento do local e dos profissionais. Após a visita foi unânime o relato de satisfação das grávidas, pois a maioria não conhecia uma maternidade. A sensação de ‘estar com’ e ‘aprender com’ as grávidas foi uma experiência gratificante, pois além de estudarmos muito a teoria (para esclarecer as dúvidas delas) nós também aprendíamos com elas (acerca das sensações, sentimentos, sinais e sintomas de quem vive o momento gravídico). Além disso, foi possível acompanhar o desenvolvimento das grávidas durante 7 (sete) encontros.

Resultados e discussão

As práticas educativas do projeto proporcionaram integração entre os acadêmicos, os profissionais de saúde da unidade e as gestantes, a troca de experiência e conhecimentos. Era possível observar nas gestantes que estavam finalizando o curso a evolução no nível de conhecimento a respeito dos temas, sobre a segurança que demonstravam por meio de suas falas, além do interesse por mais encontros onde pudesse ocorrer mais trocas. Para os acadêmicos (a maioria dos períodos 1º ao 4º) foi o primeiro contato com a atenção básica e com a educação em saúde. O conhecimento agregado durante a preparação dos encontros e a sua práxis vai nos acompanhar para o resto da vida (refere um acadêmico), agora nos sentimos empoderados na relação com os usuários do SUS, para dialogar sobre as dúvidas e instruir a respeito do que fazer em certas situações.

Considerações finais

A partir da realização desse projeto de extensão, percebeu-se que a educação em saúde realizada pelos acadêmicos de medicina na UBS para as gestantes, fez parte de uma construção crescente dentro do ensino aprendizagem, pois há um aprendizado inserido na realidade do SUS, na vida das pessoas, na prática do

cuidado dos profissionais, acompanhados pelos professores da saúde coletiva. As gestantes e alunos saíram do curso com uma percepção diferente da gravidez, a partilha de experiências anteriores e do momento atual enriqueceram os momentos de encontro. Olhando para esta experiência de integração ensino serviço percebemos que esses espaços são necessários e essenciais na vivência da promoção de saúde nos espaços de educação em saúde dessas mulheres, contribuindo assim no cuidado e num pré-natal mais humanizado.

REFERÊNCIAS

1. ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação e saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 2011.
2. PAIXÃO, N. R. A.; CASTRO, A. R. M. Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. **Boletim da Saúde** – Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Escola de Saúde Pública, v. 20, n. 2, dez. 2006.
3. FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L.; GOMES, A. M. T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, jan./mar. 2012.

Educação: Aprendendo a enfrentar os desafios do envelhecer

Kerolyn Ramos Garcia¹,
Suzana Schwerz Funghetto,
Eliana Fortes Gris,
Aline Gomes de Oliveira,
Margô Gomes de Oliveira Karnikowski².

Resumo:

Grandes desafios são proeminentes do envelhecimento populacional, destacando-se a dificuldade de acesso à educação por essa faixa etária. Nesse contexto, estratégias de enfrentamento dos desafios para um envelhecimento digno e ativo são primordiais para garantia de qualidade de vida para todas as idades. A educação enquanto estratégia de emancipação e empoderamento social vem sendo trabalhada no âmbito de programas educacionais para idosos, com vistas à melhoria das condições de vida dessa população a partir do conhecimento sobre sua própria velhice. Dessa forma, o Programa Universidade do Envelhecer da Universidade de Brasília – UniSER/UnB busca ampliar as capacidades e habilidades na vida adulta e dos idosos da comunidade por meio da educação, desenvolvendo seus objetivos de maneira a contribuir para a transformação da realidade brasileira. Protagonistas de diversas ações, os participantes do programa são desafiados a priorizar sua autonomia e desenvolver suas capacidades de contribuir socialmente e aprender ao longo de toda a vida.

Educação: Aprendendo a enfrentar os desafios do envelhecer

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que envolve grandes desafios aos diversos setores da sociedade, sobretudo nos países em desenvolvimento(1). Associado a transição demográfica acelerada e na ausência de implementação de políticas sociais efetivas que possam garantir as condições de se envelhecer de forma digna e ativa, os idosos passam por uma situação de extrema vulnerabilidade no Brasil(2).

Neste cenário é possível verificar a incapacidade dos serviços de saúde em suprir as demandas geradas,

agravando ainda mais a fragilidade de quem vivencia a velhice. Assim as famílias, a sociedade e o Estado assistem o envelhecer de sua população e o surgimento de gerações inteiras que não sabem o que fazer com a longevidade. Se por um lado vive-se mais, por outro não se sabe em que condições se estabelecem esta experiência. A família, a sociedade e o Estado podem, portanto, tornarem-se dificultadores de um processo que já carrega consigo suas limitações(3).

A família brasileira, que há poucos anos era composta majoritariamente por jovens, não se encontra preparada para o ente que envelheceu. Dessa forma, o velho passa a ser usufruído como provedor financeiro, deixando de ser ator familiar ao perder sua identidade adulta no seio de sua própria casa, e, ainda, passa a não se reconhecer na estrutura social em que se encontra(3). Em outros casos, a negligência com o familiar envelhecido chega ao ponto da invisibilidade, onde este não é mais visto como um ser pensante, mas sim alguém que muito onera sua existência.

Para a sociedade brasileira, a realidade do país é obscurecida pelo marketing social feito sobre o que representa a juventude. O Brasil ainda se vê como um país jovem e encara a juventude como um estilo de vida(4), muitas vezes negando a sua velhice. Por fim o Estado possui uma visão restrita, voltada para os encargos financeiros de ordem previdenciária, além de não ter preparo de seus serviços de assistência para uma população envelhecida e com peculiaridades advindas do processo natural de envelhecer. Encarado como um peso financeiro e sem suporte estatal, negligenciado pela família e invisível socialmente, a população de velhos brasileira se encontra adoecida, sem assistência à saúde e sem estratégias para sua promoção, resultando nos elevados índices de depressão(5), doenças crônicas e violência contra as pessoas idosas(6).

¹ kerolynramos@hotmail.com; ² margounb@gmail.com.

O idoso, por sua vez, desperta para a velhice de forma abrupta e sem saber como lidar com tantos desafios de ordem biológica, psicológica e sociais. Neste contexto, o grupo de pesquisa Determinantes do Envelhecimento Humano (GPDEH) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), juntamente com o Instituto de Educação e Envelhecimento Humano (IEEH) buscam criar ambientes que propiciem traçar estratégias de se envelhecer no Brasil. Ambas as instituições identificaram a educação enquanto estratégia fundamental de independência e autonomia, de modo a contribuir para o despertar de um “novo velho” alicerçado na valorização do ser, do aprender e do ensinar e valorizando a convivência e o aprendizado coletivo ao longo da vida.

Assim, por iniciativa do GPDEH, foi criado em 2015 o Programa Universidade do Envelhecer da Universidade de Brasília (UNISER/UnB), o qual fomenta ações integradoras norteadas pelos eixos educação, saúde, direito, políticas, arte e cultura, de modo a ampliar as capacidades e habilidades na vida adulta e dos idosos da comunidade, visando adoção de comportamento que estimule a cidadania, o empoderamento e o desenvolvimento humano e social, além de contribuir para a transformação das pessoas envolvidas. Por meio da UniSER, o curso de educador político social em gerontologia é ofertado como a principal iniciativa educacional para desenvolver os objetivos propostos através da educação emancipadora.

Uma vez que o programa propõe suas ações de modo a contribuir com a melhoria de indicadores do envelhecimento ativo, para avaliar a eficácia da iniciativa, foi realizada a pesquisa intitulada “Aspectos avaliativos de um programa de extensão educacional para a maturidade.”(7), que demonstrou impacto positivo no bem-estar dos participantes, mudanças de comportamento quanto a cidadania, ao empoderamento e no desenvolvimento humano e social e, ainda, elevado grau de satisfação de seus participantes quanto à seus eixos norteadores. A pesquisa apontou também a necessidade de aprimoramento de métodos avaliativos que sejam desenvolvidos considerando medidas específicas para os problemas expostos, além da necessidade de melhor interlocução entre os projetos desenvolvidos no âmbito da ação. Atualmente, os estudos avançam para se verificar a validade social e o impacto da educação na saúde dos participantes, com resultados parciais que indicam melhorias no tratamento de depressão, entre outros aspectos.

Após formados, os educadores político sociais em gerontologia, egressos do programa, fundaram o Instituto de Educação e Envelhecimento Humano (IEEH), uma associação voltada para promoção de iniciativas em prol do envelhecimento digno e ativo e da manutenção da autonomia na velhice. Os idosos colaboradores participam de todo processo administrativo e estratégico da instituição, além de serem primaciais na organização de eventos científicos de âmbito internacional como o Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia (CITIG), o Seminário Internacional do Envelhecimento e o Seminário Fronteiras do Envelhecer. O idosos participam ainda ativamente das pesquisas desenvolvidas, de feiras culturais locais e na manutenção do Programa UniSER/UnB.

A educação enquanto estratégia para enfrentamento dos desafios do envelhecimento versa sobre o protagonismo do velho em sua própria velhice e a priorização de sua autonomia no processo de decisão, enfatizando a capacidade do ser de contribuir socialmente e aprender ao longo de toda a vida. Aprender continuamente torna-se, portanto, uma via de emancipação da invisibilidade e vulnerabilidade social, além de desenvolver o empoderamento de uma faixa etária comumente excluída simplesmente por seguir o ciclo da vida e envelhecer.

Referências Bibliográficas

1. Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018;52:17–9. Available from: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>
2. Barros MB de A, Goldbaum M. Challenges of aging in the context of social inequalities. *Rev Saude Publica*. 2018;52:2–4.
3. Muller EF, Moser L. AGING AND POLICIES OF RECONCILIATION BETWEEN WORK AND FAMILY. 2018;(2015). Available from: <http://www.publicacoes.ufes.br/EINPS/article/view/20072>
4. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. *Tratado Geriatr e Gerontol - Guanabara Koogan*. 2002;79–84.
5. Fabiana Pinheiro Ramos, Silmara Correia da Silva, Daniela Fernanda de Freitas, Lílian Mendes Borburema Gangussu, Audrey Handyara Bicalho, Berenilde Valéria de Oliveira Sousa; Zuíla Maria de Jesus Rametta, Flávia de Jesus Rametta, Filipe de Jesus Rametta, TAG. Factors associated with

- depression in the elderly. Electron J Collect Heal [Internet]. 2019;19(1):8. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/239/154>
6. Brasil MP do DF e TM. Mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal: uma análise dos dez anos de acompanhamento pela Central Judicial do Idoso [Internet]. 3rd ed. Brasília, DF; 2017. Available from: http://www.tjdft.jus.br/institucional/2a-vice-presidencia/central-judicial-do-idoso/Cartilha_mapa_violencia_pessoa_idosa_3_ed_2017_visualizacao_289.pdf
7. Garcia KR. Aspectos avaliativos de um Programa de extensão educacional para a maturidade [Internet]. Universidade de Brasília; 2017. Available from: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31281/1/2017_KerolynRamosGarcia_PARCIAL.pdf

Arteterapia com puérperas albergadas na maternidade da rede pública de saúde no Amazonas: um relato de experiência

Bahiyyeh Ahmadpour¹,
Gabriel Sarkis Benacon²,
Edna Vitória Bevilaqua Barros³,
Fabiana Manica Martins⁴,
Luciana Barros de Lima Matuchewski⁵,
Gracimar Fecury⁶.

Resumo

O puerpério compreende um período de intensas transformações para a mulher, tratando-se de um conjunto de alterações que a mulher, no pós-parto, vivencia mudanças em seu corpo, retornando ao estado pré-gravídico. Nesse período, não somente alterações físicas são observadas, como também alterações psicológicas são comuns, como labilidade emocional e insegurança em relação aos cuidados necessários para garantir a saúde do bebê, são exemplos.[1] Este estudo envolveu a participação de mães albergadas no Instituto da Mulher Dona Lindu, Manaus, Amazonas. As puérperas albergadas ocupam todas no mesmo dormitório da maternidade, e seus filhos estão sob cuidados das equipes multiprofissionais do Instituto, passando significativa parte do tempo longe delas. Quanto a dinâmica das atividades executadas, elas se basearam no uso da arteterapia em grupo, envolvendo a pintura de garrafas e em mandalas e a confecção de laços como adornos. As atividades foram realizadas em dias distintos, cada uma, com duração média de 60 a 90 minutos, objetivando a redução do estresse a qual às puérperas são submetidas durante a estadia no albergue, de lhes proporcionar um momento de relaxamento e prazer por meio do desenvolvimento artístico e de ampliar a percepção delas mesmas e das outras, uma vez que a realização de atividade em grupo com arte permite a interação entre as mães, aumentando os vínculos sociais que podem se entender até para além dos momentos da realização da atividade, e também pelo benefício de se fazer arte no desenvolvimento de habilidades emocionais e do

bem-estar.[2-4]

Palavras-Chaves: Saúde da Mulher; Terapia pela Arte; Puerpério

Introdução

O presente relato de experiência trata-se sobre um projeto de extensão do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, intitulado: “Arte, terapia e saúde com puérperas albergadas no Instituto da Mulher Dona Lindu”. Este projeto ocorre há quatro anos na capital amazonense e tem trazido uma coleção de experiências para acadêmicos de medicina na atenção à Saúde da Mulher. Destinado a contribuir na melhoria do bem-estar das puérperas da maternidade, sugeriu-se a realização de atividades de arte e terapia através de planejamento e execução de ações envolvendo acadêmicos, docentes e profissionais da maternidade. Neste relato, serão abordadas três atividades que foram realizadas no decorrer do ano de 2018: Pintura de Garrafas, Pintura de Mandalas e Adorno de Laços.

As atividades elaboradas no percurso do projeto desempenham funções para o desenvolvimento do bem-estar das puérperas, bem como aprender e gerar trocas de saberes sobre a produção de um material para fonte de renda.

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto – UFAM/USP. Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Amazonas. Email: bahiyyeh@gmail.com

² Acadêmico da Faculdade de Medicina-UFAM. E-mail: sarkisbiel@gmail.com

³ Acadêmica da Faculdade de Medicina – UFAM. E-mail: ednavbbarros@gmail.com

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). Docente na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Amazonas. E-mail: fabianamanica@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente. E-mail: lucianabarrosdelima@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem na Maternidade Instituto da Mulher Dona Lindu. E-mail: mgracimar@gmail.com

Pintura de garrafas

No primeiro momento, as puérperas foram convidadas pelos acadêmicos e pela enfermeira para irem ao espaço aonde ocorreria a atividade. Ao dirigirem-se ao local as mães foram instruídas de como poderiam preparar materiais reutilizáveis, como garrafas de vidro ou de plástico, para a pintura ou, porventura, decoração e outros usos. Em seguida, lhes foram oferecidos os pincéis, as garrafas preparadas e as tintas. Assim, as mães iniciaram a pintura.

Em razão da insuficiência de pincéis e garrafas para todas as participantes houve o compartilhamento entre elas e algumas pintaram sobre papéis. Nota-se também, o desenvolvimento de um senso de solidariedade entre elas nesse processo de compartilhamento.

Ademais, outras utilizaram as mãos livres fazendo a pintura das garrafas ou dos papéis. Isto está relacionado a promoção do contato da executante com diferentes texturas e auxilia no desenvolvimento de habilidades motoras, emocionais e psíquicas. [4]

A respeito dos resultados da prática, notou-se que a atividade de pintura em grupo com as puérperas pôde promover aumento da interação social entre elas. Durante a atividade, observou-se, nos diálogos entre elas, momentos de risos e de compartilhamento de relatos pessoais. Neste último, foi comum as mães terem partilhado informações acerca dos seus filhos e sobre seus estados emocionais.

Apesar de não ter sido o foco original da prática, a pintura em mãos livres obteve resultados positivos. Processos envolvendo as mãos podem envolver intensas percepções táteis e mecanismos somatossensórios, o que foi relatado em trabalhos quando aplicou arteterapia com modelagem em argila em pacientes com transtorno depressivo maior. [4]

O custo financeiro para realizar a prática foi unicamente dos materiais necessários para a mesma (pincéis, tintas, garrafas, papéis, primer), sendo uma atividade acessível financeiramente, além de ter apresentado eficiência em reduzir o estresse, possibilitar a expressão emocional verbal (pelo diálogo) e não verbal (pela arte) e melhorar o bem-estar.

Neste sentido, foi sugerido às mães que a pintura de garrafas poderia ser uma atividade que, a despeito dos benefícios ora citados para o bem-estar, promove uma prática de reciclagem de materiais, contornando o impacto ambiental que gerariam ao descarte e também que pudessem obter alguma forma de

retorno financeiro, caso optassem por comercializar as artes desenvolvidas.

Pintura de mandalas

Ao iniciar a atividade, realizou-se uma roda de conversa, proporcionando a interação entre as participantes, estas se apresentaram e puderam conversar sobre suas perspectivas neste período. Em seguida, foram distribuídas as mandalas e os materiais para a pintura.

A pintura de mandalas aplicada demonstrou eficiente em permitir que as participantes pudessem expressar sentimentos em forma de arte, numa forma que favorecesse a expressão não verbal. Observou-se, durante a atividade, as mães interagindo uma com as outras, trocando relatos de experiências, alguns dos quais haviam pontos em comuns, como o sofrimento relacionado ao tempo longe dos filhos internados na maternidade e problemas familiares e sociais. O senso de solidariedade que se desenvolveu entre as mães durante o intercurso da prática era perceptível, traduzindo-se na forma como uma ajudava a outra, dando suporte e apoio com o diálogo e demonstrações de empatia.

Além disso, houve relatos das participantes em relação ao benefício da atividade em ter proporcionado alguma união entre as albergadas. O ambiente da maternidade, até então, carecia de mais atividades que proporcionassem a formação ao vínculo entre as mães, apesar delas ocuparem o mesmo espaço e viverem situações semelhantes.

A pintura de mandalas em grupo, dessa forma, proporcionou um momento de promoção de bem-estar, de expressão de conflitos internos e outros sentimentos e, principalmente, da criação de vínculos sociais entre as mães albergadas.

Adornos de laços

Esta atividade contou com a participação de duas mães e trata-se da confecção de laços para adorno. Tal produto é acessível pois tem um baixo custo. Os materiais utilizados foram fitas, elásticos para cabelo, cola e tesoura. Esta atividade foi levada às puérperas com a pretensão de reuni-las em grupos para desenvolverem um trabalho artístico, usufruindo de seus efeitos terapêuticos, como relaxamento e bem-estar, de estimular o contato uma com as outras e de apresentar a elas uma atividade que pudesse gerar algum complemento em suas rendas financeiras, no momento em que comercializassem seu trabalho

artístico.

Apesar do número reduzido de participantes, pode-se observar interações sociais entre as duas participantes e com os membros do projeto. Houve diálogos, trocas de experiências e finalização de laços que poderiam ser usados como adornos para cabelo ou aplicados em bolsas, sandálias, entre outros.

Considerações finais

As atividades desenvolvidas neste projeto, permitiram a troca de saberes e conhecimentos entre diferentes atores envolvidos neste processo. Para os acadêmicos permite um conhecimento acerca das realidades vivenciados no período do puerpério, através de contato com as mães albergadas, bem como conhecer e desenvolver artes para fins terapêuticos. Já para as mães, a troca da rotina, um momento de reflexão e experimentos com novas abordagens terapêuticas. E por fim, os profissionais e docentes que estão em processo constante de aprendizagem, proporcionando espaços para o crescimento de saberes, buscando a formação no que tange a humanização do pré-parto, parto e pós-parto na atenção à Saúde da Mulher.

Referências

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

[2] American Arttherapy Association. What is art therapy? [Internet] [cited 2013 jun 05]. Available from:

http://www.americanarttherapyassociation.org/upload/w_hatisarttherapy.pdf

[3] Rodrigues D’Alencar, Érica; Alves e Souza, Ângela Maria; Silva de Araújo, Thábyta; de Melo Beserra, Francisca; Rodrigues Lima, Marta Maria; Farias Gomes, Andreia. ARTETERAPIA NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 14, núm. 6, 2013, pp. 1241-1248. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil.

[4] NAN, Joshua K. M.; HO, Rainbow T. H. Effects of clay art therapy on adults outpatients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. Journal of Affective Disorders, Hong Kong, 11 abr. 2017. Volume 2017, p. 237-245. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez2.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0165032716304487?via%3Dihub>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP)¹ no Brasil e os cuidados intermediários.

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça,
Túlio Batista Franco,
Rodrigo Alves Torres Oliveira,
Ana Lúcia Abrahão.

Os Hospitais de Pequeno Porte no Brasil são uma rede com 3.666 unidades de até 50 leitos, de acordo com dados do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – DAHU do Ministério da Saúde do Brasil, em 2016. Deste conjunto, 59% têm de 20 a 49 leitos, e 41% menos de 20 leitos. Estes hospitais localizam-se na sua grande maioria em pequenos municípios, sendo 28% em municípios com menos de 10 mil habitantes, e 59% com 10 a 50 mil habitantes, o restante acima deste número. Na sua grande maioria, em torno de 60% são de gestão pública municipal. Os HPP estão distribuídos no território nacional da seguinte forma:

REGIÃO	NÚMERO DE HPP	% DE HPP
Centro-oeste	438	12%
Nordeste	1.457	40%
Norte	319	9%
Sudeste	846	23%
Sul	606	17%
Total Geral	3.666	100%

Fonte: DAHU/MS, 2016.

Estes hospitais mantém uma relação de alto custo para o sistema comparado com seu uso (ocupação e produção) e sua resolutividade, resultando em um peso orçamentário e financeiro exacerbado principalmente para os pequenos municípios. No sentido de tentar resolver o problema, no mês de junho do ano de 2004 o Ministério da Saúde no Brasil publicou a Portaria No. 1.044, que institui a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte - HPP. Foi uma importante iniciativa a inserção dos HPP na rede hierarquizada do Sistema Único de Saúde, com um tratamento programático específico. No entanto embora houvesse o esforço para resolver a gestão e financiamento dos HPP, o que foi proposto se

encontrava nos marcos do modelo atual da assistência hospitalar de forma genérica, ou seja, não houve uma inovação sobre os processos de atenção e gestão em curso até então. A continuidade do problema após esta intervenção nos informa que é necessário criar a solução, a partir de parâmetros novos. Veja-se que de forma genérica, temos problemas centralmente de eficiência, de incapacidade técnica e financeira e consequentemente na qualidade da atenção e do cuidado aos usuários.

A experiência italiana de Hospitais Comunitários, unidades que fazem parte da atenção e cuidados intermediários, juntamente com os *Hospices*, a Internação Domiciliar e os Abrigos, todos com referência territorial, equipes multiprofissionais, e vocação para operar o processo de produção do cuidado, principalmente a partir das tecnologias leves, sentimo-nos instigados a pensar que esta pode ser uma boa fonte de subsídios para pensar uma proposta de reconfiguração dos Hospitais de Pequeno Porte no Brasil.

Na Portaria GM/MS de Consolidação nº 03 de 28/09/2017 (Portaria de Origem: PRT MS/GM 2809/2012) (BRASIL, 2017b), houve esta proposição de implantação de cuidados intermediários, ainda que não usasse este termo consagrado na literatura internacional, bastante próxima a proposta italiana e inglesa. Houve porém duas diferenças básicas em relação à experiência italiana e da Região de Emília-Romagna em particular: em primeiro lugar a vinculação administrativa e de gestão destes recursos no sistema foi estabelecida na Rede de Urgência e Emergência; em segundo lugar, temos no conceito operacional de “cuidados prolongados”, e em suas unidades propostas tipicamente, quais sejam as Unidades de Cuidados Prolongados – UCP (unidades específicas de 15 a 25 leitos dentro de hospitais gerais) ou Hospitais de Cuidados Prolongados – HCP (hospitais dedicados com no mínimo 40 leitos), um cardápio de serviços destinados a cuidados

¹ Hospitais de Pequeno Porte têm entre 5 e 50 leitos. A Portaria 1044 de junho/2004 considera até 30 leitos, há autores que consideram até 50 leitos. (Ugá e López, 2007).

transicionais (preparação para alta segura de vulneráveis), cuidados paliativos, terminais ou não (semelhante ao modelo Hospice, inclusive com a assistência terminal) e podendo haver cuidados de longa permanência, que diferente dos cuidados prolongados não busca a mais rápida possível reinserção do usuário em sua vida cotidiana.

Como decorrências da primeira diferença têm: um caminho de entrada único e linear, da regulação da atenção de urgência e emergência para as UCP e HCP, com o modelo servindo de espaço de alívio ou porta de saída das unidades de urgência e emergência ou da atenção hospitalar; um desalinhamento com a gestão da atenção básica, ordenadora do cuidado, mas que não está habilitada a internar os pacientes vulneráveis, que por questões de agudização de seus quadros de adoecimento crônico, ou presença de comorbidades, não estão adequadamente instalados nem em suas residências, nem demandariam objetivamente cuidados tipicamente ofertados em hospital geral ou retaguarda de emergências; desarticulação com a atenção de média complexidade, com os Centros de Reabilitação ou recursos estratégicos para a manutenção das autonomias conquistadas com os esforços multiprofissionais realizados nestas internações. Enfim, ao não se apostar numa referência de gestão da proposta no território, com estas proximidades à vida cotidiana, o projeto fica restrito. Seja pelo processo de pactuação, seja pelo porte e tamanho de unidades hospitalares, verifica-se que em 2018 havia cerca de 20 HCP no país, o que é um número pequeno para uma programação assistencial que dispõe de recurso específico para instalação e custeio de funcionamento.

Ainda sobre esta mesma questão, outra agenda imperativa que se coloca é relativa ao equacionamento de enormes disparidades e diversidades no território nacional sejam do ponto de vista econômico e de injustiça distributiva, de disponibilidades técnicas, de acesso e locomoção entre cidades e municípios, mesmo do ponto de vista regional, havendo espaços gigantescos de baixa densidade populacional, onde os critérios de escala e eficiência, de custo-efetividade precisam ser relativizados para que haja a possibilidade de produção de mecanismos de garantia de acesso às tecnologias disponíveis para defender a vida. Porém, fica firme a ideia de que para se produzir proposições de soluções melhores para estas questões, a revisão do processo de trabalho e cuidado nos HPP, passaria de forma oportuna por uma construção regional, articulando os espaços municipais e intermunicipais, com divisão e compartilhamentos de tarefas e responsabilidades sanitárias.

Então, também em função das buscas empreendidas pela gestão do SUS em seus três níveis de governo com suas devidas entidades representativas e colegiados, para se encontrar um lugar ideal para os HPP, com missão específica na rede do Sistema Único de Saúde, imaginamos que é importante e oportuno debruçar-se sobre esta questão: seria possível uma reorganização destes hospitais, no sentido de qualificá-lo como Hospital Comunitário ou como hospitais com Unidade de Cuidados Intermediários?

Este modelo, segundo a experiência italiana baseada na gestão pelo território, ou seja, pela Gestão da Atenção Básica favorecendo um processo de produção de proximidade entre gestão e os territórios de existência das pessoas, aqui citada tem alta resolutividade. A modelagem de cuidados intermediários, incluindo o Hospital Comunitário, pressupõe o uso criativo dos HPP, talvez não como saída para os HPP, mas como soluções ao SUS, produzindo novos sentidos para estes quase 4000 equipamentos dispersos nos mais de 5.000 municípios brasileiros.

Esta é outra possibilidade de ferramenta a ser pensada para compor uma rede de serviços de cuidados intermediários, considerados de baixo custo em relação às internações hospitalares, alta eficácia e eficiência. Chama-se a atenção para a capacidade desta modalidade convocar trabalhadores e gestores para o cuidado em redes, ao se produzir uma relação de duplo caminho dos Hospitais Gerais e Especializados para o Hospital Comunitário e da Atenção Básica para o Hospital Comunitário e deste para a atenção hospitalar se necessário, para a internação e atenção domiciliar se oportuno e para o domicílio na vinculação com as equipes das Estratégias de Saúde da Família ou outras modalidades de Atenção Básica, sempre que possível.

Operando particularmente atividades de manutenção da autonomia e redução das restrições dadas pelas vulnerabilidades que comprometem as pessoas em situações desfavoráveis na estratificação de riscos, estes serviços funcionam lá e podem talvez funcionar aqui também, principalmente no suporte, na recuperação e na reabilitação, importantes ganhos de autonomia para usuários e suas redes de vínculos alcançarem as melhores possibilidades de andarem a própria vida.

Referências:

UGÁ, Maria Alicia Domínguez e LÓPEZ, Elaine Machado, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):915-928,

2007.

BRASIL/Ministério da Saúde. Brasília, 2014. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/537-sgep-raiz/dai-raiz/dai-sgep/12721-diagnostico-dos-hospitais-de-pequeno-porte-e-atualizado> , acesso em outubro de 2017.

BRASIL/MS. Portarias Consolidadas GM/MS 2, 5 e

6, de 27 de setembro de 2017.

BRASIL/MS Portaria GM/MS de Consolidação nº 03 de 28/09/2017 - Título XI – Capítulo I, **das disposições gerais sobre Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde** (Portaria de Origem: PRT MS/GM 2809/2012), 2017 b.

BRASIL/MS/DATASUS. www.datasus.gov.br (acesso em agosto de 2017).

A cooperação internacional como campo de reinvenção - os cuidados intermediários no debate entre Brasil e Itália.

Mírian Ribeiro Conceição¹,
Túlio Batista Franco²,
Maria Augusta Nicoli³,
Ardigò Martino⁴,
Ivo Quaranta⁵

Resumo

Este texto procura discutir a cooperação internacional com base na experiência do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisas e Práticas em Saúde Coletiva, que reúne uma rede de entidades brasileiras e italianas, e em especial neste momento desenvolve o projeto “RERSUS- Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão do cuidado entre Itália e Brasil”. Retrata também a experiência pioneira no Brasil de formação em gestão do cuidado, e implantação de uma Unidade de Cuidados Intermediários, dentro do campo da cooperação ítalo-brasileira. A cooperação é, portanto, um importante dispositivo, um território de reinvenções de práticas, conceitos e ferramentas para o cuidado em saúde. Um lugar a partir do qual é possível orientar mudanças significativas nos cenários das práticas dos serviços de saúde. Ela funciona como um espaço de encontro, onde as diversas experiências podem se fundir para produzir o comum entre todos que dela participam, e este comum é a força propulsora que coloca a cooperação em movimento. Neste momento ele se expressa no projeto RERSUS, e os seus possíveis desdobramentos sobre os conceitos e práticas na Atenção Básica.

Palavras-chave: Cooperação internacional, cuidado em saúde, cuidados intermediários, atenção básica.

No campo da saúde, a cooperação entre Itália e Brasil constitui-se por importantes inspirações de percurso histórico de discussões sobre direito à saúde e no campo das políticas de saúde e de sistemas universais que culminaram com as Reformas Sanitárias e Psiquiátricas. Este intercâmbio, *vem tecendo redes e aspirações, que por meio de suas utopias desenvolvem no âmbito da pesquisa, formação e do trabalho estratégias de sustentação de seus sistemas públicos e universais.*^{viii}

Ambos os países, após seus processos de reformar, investiram intensamente na implementação do modelo de atenção primária, recomendado pela OMS como principal estratégia para garantia do direito à saúde, criando, assim, novos dispositivos e estratégias de produção de cuidados integral e longitudinal, centrado na pessoa, mais próximos do território.¹

Neste sentido, em contínua busca de aperfeiçoamento do acesso à saúde e da qualidade dos serviços, para melhor responder às demandas da população, a Itália, com o Plano Sanitário Nacional de 2006 apresenta para renovação e inovação do sistema, os cuidados intermediários e os hospitais comunitários.²

Maciocco (2014) analisando o cenário internacional de implementação dos cuidados intermediários discute este não como um conjunto de serviços, mas como um conceito que sustenta uma modalidade de intervenção baseada na centralidade dos cuidados do

¹ Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva-UFF/UFRJ/UERJ/ENSP. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. mirianrcon@gmail.com.

² Prof. Dr. da Universidade Federal Fluminense. tuliofranco@gmail.com.

³ Agenzia sanitaria e sociale-Regione Emilia-Romagna-Itália. MariaAugusta.Nicoli@regione.emilia-romagna.it.

⁴ Médico, Especialista em Medicina Preventiva, Doutor em Medicina. Integra o Conselho Científico do Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bologna-Itália. Professor Visitante Estrangeiro da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: ardigo.martino@gmail.com.

⁵ Centro de Saúde Internacional da Universidade de Bologna-Itália. Prof. Dr. do Departamento de História, Culturas e Civilizações. ivo.quaranta@unibo.it.

paciente; necessidade de processos de avaliação que sejam fortes e permanentes, a importância de parcerias entre os diferentes atores, e a garantia de acesso oportuno aos demais serviços especializados quando necessário.³

Deste modo, os hospitais comunitário na Região Emília-Romagna vem definido (Decreto Regional 221/2015) detalhadamente como: estruturas de cuidado 24 horas/7 dias por semana, com 15 a 20 leitos de acesso pelo serviço territorial, em indicação do médico de família, por alta programada de enfermarias de hospitais de maior complexidade, ou diretamente do atendimento de emergência.⁴ A produção de cuidado é prioritariamente de baixa complexidade e de gestão da enfermagem, tendo como principais objetivos: o desenvolvimento da máxima autonomia dos pacientes e cuidadores, por meio de formação, orientação e outros recurso que possibilite melhor gestão possível das novas condições clínicas e terapêuticas e ao reconhecimento precoce de eventuais sintomas de instabilidade.⁵

Com escopo de cuidado específico, como apresentado anteriormente, os hospitais comunitários vêm atendendo principalmente às demandas apresentadas pela população idosa com multimorbidades, que configuram um perfil epidemiológico de importante impacto aos sistemas. Estas por suas vezes convocam os sistemas a se organizarem para uma produção de cuidado que apresente percepções que acompanhem um processo de evolução lenta, múltiplas causas, estilo de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos, com padrões irregulares.

Neste sentido, os cuidados intermediários como importante dispositivo de assistência entre a atenção hospitalar e os cuidados territoriais vem demonstrando significativo impacto para o sistema de saúde italiano, evitando intervenções inadequadas aos processos de agudização, a necessidade de uma atenção mais especializada e de maior custo. Ainda, tem importante impacto nas intervenções de egressos de internação hospitalar, com o cuidado mais intensivo evitando perda de funcionalidade e instalações de incapacidades ou a redução da capacidade produtiva, ou seja, dois fatores fundamentais na economia.^{6,7}

O Brasil vivencia o aumento expressivo da população idosa com previsões de duplicação em aproximadamente 20 anos, podendo chegar a 15% do total. Isto afeta não apenas o perfil de morbimortalidade, mas também a elevação dos gastos com os cuidados em saúde, como por exemplo das doenças cardiovasculares, cujos óbitos chegam a

31%⁸, tendo que rapidamente reinventar-se na atenção a essa população enfrentando novos desafios.

É na urgência deste cenário, que se desenvolve e consolida o Projeto RERSUS- Cuidados Intermediários: confronto e transferência de instrumentos de gestão do cuidado entre Itália e Brasil. A iniciativa se articula dentro do Laboratório Italo-Brasileiro de Formação Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva importante dispositivo de cooperação entre a Região Emília-Romagna e universidades, instituições e serviços de saúde do Brasil, e objetiva contribuir com a reflexão de saberes e práticas implicados com a produção de cuidado em saúde que considera as singularidades e multiplicidades de contextos diversos.⁹

O Projeto RERSUS é aposta de intercâmbio entre os países para fortalecimento das discussões de cuidados primários/atenção básica por meio dos dispositivos dos cuidados intermediários, em proposição de reinvenção de práticas e objetiva favorecer a aquisição de competências no âmbito da gestão do cuidado. Para tal, tem como principal atividade uma formação, baseadas nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde, que posso trazer à luz o cotidiano da produção de trabalho e da produção do cuidado em saúde como indissociáveis do processo de aprendizagem e como condição *sine qua non* para a transformação da assistência.

Neste sentido, o Projeto RERSUS investe nos debates dos cuidados intermediários como potente dispositivo de ampliação do escopo dos cuidados no território, baseados em tecnologias leves, apresentando melhor relação entre custo-benefício-efetividade da assistência à população idosa com multimorbidades, sendo fundamental para a reordenação dos sistemas e visando melhor atender às novas demandas epidemiológicas.

Experiências como esta, convoca a pensar em uma produção de conhecimento estabelecida a partir das práticas do cotidiano de trabalho de diferentes “locais”, complexificando olhares por meio da cooperação sanitária, na tentativa de deslegitimação de formas de saberes hegemônicas¹⁰, e reinvenção estratégias e instrumentos de trabalho.

Referências

¹ World Health Organization (WHO). Primary Health Care: now more than ever. WHO Report 2008. Geneva, World Health Organization, 2008. http://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/C_17_minpag_969_documenti_documento_14

_fileAllegatoDoc.pdf. (acessado em 27/Out/ 2018).

² Ministero Della Salute (IT). Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf. (acessado em 05/Dez/2017).

³ Maciocco G. Le cure intermedie – Lo scenario internazionale. Salute e Territorio, Pisa, Junho 2014, n.201, p. 299-302. http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/201/ST_201_intero.pdf . (acessado em 09/Dez/2018).

⁴ Regione Emilia-Romagna (IT). Decreto Regional n.221 de 06 de março de 2015 – “Requisiti Specifici Per L’accreditamento Del Dipartimento Di Cure Primarie”. http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127-2016/accreditamento_dipartimento_cure_primarie/view. (acessado em 15/Dez/2018).

⁵ ITÁLIA/Região Emilia-Romagna. Plano Social e Sanitário de 2017-2019 da Região de Emilia-Romagna.(pág. 37).

^{viii} A frase coloca em debate o título do evento a fim de se ressaltar a importância da cooperação promovida

⁶ Pieri G. L’Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell’assistenza. [Tese de Doutorado] Universidade de Bolonha, 2016.

⁷ Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2007; 7: 68.

⁸ Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

⁹ Regione Emilia-Romagna.Site.<<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/attivita-internazionali/lab-ita-bra>>. (acessado em 15/Dez/2018)

¹⁰ Quaranta I. Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria. In: Pellecchia U, Zanotelli F. La Cura E Il Potere Salute Globale, Saperi Antropologici, Azioni Di Cooperazione Sanitaria Transnazionale. Firenze: ed.it, 2010. p.89-104.

pelo Laboratório Ítalo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva.

Projeto de implantação da unidade de cuidados prolongados da rede de atenção à saúde no município de Niterói

Maria Célia Vasconcellos¹,
Ramón Lorenzo Farell Sanchez²,
Míriam Rangel Barquette³,
André Luiz Tavares Seghetto⁴,
Ana Carina Gamboa da Silva⁵,
Diana Mary Araújo de Melo Flach⁵,
Gerbson dos Santos Lopes⁵,
Luciana de Barros Silva⁵,
Luciana dos Reis Campos⁵,
Madrilâne de Carvalho Costa⁵,
Marcia Cláudia Ribeiro Dias⁵,
Otávio Caldeira Barreto⁵,
Ana Lúcia Abrahão⁶,
Rodrigo Alves Torres Oliveira⁷,
Túlio Batista Franco⁸,
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça⁹.

Resumo

Este texto pretende apresentar os principais argumentos que justificam a implantação de uma Unidade de Cuidados Intermediários acoplada à Atenção Básica, notadamente o aumento da idosos em relação à população, fenômeno censitário observado há algumas décadas no Brasil, com relativo aumento das condições crônicas, o que impõe a necessidade de serviços com maior capacidade de respostas a estas questões, e que operem principalmente por tecnologias leves. Relata a experiência de construção do “Projeto de Implantação da Unidade de Cuidados Prolongados da Rede de Atenção à Saúde no Município de Niterói”. Esta implantação ocorre no contexto da cooperação entre a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, UFF, UFRJ e a Região de Emilia-Romagna na Itália.

Palavras-chave: SUS-Niterói, Cuidado em Saúde, Cuidados Intermediários.

Introdução

O objetivo deste texto é apresentar a experiência de Niterói-RJ na participação do Projeto “RERSUS – troca e transferência de instrumentos de gestão entre Itália e Brasil”¹, desenvolvido na rede de saúde do município, em uma cooperação entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Região de Emilia-Romagna na Itália. Este projeto tem por objetivo discutir e aplicar no âmbito da Rede de Saúde do município, a experiência de cuidados intermediários, entendendo-os como serviços que se colocam entre a Atenção Básica e Hospitalar.

Fundamentalmente o projeto é formado por dois componentes: O primeiro que trata de atividade formativa, tendo uma primeira ação de imersão junto aos serviços de saúde da RER-Itália, especialmente para conhecer os Hospitais Comunitários, unidade de cuidados intermediários, cuja experiência italiana tem

¹ Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. E-mail: mcrd@globomail.com.

² Vice-presidente de Atenção Hospitalar e Emergência- VIPAHE/FMS.

³ Coordenadora Técnica do PMF.

⁴ Diretor Técnico do Departamento de Supervisão Técnico- Metodológica - DESUT/VIPAHE/FMS.

⁵ DESUT/VIPAHE/FMS.

⁶ Prof. Titular da Universidade Federal Fluminense/RJ.

⁷ Mestrando em Saúde Coletiva – UFRJ.

⁸ Prof. Associado da Universidade Federal Fluminense/RJ.

⁹ Prof. Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

servido para subsidiar o projeto no Brasil. Há neste componente uma segunda atividade que diz respeito a um Curso de “Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Saúde: cuidados intermediários e atenção básica”, tendo como objetivo discutir e aplicar ferramentas de gestão para o desenvolvimento dos serviços de cuidados intermediários.

O segundo componente do projeto diz respeito à implantação junto à Rede de Saúde de Niterói, de uma Unidade de Cuidados Intermediários. Este projeto foi desenvolvido de forma detalhada pela SMS-Niterói, através do Departamento de Supervisão Técnico- Metodológica (DESUT) vinculado à Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Urgência (VIPAHE).

Demonstramos a seguir pontos centrais do projeto que foi construído, visando a instalação em Niterói da Unidade de Cuidados Intermediários.

A Unidade de Cuidados Intermediários em Niterói-RJ

Os Cuidados Intermediários entre Atenção Básica e Hospitalar, no município de Niterói, com a finalidade de: Diminuir a ocupação desnecessária de leitos hospitalares; Reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro

clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; Aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e

crônicos reagudizados.

Terá o nome de “Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP)”, pois é esta nomenclatura utilizada na Portaria ministerial No. 2.809 de 7/12/2012 2, que define os critérios para instalação desta Unidade, inclusive orientações técnicas e provimento de recursos financeiros para sua instalação.

Esta Unidade tem como objetivo a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia, potencialmente recuperável; de forma parcial ou total e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. A unidade é destinada a usuários em situação clínica estável, necessitando de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

Constitui-se como unidade intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica e/ou domiciliar.

É destinada a pacientes do SUS que estão em estado clínico estáveis, mas que ainda necessitem de cuidados hospitalares por algum tempo. Como, por exemplo, pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), traumas ou são portadores de úlceras, entre outros. O objetivo declarado da iniciativa é estimular a rápida recuperação do paciente, em ambiente humanizado.

O Plano envolve utilizar uma ala desativada do Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT) para instalar a Unidade de Cuidados Prolongados (UCP). Um breve olhar sobre os dados do Hospital, verifica-se que em relação às causas de internação, no ano de 2017, cerca de 37% das internações se deram por causas relativas à atenção básica³. Ou seja, tais internações poderiam ter sido evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas naquele nível da atenção à saúde. Desta forma, o presente plano propõe ações de fortalecimento da Atenção Básica a fim de sanar esta demanda.

Por outro lado, das informações censitárias podemos verificar que segundo dados do Datasus/MS, a população de Niterói acima de 60 anos, em relação à população geral, aumentou de 13,1% no ano de 2.000 para 19,5% em 2015. Um incremento de 48,8% na população acima de 60 anos em apenas 15 anos. A população acima de 50 anos, em relação à geral, aumentou de 23,2% no ano 2.000 para 33,3% no ano de 2015. Um incremento de 43,5% nestes 15 anos. Este aumento da população idosa é um fenômeno generalizado, por exemplo, no estado do Rio de Janeiro para o mesmo período há um incremento de 43,1% da população acima de 60 anos em relação à população geral⁴.

Os dados justificam o fortalecimento de sistemas para atenção ao idoso, pessoas com baixa autonomia, o que pode ser feito preparando a rede de saúde com o incremento de Unidades de Cuidados Intermediários que iram trabalhar principalmente em programas de reabilitação e recuperação, usando centralmente as tecnologias leves para estes processos.

Conclusão

A cooperação internacional entre a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, a Universidade Federal Fluminense, com a Região de Emilia-Romagna na Itália, incorporando a rede de Universidades brasileiras e italianas, tem sido fator de estímulo, orientação técnica, e apoio institucional para que mais uma vez o município de Niterói incorpore um projeto inovador na construção de redes no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A aposta que Niterói faz é a de construir uma experiência inovadora, com cuidados intermediários vinculados à Atenção Básica, conectado a toda rede de saúde. Essa construção pioneira deve servir tanto à Rede Municipal, como aos outros municípios e ao país, para solucionar problemas importantes como o modelo de assistência a ser adotado nos Hospitais de Pequeno Porte.

Referências

1 NITERÓI/SMS/VIPAHE/DESUT. Projeto de implantação da unidade de cuidados prolongados da rede de atenção à saúde no município de Niterói.

Niterói, 2018.

2 BRASIL, Ministério de Saúde. Portaria Nº2809. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para Retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 07/12/2012.

3 HOSPITAL CARLOS TORTELLY. Sistema de Informação Hospitalar. Secretaria Municipal de Saúde: Niterói, 2018.

4 BRASIL/Ministério da Saúde/DATASUS. WWW.datasus.org.br (acesso em dezembro de 2018).

Promuovere l'empowerment delle persone emarginate: la ricerca emancipatoria

Francesca Ortali¹.

Resumo

La ricerca emancipatoria (emancipatory research - RE) è un processo di ricerca che cerca di rafforzare le fasce di popolazione emarginate al fine di acquisire e possedere conoscenze, implementare la ricerca stessa e sviluppare la consapevolezza critica delle proprie condizioni e identificare opportunità economiche e sociali. Fornisce un meccanismo che mette al centro le persone vulnerabili e/o discriminate, che condividono le loro opinioni ed esperienze con i ricercatori professionisti e assumono il controllo del processo di ricerca. In tal modo i partecipanti divengono consapevoli dei loro diritti e delle cause strutturali della loro situazione, elaborando soluzioni pratiche per migliorare le loro condizioni di vita. La RE è uno degli approcci meno esplorati/applicati ma più inclusivi nel momento in cui si mira a raccogliere e analizzare informazioni che riguardano un gruppo di persone emarginate e si cerca di generare azioni e cambiamenti locali in risposta ai loro bisogni.

Texto

Le conoscenze scientifiche, prodotte da università, istituti di ricerca e altre organizzazioni, hanno una forte influenza sulle politiche sociali, economiche e culturali nonché, più in generale, sullo sviluppo sociale. Ripartiamo da un concetto chiave: la ricerca è un prodotto sociale che comporta inevitabilmente relazioni di potere e considerazioni politiche. In questo contesto, la Ricerca Emancipatoria – RE (*emancipatory research*) è un processo di ricerca “rivoluzionario”, che cerca di rafforzare e aumentare la resilienza delle fasce di popolazione vulnerabile e/o emarginata, al fine di acquisire e possedere conoscenze, implementare la ricerca stessa e sviluppare la consapevolezza critica sulle proprie condizioni e opportunità economiche e sociali, in risposta ai propri bisogni.

Si tratta di una pratica dal basso verso l'alto, che stimola e cerca di aumentare progressivamente l'impegno e il coinvolgimento dei soggetti di ricerca

in tutte le fasi del processo. Laddove gli obiettivi della ricerca sono incentrati sui processi di emarginazione, la RE fornisce un meccanismo che mette al centro le persone emarginate. Queste condividono le loro opinioni ed esperienze con i ricercatori professionisti e assumono, in ultima analisi, il controllo del processo di ricerca. Attraverso la discussione critica e l'analisi delle domande che si pone la ricerca, i partecipanti divengono consapevoli dei loro diritti e delle cause strutturali della loro situazione, elaborando soluzioni pratiche per migliorare le loro condizioni di vita e acquisendo la capacità di controllare indipendentemente il processo di produzione della conoscenza. In tal modo, i partecipanti ottengono le competenze e la formazione per modellare e dirigere tutti gli aspetti della ricerca: dall'identificazione delle domande poste dalla ricerca, allo sviluppo di metodi e di strumenti appropriati per l'analisi e la diffusione dei risultati. I ricercatori professionisti forniscono facilitazione, supporto tecnico e mediazione per la risoluzione dei conflitti, per promuovere la produzione di conoscenza e l'esercizio del potere decisionale.

La RE è uno degli approcci meno esplorati/applicati ma più inclusivi nel momento in cui si mira a raccogliere e analizzare informazioni che riguardano un gruppo di persone emarginate o a rischio di emarginazione. Il punto focale è porre i membri di questi gruppi al centro del processo di produzione di conoscenza su loro stessi. In altre parole, le persone emarginate stesse agiscono in qualità di ricercatori, mentre il ricercatore professionista agisce come facilitatore dell'intero processo.

Si tratta di una “ricerca azione”, ciò significa che il processo di costruzione della comprensione sulle cause delle barriere/difficoltà e dei mezzi per superarle conduce all'azione pratica. Proprio per questo è un processo e un'esperienza allo stesso tempo individuale e collettiva. In quanto tale, i suoi strumenti e metodi devono essere adattati ai contesti locali. La RE deve necessariamente essere adattata alle esigenze specifiche dei gruppi di persone coinvolte, per garantire che possano essere partecipare

¹ E-mail: francesca.ortali@aifo.it.

attivamente alla ricerca, in base alle loro capacità, disponibilità e impegni.

Questa strategia di ricerca mira a sensibilizzare e responsabilizzare le comunità e le istituzioni, incoraggiando la trasformazione sociale e lo sviluppo di politiche inclusive. L'approccio emancipatorio e le sue basi teoriche sostengono la promozione di pratiche democratiche in campo sociale, economico e politico, aiutando così i gruppi emarginati a impegnarsi in dibattiti sui processi e le strategie necessarie per promuovere il cambiamento sociale.

Quindi, la RE ha la capacità di generare azioni e cambiamenti locali. Tuttavia, in tale situazione, è facile focalizzare tutta l'attenzione "sull'azione" e non abbastanza sulla preparazione di rapporti sistematici e completi riguardanti la ricerca: come si sviluppa, quali informazioni sono state raccolte, qual è il livello di comprensione raggiunto (ownership) e quali azioni sono scaturite durante il percorso. Documentare tutte le fasi e le attività della ricerca, attraverso rapporti, immagini e/o video è una parte importante del processo.

Inoltre, la RE richiede diversi livelli di analisi dei risultati. I dati e le informazioni raccolte durante il percorso possono essere analizzati da persone formate sui metodi della ricerca stessa. Di solito tale analisi deve essere affiancata da persone con una formazione specifica, come epidemiologi, clinici, sociologi, antropologi e statistici, in quanto per produrla c'è bisogno di competenze, tempo e risorse.

Mentre si conduce, si documenta e si analizza la RE, è importante pianificare la distribuzione dei risultati ottenuti e delle conoscenze raggiunte a tutti i portatori di interesse.

Riferimenti bibliografici

ARCO, EDUCAID, AIFO. 2017 *Emancipatory Disability Research – West Bank, Palestine*. Rimini: EDUCAID.

Barton, Len. 2005 "Emancipatory research and disabled people: Some observations and questions". *Educational Review* 57(3):317327.

Biggeri Mario - Bellanca, Nicolò. 2010 *Dalla Relazione di cura alla Relazione di Prossimità l'approccio delle Capability alle Persone con Disabilità*. Napoli: Liguori.

Deepak, Sunil. 2011 *Promoting empowerment: Emancipatory research in community-based rehabilitation programme: Simple Manual for CBR programme managers*. AIFO, India: Bangalore.

Deepak, Sunil. 2012 *Promoting empowerment: Emancipatory research in community-based rehabilitation programme: A guide for CBR programme managers*. AIFO, India: Bangalore.

Deepak, Sunil - Kumar, Jayanth - Ramasamy, Parthipan - Griffo, Giampiero. 2014 "An emancipatory research on CBR and the barriers faced by persons with disabilities". *Disability and Rehabilitation* 36(18):1502-1507.

Atenção à saúde materno-infantil na Tríplice Fronteira Amazônica

Júlio César Schweickardt¹,
Milene da Silva Morais das Neves²,
Camila Soares Teixeira³,
Rodrigo Tobias Souza Lima⁴.

Resumo:

Os territórios de fronteira são regiões com conotações simbólicas e existenciais e não apenas limites geográficos. As relações entre os países que a compõe tem sido estratégia para a cooperação internacional. Assim, este texto tem como objetivo apresentar a realidade observada na rede de saúde materno-infantil do município de Tabatinga, estado do Amazonas, Brasil que compõe o território da tríplice fronteira Brasil, Peru e Colômbia. A Saúde materno-infantil possui indicadores de saúde importantes para desenvolvimento de políticas públicas visando melhor qualidade de vida para a população. Com isso, A saúde materno-infantil é desafiadora para a região fronteiriça uma vez que, a organização do serviço de saúde é provocada pelo contexto territorial da fronteira pois, para estes, não há orientações específicas que contemplem as questões presentes. Assim, foram realizadas entrevistas com profissionais e usuários do SUS, além de imersão no cotidiano assistencial das Unidades Básicas de Saúde e da Maternidade municipal no período de novembro de 2017 a outubro de 2018. As principais questões levantadas foram a falta de médicos especialistas na região, o fluxo intenso de estrangeiras nos serviços de saúde brasileiro e a dificuldade de consolidar a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido, devido à grande mobilidade da população fronteiriça. Com isso, percebemos que as políticas públicas de integração entre os países fronteiriços precisam avançar se fazendo necessário desenvolvimento de pesquisas sobre esses territórios pois, quanto mais se estuda um fenômeno mais contribuimos para compreensão, auxiliando as tomadas de decisões objetivando a

qualidade de vida das populações.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Atenção Básica em Saúde; Saúde Materno-infantil; Saúde da Mulher; Amazônia.

As interações populacionais em regiões fronteiriças destacam-se diante das delimitações geográficas do território. Nesses locais observa-se o processo de transfronteirização, onde a população integra à sua rotina serviços e interações sociais, culturais e econômicas dos países fronteiriços¹. Especificamente, o estado do Amazonas, apresenta o município de Tabatinga em região de tríplice fronteira entre Brasil Colômbia e Peru. Nessa região, semelhante ao que acontece em diversas áreas de fronteira, o acesso à saúde torna-se uma questão de interesse, tendo em vista que, princípios como a universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro², contrastam com o conceito de acesso universal disponibilizado pelos sistemas colombiano e peruano.

A atenção à saúde materno-infantil destaca-se como objeto de estudo, tendo em vista seu papel estratégico como indicador de morbimortalidade, auxiliando o desenvolvimento de políticas públicas. Sendo assim, tem-se como objetivo descrever a realidade e vivências observadas na assistência à saúde materno-infantil do município de Tabatinga, no Estado do Amazonas, Brasil.

Trata-se de relato de experiência, vivenciado durante a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas” realizado pelo

¹ Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. E-mail: julio.ilmd@gmail.com.

² Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Condições de vida e situações de saúde na Amazônia – Fiocruz Amazônia e Docente da Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: milene Neves@gmail.com.

³ Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Condições de vida e situações de saúde na Amazônia – Fiocruz Amazônia. E-mail: cst.enfg@gmail.com.

⁴ Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com.

Laboratório de História e Políticas de Saúde da Amazônia (LAHPSA), vinculado a FIOCRUZ-AM. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2017 a outubro de 2018, e incluiu visitas de integração, realização de entrevistas com profissionais e usuários do SUS, além de imersão no cotidiano assistencial das Unidades Básicas de Saúde e da Maternidade municipal, sendo esta referência para outros 9 municípios adjacentes.

Os profissionais relatam que as gestantes estrangeiras, buscam o SUS com o objetivo de atendimento gratuito durante o pré-natal, parto e pós-parto, de forma semelhante ao encontrado no estudo de Mello, Victora e Gonçalves³. Além disso, buscam a obtenção da nacionalidade brasileira para seus filhos. A questão do nascer em território brasileiro é objeto de interesse, tendo em vista que implica em garantia de acesso à saúde, educação e seguridade social.

Ao longo das entrevistas, evidenciou-se a distinção feita pelos profissionais entre as mulheres peruanas e colombianas, uma vez que os mesmos relatam que as mulheres peruanas procuram mais os serviços do que as colombianas. Isso pode ser explicado por que Santa Rosa, município peruano, tem como referência de saúde a capital da região Iquitos, distante 18 horas de barco, enquanto Tabatinga fica a 5 minutos numa travessia do rio Solimões em lancha.

O município colombiano de Leticia é capital do Departamento Amazonas (CO) e possui clínicas de saúde de média e alta complexidade, presença de médicos especialista e realização de exames, inclusive os mais complexos. Porém, todos os serviços são privados ou cobertos pelos seguros de saúde pagos por aqueles que estão empregados e contribuem financeiramente com o sistema de saúde⁴.

A ausência de médicos especialistas na região, como ginecologistas-obstetras, favorece a contratação de médicos colombianos para atuarem na maternidade brasileira, atuando, portanto, nos dois lados da fronteira.

Com relação ao fluxo das usuárias da rede de saúde materno-infantil, verificou-se que algumas gestantes utilizam a UBS como porta de entrada no SUS, e referem endereço de familiares ou colegas que residem na área adscrita da UBS. Com isso as gestantes buscam a obtenção do cartão do SUS, e conseqüentemente a caderneta da gestante, que, em seu entendimento é o necessário para o atendimento na maternidade. Alguns profissionais afirmam que, a busca pela realização do pré-natal é mais frequente pelas gestantes peruanas, do que pelas colombianas, tendo em vista a maior disponibilidade de clínicas no município colombiano. Por outro lado, também se

observou que muitas gestantes já adentram a Maternidade em trabalho de parto ou em situações de emergências obstétricas. O medo da recusa de atendimento, ou dificuldades em chegar ao território brasileiro estão associadas a essa questão.

O desafio da atenção básica brasileira é realizar o acompanhamento das puérperas e seus filhos que vivem na fronteira por conta dessa mobilidade, dificultando a efetivação da integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido. Ainda assim, os profissionais reforçam a todo momento que a saúde é uma garantia fundamental e direito de todos independente de nacionalidade. Contudo, o que se percebe nas suas falas é que, a ausência de diálogo e apoio entre países, incomoda, uma vez que, a Colômbia é sempre referida quando se fala de atendimento especializado, por outro lado, o Brasil é destacado em relação aos programas da Atenção Básica.

Diante do exposto, percebemos que ainda se avançou pouco em políticas públicas que integrem as ações nos países que compõem um território de fronteira, pois a vida das pessoas não tem limites inter-relacionais. As pessoas além de construir relações, também fazem as suas redes de cuidado e fazem uso do que é melhor para a saúde.

A questão da saúde da materno-infantil se apresenta como um desafio para a região uma vez que, o SUS está em desenvolvimento na consolidação e organização dos serviços de saúde em regiões e populações específicas. Assim, a atenção para populações das fronteiras é resolvida por meio de arranjos locais, como uma forma de incluir as pessoas que circulam os países para buscar uma melhor condição de saúde. Percebemos a necessidade de realizar mais ações que envolvam a pesquisa, a educação permanente em saúde nessas regiões, para qualificar a saúde do imigrante na superação de movimentos de preconceito e racismo. Nesse caso, entendemos que um SUS universal que acolhe as pessoas migrantes e estrangeiras pode ajudar no debate sobre a vida em diferentes formas de fronteiras, que não sejam exclusivamente físicas.

Referências

1. Aikes S, Rizzotto MLF. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2019 jan 27];34(8). doi: 10.1590/0102-311X00182117
2. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar A de CA, Rosa MC da, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal:

desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [cited 2019 jan 27];23(6):1763–76.doi: 10.1590/1413-81232018236.05562018

3. Mello F de, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015

[cited 2019 jan 27];20(7):2135–45. doi: 10.1590/1413-81232015207.09462014

4. Levino A, Carvalho EF de. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2011 [cited 2019 jan 27];30(5):490–500. Available from: <https://scielosp.org/article/rpsp/2019.v43/e18/>

Cooperação internacional em pesquisas sobre participação social e políticas públicas

Gabriel Calazans Baptista,
Frederico Viana Machado,
Alcindo Antônio Ferla.

Resumo:

O presente trabalho discute alguns desdobramentos recentes das atividades de pesquisa sobre participação e controle social em saúde, desenvolvidas em parceria no Laboratório Ítalo brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva. No âmbito da pesquisa intitulada “Desafios da participação social na atenção básica: análise dos Conselhos Locais de Saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas Casas da Saúde na Itália”, apresentamos três recortes de pesquisa que enfocam experiências não institucionalizadas de participação; o Teatro do Oprimido como estratégia de educação popular; e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

No Laboratório de Políticas Públicas, “Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS) buscamos valorizar os intercâmbios como forma de qualificar os métodos e as análises de pesquisa, mas também para potencializar os desdobramentos das diferentes pesquisas e seu potencial formativo e interventivo. Desde 2016 estamos desenvolvendo pesquisas sobre participação social em Porto Alegre e, desde o início, buscamos articular os interesses locais de pesquisa com as ações do Laboratório Ítalo brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, uma rede internacional que envolve várias universidades e instituições governamentais brasileiras, a Universidade de Bolonha e a Universidade de Parma, bem como a Agência Social e Sanitária e a Direção Geral de Saúde e Políticas Sociais da Região Emilia-Romagna.

Neste contexto, surge a Pesquisa intitulada “Desafios da participação social na atenção básica: análise dos Conselhos Locais de Saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas Casas da Saúde na Itália”. Os diálogos que temos estabelecido tem produzido frutos, como a dissertação de mestrado de Gabriel Calazans Baptista, intitulada “Participação Social em Saúde: diálogos Ítalo-brasileiros através do Método

Community Lab”, e o livro “Partecipazione socio-sanitaria e welfare di comunità : esperienze italiane” (Baptista; Ferla; Nicoli; Pellegrino & Machado, 2018).

O projeto “Desafios da participação social na atenção básica” investiga a realidade dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em Porto Alegre, para conhecer a diversidade das formas organizativas e de funcionamento, bem como seus efeitos nas relações comunitárias e nas estratégias de gestão, observando possíveis transformações nas relações com o usuário no campo da saúde. Nossa proposta de intercâmbio é que os resultados desta pesquisa possam ser comparados com algumas experiências de participação recentes que estão sendo desenvolvidas na Itália. Além disto, o campo empírico articulado por esta pesquisa abre-se para novos questionamentos e olhares diversificados pela via do intercâmbio e da cooperação, como ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2018, com a vinda de três estudantes da Universidade de Parma para atuarem nesta pesquisa propondo desdobramentos. As alunas foram financiadas pelo programa de intercâmbio Overworld, são formadas em Serviço Social e cursam o mestrado em Programação e Gestão de Serviços Sociais, do Departamento de Jurisprudência, Estudos Políticos e Internacionais da Universidade de Parma.

O primeiro recorte investigou formas participativas externas aos Conselhos Locais de Saúde, mas que com ele se relacionam. O foco das indagações foram as ocupações, sobretudo a Ocupação de Mulheres Mirabal, com práticas feministas e que suprem aspectos básicos das políticas públicas, inclusive de saúde. As formas não institucionalizadas de participação foram revisitadas para assim gerar conhecimentos sobre a realidade do sistema de participação e controle social de Porto Alegre, considerado excessivamente institucionalizado, para assim ampliar nossas formas de compreender as práticas de participação. Foram realizadas entrevistas com pesquisadores e ativistas que estudaram e/ou participaram de ocupações na cidade. Foi desenvolvido um trabalho etnográfico na Ocupação de Mulheres Mirabal, que envolveu observação

participante, diário de campo e entrevistas semi-estruturadas. Foram analisadas as metodologias de trabalho, os aspectos cotidianos, a construção de relações, a formação de vínculos, os aspectos político-ideológicos, entre outros aspectos que informaram sobre a constituição da identidade coletiva do grupo, seu sistema de ação e como este sistema se relaciona com as instâncias formais de participação social. Também envolveu o mapeamento e discussão de outras metodologias de trabalho que envolvam mobilização social e comunitária.

O segundo recorte enfocou ações em educação popular nos espaços de participação e controle social, pensando sobre possíveis efeitos para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A educação popular em saúde oferece elementos para ampliarmos nossas perspectivas sobre o sistema de participação e controle social. Foram mapeadas experiências de participação social que envolvem o uso da abordagem do “Teatro do Oprimido” nos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre, tais como as experiências da Unidade de Saúde (US) Chácara da Fumaça e do Centro Municipal De Educação Dos Trabalhadores Paulo Freire. Também envolveu o mapeamento e discussão de outras metodologias de trabalho que envolvam teatro, dança e outras abordagens lúdicas e de prática corporais que estejam relacionadas aos pressupostos do Teatro do Oprimido.

O terceiro recorte considerou a importância de ações e do papel do Agente Comunitário de Saúde nos espaços de participação e controle social, pensando quais seus possíveis efeitos para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram selecionadas quatro US com características distintas (localização geográfica central e mais periférica, e com situações sócio-econômicas distintas), na qual foram selecionados quatro Agentes Comunitários de Saúde, sendo um de cada US. Foram analisadas as metodologias de trabalho, os aspectos cotidianos do trabalho destes profissionais, sempre com vistas a compreender suas estratégias para articular as práticas de atenção e a gestão do serviço com as práticas sociais da comunidade. Também envolveu o mapeamento e discussão de outras metodologias de trabalho que envolvam mobilização social e comunitária. Foi proposta a metodologia do

Shadowing, uma forma de observação participante extrema que obriga o pesquisador a seguir os assuntos investigados como uma sombra. Fazer sombra significa documentar o que os sujeitos investigados fazem durante um intervalo de tempo estabelecido com frequência: é, portanto, em primeiro lugar, observar e descrever interações, diálogos, comportamento cotidiano, o que os sujeitos intencionalmente realizam e o que acontecem sem uma previsão ou uma espera pelo evento.

Estas experiências de pesquisa aportaram contribuições importantes para a pesquisa desenvolvida no Brasil, com impressões e enfoques diferenciados que colocam novos questionamentos para os campos de pesquisa. Ao mesmo tempo, as trajetórias de pesquisa e os dados coletados no Brasil retornam para a Itália e poderão se tornar parte importante de dissertações e outras publicações, enriquecidas pelo olhar da cooperação internacional.

Preservadas suas singularidades, entendemos que Brasil e Itália possuem similaridades na organização dos sistemas saúde que permitem a elaboração de estudos comparados ou de triangulação de teorias, métodos e pesquisadores. Nos dois contextos temos o acesso universal da população aos serviços de saúde, assim como a defesa e efetivação dos princípios da equidade e da participação da comunidade na construção das políticas e das ações de saúde e na gestão dos serviços. Entretanto, serão as dissonâncias de olhar que podem produzir novas formas de analisarmos e darmos resposta aos problemas de pesquisa que enfrentamos em cada contexto.

Referências

- BAPTISTA, G. C. Participação Social em Saúde: diálogos Ítalo-brasileiros através do Método Community Lab. Dissertação de Mestrado. Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFRGS. 2017.
- BAPTISTA, G. C. (Org.) ; FERLA, A. A. (Org.) ; NICOLI, M. A. (Org.) ; PELLEGRINO, V. (Org.) ; MACHADO, F. V. (Org.) . Partecipazione socio-sanitaria e welfare di comunità : esperienze italiane. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. 125p .

Tecnologias sociais: barco escola promove saúde e cidadania em comunidades ribeirinhas da Amazônia Ocidental

Maria Eliza de Aguiar e Silva¹,
Eloá de Aguiar Gazola²,
Ivan Machado Martins³,
Maricélia Messias Cantanhêde dos Santos⁴,
Viviane Castro de Araújo⁵,
Suzana Schwerz Funghetto⁶.

RESUMO:

Tecnologia Social em Saúde articula o saber cotidiano ao saber científico, produz instrumentos importantes para promoção da qualidade de vida, sobretudo quando tais ações estão diretamente ligadas à realidade das sociedades locais.

A Amazônia tem uma bacia hidrográfica de 7.000.000 Km², com diversas comunidades ribeirinhas isoladas geograficamente, sua forma de subsistência são a agricultura, criações de animais, pesca e extrativismo vegetal. Pequenas comunidades ribeirinhas são inseridas em outras unidades administrativas, os distritos que estão sempre ligados administrativamente a um município, por isso essas comunidades “não existem” dificultando o planejamento estatal no que se refere a previsão de investimentos que garantam condições de saúde e educação.

O presente trabalho relata a experiência do Centro Universitário São Lucas na formação profissional em saúde, com foco na intergeracionalidade, por meio da tecnologia social materializada pelo projeto de extensão Barco Saúde e Cidadania. A proposta foi atender o distrito de São Carlos e a comunidade de Cavalcante localizadas às margens do Rio Madeira, promovendo acesso a serviços de saúde e cidadania, com foco na integralidade da assistência em doenças tropicais, hipertensão e diabetes. Este projeto se destinou também a formação interprofissional para os cursos da área da saúde, ciências sociais e exatas. Além de mais de 1.200 atendimentos prestados pelos acadêmicos, técnicos e docentes, foram realizadas atividades de esporte e lazer integrando comunidade

acadêmica e moradores, reafirmando o compromisso institucional na valorização dos povos amazônicos e no uso da tecnologia social ao mesmo tempo em que estimula a formação intergeracional em saúde.

Referências:

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/reprosau.html>. Acesso em: 16 ago. 2014

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL. Reflexões sobre a construção do conceito de tecnologia social. In: DE PAULO, A. et al. Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004

_____. GUSHIKEN, L. Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento / Fundação Banco do Brasil – Rio de Janeiro: 2004.

Elenilda Farias de Oliveira et al. Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):200-6.

Plano de Desenvolvimento Institucional do Centro Universitário São Lucas. Porto Velho, Rondônia.

¹ Centro Universitário São Lucas. eliza@saolucas.edu.br.

² Centro Universitário São Lucas. elo@saolucas.edu.br.

³ Centro Universitário São Lucas. ivan.martins@saolucas.edu.br.

⁴ Centro Universitário São Lucas. maricelia@saolucas.edu.br.

⁵ Centro Universitário São Lucas. viviane@saolucas.edu.br.

⁶ Centro Universitário São Lucas.

Rede Internacional de Estudos em Gerontologia e Sistemas de Cuidados no Envelhecimento: da teoria à prática

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski,
Suzana Schwerz Funghetto,
Mauro Karnikowski,
Alcindo Antônio Ferla.

Resumo

Pesquisas que envolvam o desenvolvimento tecnológico e social dos países se constituem em estratégia fundamental para o envelhecimento ativo, compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Estudiosos da gerontologia realizam pesquisas e participam de debates nacionais e internacionais na busca de otimizar as ações que possam contribuir com as diversas dimensões envolvidas no envelhecer e sua repercussão nas sociedades. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial embora ocorra de forma bastante impactante nos países em desenvolvimento, onde o crescimento da população idosa aconteceu de forma acelerada, sem que houvesse uma preparação para as mudanças reveladas por esta realidade e sem que as políticas necessárias para atender as demandas dessa faixa etária pudessem ser de fato implementadas. A violência contra idosos são muito abrangentes e disseminadas no Brasil, evidenciando-se em abusos físicos, psicológicos, sexuais e financeiros e em negligências que não chegam aos serviços de saúde: ficam ‘naturalizadas’, sobretudo, no cotidiano das relações familiares e nas formas de negligência social e das políticas públicas. Um dos setores mais fortemente atingidos é o da saúde o que requer medidas urgentes quanto as demandas por um sistema de cuidado adequado e efetivo a esta faixa etária. Neste cenário, surge a Rede Internacional de Pesquisas em Gerontologia e Sistemas de Cuidado no Envelhecimento (RedeGeronto) que possui como objetivo congrega esforços para desenvolver e incentivar pesquisas bem como divulgar iniciativas que promovam a qualidade de vida, tendo como foco o envelhecimento humano.

Desde a criação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento em 1982, vários países veem buscando implementar ações com o objetivo de

garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas, bem como garantir a oportunidade para que essas pessoas contribuam para o desenvolvimento de seus países. No entanto, a realidade do envelhecer está muito longe de se concretizar da forma que foi proposta, sobretudo nos países em desenvolvimentos e naqueles mais pobres. As desigualdades sociais restringem o acesso das pessoas idosas as tecnologias e inovações, dificultando o aporte aos cuidados necessários preconizados para o envelhecimento digno e ativo. Assim, as pessoas não percebem o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e a participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades ficam bastante prejudicada, afetando de forma cruel o acesso a um sistema de proteção, segurança e cuidados adequados. O termo envelhecimento “ativo” refere-se à participação contínua dos idosos nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Sem o cumprimento das diretrizes que garantem os direitos fundamentais do ser humano ao longo do percurso de sua vida, a possibilidade de aumentar a expectativa de um viver saudável e com qualidade para quem envelhece, se torna um sonho para muitos, ainda mais longínquo para aqueles idosos frágeis, fisicamente incapacitados e que requerem cuidados. Associado a desigualdade social encontra-se a violência contra a pessoa idosa, principalmente praticada no seio das famílias. Estes fatos demonstram o despreparo das famílias, do estado e da sociedade em promover o convívio saudável e acolhedor, independentemente da idade.

Para além destas questões encontram-se as fragilidades biológicas impostas pela idade e as possibilidades humanas negligenciadas nesta fase da vida. O setor saúde necessita aporte humano e financeiro, bem como acesso as tecnologias e inovações que possam superar as dificuldades hoje encontradas.

O trabalho em saúde, particularmente na atenção

básica, é complexo, mobiliza um conjunto de condicionalidades que interferem de forma diversa nos desfechos: Não é somente multideterminado, também há que se considerar que condições similares podem ou não produzir efeitos similares, e a quebra do simplismo da equação geral do “problema/solução”, o contexto exige como resposta um gradiente maior de “inteligência de gestão” para construir soluções; A política de gestão do trabalho no SUS, que nasce imersa no constructo teórico e político da Reforma Sanitária, é tributário do seu ideário: Gestão democrática e participativa como dispositivo de enfrentamento da complexidade; Portanto, envelhecimento e participação tendo a diversidade como dispositivo para aprendizagem significativa. Para novos desafios, novos conhecimentos.

Diante do exposto evidencia-se a complexidade da gerontologia e a demanda por realização de estudos e implementação de ações que possam transformar a realidade de um novo velho.

Assim, surge a RedeGeronto com o objetivo de promover e divulgar pesquisas que possam apontar estratégias na garantia do alcance de caminhos para o envelhecimento ativo a todos. Vem buscando oportunizar o encontro de profissionais e pesquisadores da área do envelhecimento com a comunidade em geral, especialmente com os idosos. Possui enfoque interdisciplinar e transgeracional, os quais embasam as reflexões sobre do envelhecimento humano no Brasil e nos demais países para a melhoria da qualidade de vida.

Os principais aspectos a serem enfocados se relacionam ao impacto que a transição demográfica e a transição epidemiológica trazem ao setor saúde e as competências necessárias para se promover saúde em um cenário tão diverso (Aumento das doenças crônicas não transmissíveis associada as endemias e epidemias infecciosas); a centralização na oferta de procedimentos para o tratamento de doenças; a desconsideração das diversidades territoriais: sociais, econômicas, de infraestrutura, educacionais, culturais ..., as diferenças na organização e no funcionamento do sistema de saúde e dos serviços; e o amargo tempo de fragilidades institucionais e de fascismos por toda parte, que têm efeitos sobre a saúde e sobre o funcionamento dos sistemas de saúde.

A RedeGeronto traz a compreensão de que a vitalidade do campo é produzida na convivência tensa entre os paradigmas distintos (multi/inter/transdisciplinaridade) em termos de saberes e práticas; na profusão de disciplinas (biociências, ciências da área de humanas e ambientais); e no hibridismo epistemológico (coexistência de normas

de produção científica com o paradigma pragmático da eficácia e da ética, das medicinas preventiva e social e das políticas de saúde). Reduzir essa enorme complexidade a um paradigma único, seja em termos de modelos disciplinares, seja em termos de formas de expressão de sua produção, significa reduzir o campo a uma única dimensão, diminuindo-o e empobrecendo-o nos níveis analisados no trabalho. A Rede Geronto é, portanto, uma rede de estudos sobre envelhecimento representada pela figura de uma mandala, que aporta o desenvolvimento do trabalho na saúde e políticas sociais; o reconhecimento de experiências e iniciativas locais; os estudos como aprendizagem na tensão entre os pontos de vista dos diferentes atores que compartilham um padrão ético. Um desafio: é possível pensar numa rede colaborativa entre pesquisadores e organizações/movimentos? O que materializa esse trabalho colaborativo?

A RedeGeronto realizou seu primeiro encontro no Congresso Internacional de Tecnologia e Inovação em Gerontologia que ocorreu em Brasília em abril de 2018, uma 2ª Reunião em Manaus, no período de 30 de maio a 02 de junho de 2018, durante o 13º Congresso Internacional da Rede Unida; Exposição “Atenção Primária Forte: produzindo saúde com qualidade no cotidiano (comemorando 40 anos de Alma Ata e 30 anos do SUS)”, Manaus; Participou de mostras de Atenção Básica (Belém, julho) e publicou um edital de pesquisa com chamada de manuscritos na área de serviços de cuidado à idosos. Estão integrados a RedeGeronto, o Instituto de Educação e Envelhecimento Humano (IEEH); a Associação Brasileira da Rede Unida; o Laboratório Italo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva; e a Rede científica interinstitucional (UFRGS, UFF, UNB, FIOCRUZ, SENAC, gestões locais ...).

Para reflexão a RedeGeronto propõem os seguintes temas: a) em que medida as demandas de conhecimentos e práticas no interior dos serviços reconhecem os complexos fluxos de produção de saúde e demandam novas configurações tecnoassistenciais, b) o trabalho em equipe e o compromisso ético com a qualidade da vida; c) a ciência reconhece a transição paradigmática, com fortes tensões com a racionalidade científica moderna; Entretanto: A formação mantém-se como subjetivação pela técnica e pelo conhecimento disciplinar especializado; d) O sistema de saúde tem sido utilizado como “campo de práticas” para adestramento das capacidades dos “recursos” em formação; Interesses localizados constroem resistências às mudanças: a “adequação” da linguagem, a dogmatização da clínica/cuidado, as disputas corporativas etc. e) As práticas profissionais

no interior dos serviços não têm conseguido responder às demandas do sistema e às necessidades dos usuários.

Referências:

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra

idosos: relevância para um velho problema. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):783-791, 2003.

LUZ, Madel T.. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saude soc. 2009, vol.18, n.2, pp.304-311.

O processo de envelhecimento, sua relação com as tecnologias em saúde e as cidades inteligentes

Regiane Relva Romano¹,
Paulo Roberto Freitas de Carvalho²
Fabiano Prado Marques³
Suzana Scherz Funghetto

Introdução

A transformação digital tem causado profundas transformações na sociedade e na maneira como vivemos e convivemos. A tecnologia tem impactado fortemente em todas as áreas das cidades que precisam tornar-se cada vez mais humanas, inteligentes e sustentáveis. De acordo com Draeger(2015), o mundo pós Revolução Industrial tem passado por um intensivo e definitivo êxodo e estudos recentes estimam que em 2050 o mundo possua 9 bilhões de pessoas, sendo que 66% delas residirão em cidades, o que representa um aumento significativo de cidadãos urbanos comparado ao ano de 1800¹, quando apenas 3% da população lá residiam. Estas cidades, de acordo com o autor, estão sendo impactados diretamente por três fatores: crescimento populacional, mudanças climáticas e a tecnologia. Dessa forma, haverá a necessidade de se fazer um planejamento minucioso, para rever: processos de urbanização, mobilidade urbana, segurança, saúde e qualidade de vida, educação e gerenciamento de recursos naturais.

As cidades que hoje já possuem problemas e dificuldades de serviços e infraestruturas tornar-se-ão megacidades², sendo obrigadas a adaptar-se para atender uma grande população que possui demandas que variam entre necessidades básicas de moradia, acesso à energia, recursos sanitários, recursos hídricos, alimentação, saúde e qualidade de vida e serviços tecnológicos como, internet, comunicação e acessibilidade.

De acordo com o Brazilian Journal Of Development (2019, p. 1327), desde a industrialização até os dias

atuais, a falta de planejamento urbano, o crescimento desenfreado das cidades, a expansão urbana com a ocupação desordenada geraram inúmeros problemas para os moradores em todos os aspectos da vida urbana, como por exemplo: a precariedade habitacional, a falta de infraestrutura, a informalidade, o aumento das demandas sociais, a poluição dos cursos d'água, o desabastecimento de água potável e energia, o acúmulo de resíduos, a ausência de saneamento básico e drenagem o que leva a sérios problemas de saúde da população.

A PWC, afirma que a população mundial terá mais 1 bilhão de pessoas até 2025, o que elevará o número atual para 8 bilhões. Destaca que ao mesmo tempo, estamos vivendo mais e tendo menos filhos. Assim, o segmento da população em crescimento mais rápido será aquele com idade acima de 65 anos. Se por um lado o ritmo dessa mudança vai variar imensamente entre diferentes regiões, há algumas que são alarmantes, como é o caso da previsão que a população da África dobre até 2050, enquanto que a da Europa encolherá e a idade média no Japão nessa época deverá ser de 54 anos e na Nigéria, será de 21, exigindo que o mundo repense como lidarão com essas mudanças e fazendo com que os países adotem políticas ousadas para suportar essas mudanças demográficas. O artigo destaca que na Europa, na Ásia e na América Latina, será preciso aumentar a participação de mulheres, idosos e imigrantes na força de trabalho.

Ainda segundo o artigo, as economias emergentes terão de enfrentar seus desafios demográficos em um prazo mais curto. Destaca que a França levou um século para dobrar a participação dos profissionais acima de 60 anos na força de trabalho (de 7% para

¹ Diretora de Pesquisa e Extensão UNIFACENS e Coordenadora Geral Smart Campus UniFACENS. CEO Vip-Systems Informática. regiane.relva@facens.br.

² Diretor UniFACENS. paulo.carvalho@facens.br.

³ Vice - Diretor UniFACENS. fabiano.marques@facens.br.

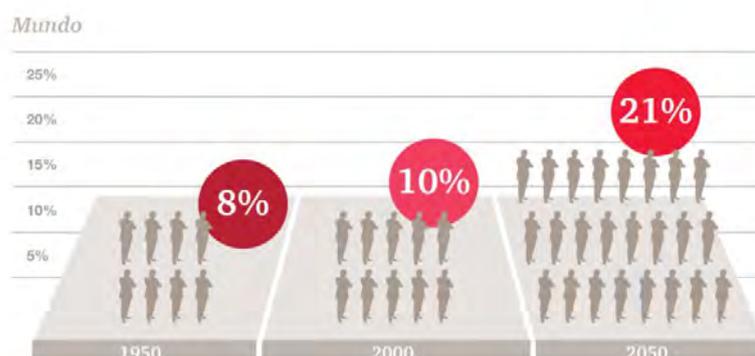
¹ Optimizing Cities Get the gist on the future of cities - Edited by Dennis D. Draeger , Abril 2015.

² Megacidade é o termo criado pela ONU, utilizado para definir uma cidade que sedia uma aglomeração urbana com mais de dez milhões de habitantes e que esteja passando por um rápido processo de urbanização. Estudos demonstram que em 1970 havia 2 megacidades do mundo, já em 2014 esse número passou para 27 e em 2030 estima-se haver 41 megacidades.

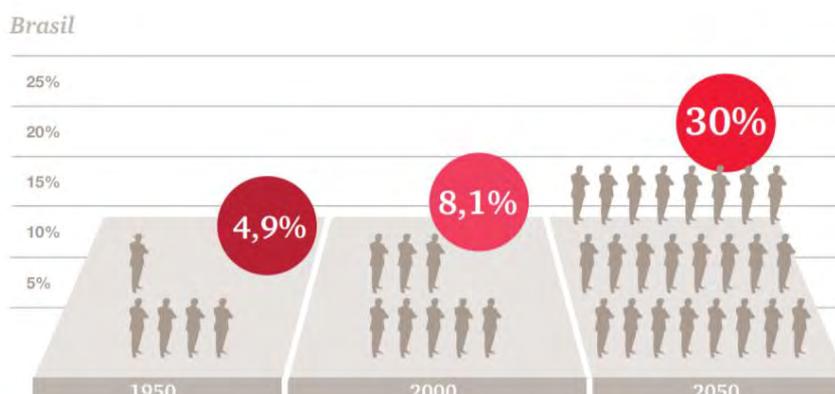
14%) , porém, prevê-se que a China, a Índia e o Brasil façam isso em menos de 30 anos e lembram que o envelhecimento dos “baby boomers” vai estimular a demanda por serviços de saúde, exigindo uma mudança radical nas cidades, necessitando que as mesmas tornem-se de fato “Inteligentes”.

O envelhecimento populacional está se tornando cada vez mais evidente. Diante dessas mudanças,

haverá a necessidade de se requalificar a força de trabalho em todo o mundo, uma vez que nas economias mais maduras os trabalhadores mais velhos necessitarão aprender novas competências para continuarem no mercado de trabalho. As figuras a seguir, ilustram o crescimento populacional no Brasil e no mundo, estimado para as próximas décadas:



Fonte: Relatório da ONU sobre o envelhecimento da população mundial 1950-2050



Fonte: IBGE

Esse cenário, fará com que governos e empresas comecem a repensar seus modelos de negócios, a fazer uma revisão em seus custos, a buscarem o aumento de suas eficiências, principalmente no que tange aos sistemas de saúde, transporte público, abastecimento de água e de alimentos, educação, urbanização, meio ambiente, segurança, energia e, certamente, recorrerão à tecnologia para preencher as lacunas criadas pelo envelhecimento populacional.

De acordo com a PWC, a cada semana, 1,5 milhão de pessoas migram para as áreas urbanas mundiais. Há uma projeção para 2050 de multiplicação das megacidades onde 70% dos habitantes do planeta viverão nas cidades, intensificando cada vez mais a busca pela melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A expansão urbana, a ocupação desordenada, as precariedades habitacionais, a falta de infraestrutura, a informalidade, o aumento das demandas sociais, produzem graves e grandes distorções na cidade, gerando desigualdades acentuadas, principalmente nas regiões periferias das cidades. Além disso, enfrentamos a poluição dos cursos d’água, desabastecimento de água potável e energia, acúmulo de resíduos, ausência de saneamento básico e drenagem.

Simultaneamente ao processo de urbanização e crescimento da população a sociedade depara-se com os resultados da industrialização e economia capitalista do descartável, tornando-se refém do meio ambiente em que está inserida.

Diante desse cenário, não há dúvidas de que as cidades necessitarão se reinventar para que se tornem habitáveis e sustentáveis e novos modelos econômicos deverão ser testados, como é o caso da economia compartilhada, que trará fortes impactos no mundo corporativo, fazendo com que as cidades transformem-se em cidades de fato inteligentes!

Cidades inteligentes

Segundo Jeremy Rifkin¹, economista norte-americano, Guru de executivos e chefes de estado, como a alemã Angela Merkel, o mundo está às vésperas de uma mudança de paradigma, com tecnologias e infraestrutura reorganizando a vida das pessoas e necessitará de uma revisão completa para que ocorra de forma inclusiva e democrática. Lembra que estamos embarcando em uma revolução e, por conta disso, teremos que repensar tudo: como vivemos, convivemos, estudamos, trabalhamos, nos comunicamos, produzimos, moramos, nos transportamos, cuidamos dos recursos naturais, enfim teremos que nos reinventar, de forma colaborativa, inovadora e disruptiva e isto certamente impactará nas cidades, que necessitarão ser inteligentes!

Diante dessa contextualização entende-se que um dos maiores desafios do mundo atual será a gestão de cidades altamente urbanizadas, tecnológicas que otimizem seus recursos naturais e responsabilizem-se pelos impactos da vida humana de forma a garantir o futuro mundial.

Neste cenário surge o conceito de Cidades Inteligentes. Existem várias definições para as Cidades Inteligentes e diversas são as características que os estudiosos entendem como necessários que tornam uma cidade “Smart”. A World Foundation for

Smart Communities, por exemplo, define que as “*Cidades Inteligentes devem ser baseadas em um crescimento inteligente e planejado, por meio das TICs*”. Segundo eles, “*Uma Comunidade Inteligente é uma comunidade que faz um esforço consciente para usar a tecnologia da Informação para transformar a vida e o trabalho dentro de seu território de uma forma significativa e fundamental, em vez de seguir uma forma incremental*”. (California Institute for Smart Communities, 2001)

Para Caragliu²(2011), uma Cidade Inteligente é o investimento em capital humano-social e incentiva a utilização de tecnologias avançadas de TIC como viabilizador para um crescimento econômico sustentável e uma melhora na qualidade de vida, uma boa gestão de recursos naturais e energéticos, com participação atuante do governo e estado.

Já Steventon³ (2006) afirma que Cidade Inteligente pode ser considerado “*um espaço inteligente, onde as TICs “desaparecem”* e se tornam incorporados em objetos físicos, em locais em que vivemos e/ou trabalhamos. A perspectiva atual é que esta tecnologia embarcada nos fornece suporte inteligente e contextualmente relevante, aumentando a expectativa de vida e nossa experiência do mundo físico de uma forma benigna e não intrusiva”.

Segundo o pesquisador americano Boyd Cohen⁴, Ph.D. em urbanismo e uma das referências na elaboração de metodologias que definem as chamadas “Smart Cities”, cidades inteligentes “*são as que conseguem se desenvolver economicamente ao mesmo tempo que aumentam a qualidade de vida dos habitantes ao gerar eficiência nas operações urbanas*”.

Não há um consenso sobre o que é de fato uma “Cidade Inteligente”, dentre os diversos autores que escrevem e estudam a respeito, pode-se citar ainda as seguintes definições:

Definição	Autor
As cidades inteligentes representam um campo multidisciplinar, constantemente moldado por avanços tecnológicos e desenvolvimento urbano	Angelidou (2015)
Uma cidade é inteligente quando a execução é feita de forma prospectiva, tanto a nível da economia, das pessoas, da governação, da mobilidade, do ambiente e da qualidade de vida, sendo esta execução conseguida através da combinação entre doações e a atividade dos cidadãos. Esta abordagem com foco no futuro para uma cidade inteligente considera questões, tais como, consciência, flexibilidade,	Giffinger, Fertner, Kramar, Kalasek, PichlerMilanovic e Meijers (2007)

¹ **The Zero Marginal Cost Society- The Internet Things, the Collaborative Commons, and the Eclipse of Capitalism” – Jeremy Rifkin. Palgrave MacMillan)**

² CARAGLIU, A; DEL BO, C. & NIJKAMP, “Smart cities in

Europe”. Journal of Urban Technology, 2011

³ STEVENTON, A.; WRIGHT, S, “Intelligent spaces: The application of pervasive ICT”. London, Springer, 2006.

⁴ “Boyd Cohen: Sustainable Building Centre Guest Expert Series”. Carruthers, H. pesquisado em 19/04/2016

transformabilidade, sinergia, individualidade, independência, poder de decisão e comportamento estratégico.	
Cidades inteligentes são o resultado de um denso ecossistema de inovação, que inclui amplas interações sociais e uma força de trabalho educada, que gera valor através do uso da informação	Komninos (2008)
Cidades inteligentes são uma rede e um sistema ligados. Enquanto cidades industriais eram esqueleto e pele, cidades inteligentes (pós-industriais), são como organismos que desenvolvem um sistema nervoso artificial, o que lhes permite atuar de forma coordenada.	Kanter e Litow (2009)
Tratam cidades inteligentes como integração orgânica de sistemas. A interrelação entre os sistemas centrais de uma cidade é tido em conta para tornar o sistema de sistemas mais inteligente, ou seja, nenhum sistema opera isoladamente.	Dirks e Keeling (2009)
Enfatiza a melhoria na sustentabilidade e na habitabilidade, sendo que esta é conseguida através da combinação das tecnologias de informação e comunicação e com outros esforços das organizações, procurando conceber processos para desmaterializar e agilizar os processos burocráticos e ajudar a identificar soluções inovadoras, para a complexidade da gestão de uma cidade como um todo.	Toppeta (2010)
De acordo com a INTELI, os principais pilares das iniciativas de cidades inteligentes centram-se em âmbitos diversos, como: governança, energia, mobilidade, urbanização, gestão da água e resíduos, segurança, saúde, cultura, todos trabalhando de forma integrada e inteligente.	INTELI – Inteligência em Inovação, Centro de Inovação 2012 Índice de Cidades Inteligentes - Portugal
Define cidades inteligentes como: um sistema de pessoas que interagem usando os fluxos de energia, materiais, serviços e financiamento para catalisar o desenvolvimento econômico sustentável e a melhoria da qualidade de vida. Esses fluxos de interação são considerados inteligentes por fazer uso estratégico de infraestrutura e serviços de informação e comunicação em um planejamento e gestão urbana para dar resposta às necessidades sociais e econômicas da sociedade.	União Europeia 2013
“Mapping Smart Cities in the EU” define que uma cidade pode ser considerada inteligentes se abordar um ou mais dos seguintes aspectos: mobilidade inteligente, pessoas inteligentes, economia inteligente, governo inteligente, rede inteligente, vida inteligente e ambiente inteligente.	Direção Geral para as políticas internas do Parlamento Europeu de janeiro de 2014
Alega que a gestão de uma cidade tradicional se foca ao planejamento urbano, a gestão de uma cidade inteligente implica coordenação entre vários stakeholders que interagem em diferentes subsistemas, (transportes, saúde, educação, ambiente, etc.), dentro de um mesmo macrosistema que integra o uso intensivo das TIC com os recursos da cidade e as características locais.	Weisi e Ping, 2014

Fonte: Autores

De acordo com Martins (2003, p.1) a preocupação da comunidade internacional com os limites do desenvolvimento do planeta, datam da década de 60, quando começaram as discussões sobre os riscos da degradação do meio ambiente. Tais discussões ganharam tanta intensidade que levaram a ONU a promover uma Conferência sobre o Meio Ambiente em Estocolmo (1972).

Em junho de 1973, em reunião do Conselho Administrativo do PNUMA (Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente)¹, em Genebra, que tem como missão *"oferecer liderança e encorajar parcerias no cuidado com o ambiente através da inspiração, informação e capacitação de nações e pessoas para que melhorem sua*

qualidade de vida sem comprometer a das futuras gerações", surgiu a proposta de uma via intermediária entre o desenvolvimento e a conservação ambiental, com o nome de “ecodesenvolvimento”, formulada pelo canadense Maurice Strong (Diretor Executivo do PNUMA). Apesar de surgido com Strong, o conceito de ecodesenvolvimento foi ampliado por Ignacy Sachs, agregando, além das questões ambientais, as sociais, as de gestão participativa, a ética e a cultura.

Em 2015, a ONU² lançou a Agenda 2030, que é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade, buscando fortalecer a paz universal com mais liberdade, para direcionar o mundo para um caminho sustentável e resiliente. Para tanto, foram definidos 17 Objetivos de Desenvolvimento

¹ <http://web.unep.org/regions/brazil/> - acessado em 19/04/2016

² [https://nacoesunidas.org/wp-](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf)

[content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf) acessado em 19/04/2015

Sustentável e 169 Metas, que buscam concretizar os direitos humanos de todos e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental; que entraram em

vigor no dia 1o de janeiro de 2016 e orientarão as decisões ao longo dos próximos quinze anos. Os 17 objetivos estão ilustrados na figura a seguir:



Fonte: <http://www.onu.org.br/pos2015/> (acessado em 19/04/2019)

Apesar de termos várias definições, há uma certeza: “nada será como antes, amanhã”! Na contrapartida dessa evolução, o Brasil possui pouco investimento em P&D (pesquisa e desenvolvimento) de tecnologias e institutos de creditações tecnológicas, trazendo assim demanda significativa por ambientes que propiciem prototipagens e espaço de testes para primeiras implementações tecnológicas de inovações nacionais e internacionais voltadas ao tema de Cidades Inteligentes.

Em 2018, foi lançada a Cartilha de Cidades, que foi baseada no Estudo de Internet das Coisas, desenvolvida pelo BNDES em parceria com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), que apoiaram a realização

de um trabalho de diagnóstico realizado pela McKinsey, Fundação CPqD, Pereira Neto Barretos Macedo, que foram selecionados por uma chamada pública (01/2016). O estudo foi organizado em 4 fases e tinha como objetivo propor políticas públicas para o tema de IoT. A primeira fase focou no Diagnóstico Geral e as aspirações da IoT para o Brasil, a segunda etapa foi a seleção e priorização das verticais e horizontais que seriam atendidas pelo projeto, a terceira foi a elaboração de um plano de ação para 2018 a 2022 e a última, foi o detalhamento das principais iniciativas do plano de ação.

Esse trabalho permitiu a publicação da Cartilha de Cidades e de vários documentos, dentre eles um denominado de “Internet das Coisas: Um plano de ação para o Brasil”, que tinha como foco:

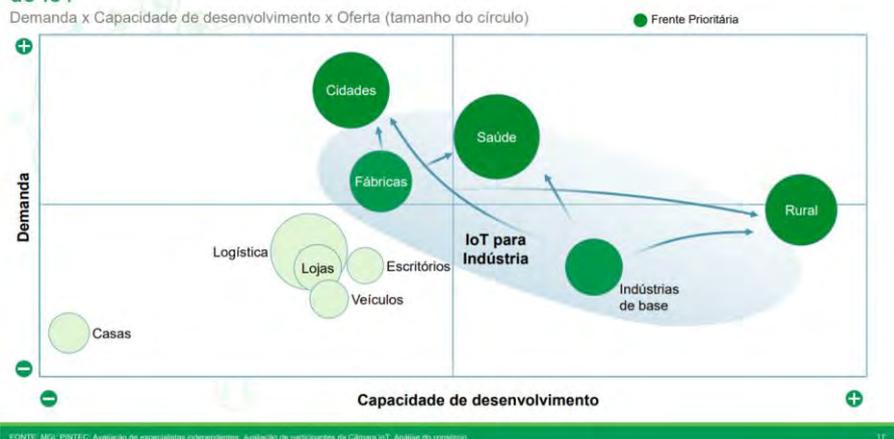


Fonte: BNDES

Depois de muito debate e envolvimento da academia, empresas, setores públicos, entre outros, chegou-se à priorização das frentes que seriam trabalhadas no

Plano de Ação de IoT, conforme ilustrado na figura a seguir:

A matriz de priorização destacou quatro Frentes Prioritárias para o Plano de Ação de IoT



Foram definidas 4 áreas prioritárias, de acordo com os impactos que teriam até 2025, com os respectivos investimentos:



A viabilização de projetos pilotos de tecnologias inovadoras traz ao Brasil oportunidades econômicas de desenvolvimento em temas emergentes, através da abertura de empresas de alta tecnologia e do oferecimento de capacitação de mão de obra para demandas que requerem conhecimentos altamente capacitados.

Diante desse cenário, e com objetivo de estar na vanguarda de aplicações práticas e vivências no que tange ao mundo ainda não completamente explorado, o UNIFACENS (Centro Universitário FACENS) desenvolveu, em 2014, com o auxílio do MIT, seu programa interno SCF - Smart Campus FACENS,

onde os alunos podem criar, prototipar, implementar, testar, melhorar e produzir novos produtos e serviços que estarão preparados para esta nova realidade, diferenciando a formação de seus alunos, para que possam assumir posição de destaque no mercado de trabalho, sendo cidadãos conscientes e antenados com o que está acontecendo no Brasil e no mundo. Ou seja, a visão inovadora da Instituição fez com que ela estivesse preparada para esse novo cenário e fizesse parte dos cases citados na Cartilha de Cidades, bem como auxiliasse a ABDI no desenvolvimento do projeto para tornar o campus do INMETRO, no Rio de Janeiro, um living lab de cidades inteligentes, tendo participado de todo o processo de desenvolvimento.

O UNIFACENS

O UNIFACENS – Centro Universitário FACENS é a primeira instituição de ensino superior nesta área fundada em Sorocaba. Mantida pela Associação Cultural de Renovação Tecnológica Sorocabana (ACRTS) é considerada uma entidade de Utilidade Pública Federal sem fins lucrativos e certificada como filantrópica pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Com isso, concede inúmeras bolsas de estudos aos seus alunos que apresentam carência socioeconômica comprovada e investe todo o seu resultado em prol da Faculdade, o que possibilita à FACENS ser uma faculdade em constante evolução. Atualmente oferece dez cursos de graduação: Engenharia Civil, Elétrica, Mecânica, de Computação, Mecatrônica, Química, de Produção, de Alimentos, Tecnologia em Jogos Digitais e Processos Ambientais, além de cursos de Pós-Graduação e extensão.

O UNIFACENS, além da formação acadêmica tradicional, oferece diversas atividades extracurriculares aos seus alunos, por meio de laboratórios e núcleos de projetos, de forma que a prática seja vivenciada durante a formação acadêmica. Dentre essas atividades, destacam-se núcleos de competições de carros e robótica, FABLab, o Smart Campus Facens – Living Lab de Cidades Inteligentes e diversas atividades sociais que envolvem os alunos, professores, funcionários e parceiros, objetivando intervenções na área de educação e assistência social, motivo pelo qual a FACENS posiciona-se como uma Faculdade Cidadã. Seu nível de ensino é reconhecido pelo mercado de trabalho, o que resulta no altíssimo percentual de 96% de empregabilidade de seus formandos. A infraestrutura da faculdade possui qualidade suportada por mais de 50 laboratórios muito bem equipados e tecnologicamente atualizados, assim como, destacado corpo docente, a nível acadêmico e profissional. Esses fatores são decisivos para o reconhecimento ao trabalho pedagógico que a instituição desenvolve e, principalmente, à qualidade dos profissionais aqui formados.

Programa Smart Campus Facens

O Smart Campus Facens é um programa extracurricular no qual os alunos e professores desafiam conceitos e tecnologias para apresentar soluções aos problemas enfrentados pelas comunidades relacionados ao tema de Cidades Inteligentes e *IoT* (Internet das Coisas). O programa teve início em setembro de 2014 quando idealizou-se a unificação de várias atividades desenvolvidas pelo

campus da faculdade que possuíam relação com o tema de cidades inteligentes. Formatou-se uma apresentação inicial do projeto tomando como base estudos relacionados à cidades inteligentes no Brasil e mundo. O projeto foi submetido ao programa do Global Entrepreneurship Lab (G-Lab) – programa de aprendizagem prática oferecido da escola de Administração Sloan no MIT (Instituto de Tecnologia de Massachusetts) e, após passar por uma seleção criteriosa, foi aceito para ser desenvolvido pelo período de quatro meses, em parceria com a instituição.

O Smart Campus é um laboratório vivo, que busca solucionar problemas reais, conectando a comunidade acadêmica, mercado e sociedade, por meio de projetos que tornam as cidades mais humanas, inteligentes e sustentáveis. Tem como visão, ser um ecossistema de formação de lideranças capazes de resolver, colaborativamente, problemas emergentes da sociedade, gerando produtos e serviços de alto valor agregado. Tem por objetivo desenvolver, implementar, testar, analisar e replicar soluções para Cidades Inteligentes, utilizando o campus universitário como uma área para estudos das soluções que possam ser replicadas nas cidades.

No Smart Campus FACENS, os alunos têm a possibilidade de colocar em prática a cidadania e a desenvolver projetos relacionados aos 17 objetivos sustentáveis da ONU, transformando nossos alunos em agentes de mudanças. O aluno pode atuar em um ou mais dos 8 eixos do projeto:

1) SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: Projetos que promovam cidadania, medicina preventiva, saúde e bem-estar, que melhorem a autoestima, a alimentação, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, higiene, o estilo de vida, o suporte familiar, a saúde física e psicológica, bem como que reduzam o stress crônico, a ansiedade, o tabagismo, a dependência química, a depressão e que melhorem a qualidade de vida no trabalho e nas relações interpessoais e sociais, otimizando os recursos da área de saúde.

2) EDUCAÇÃO, ARTE E CULTURA: Projetos que envolvam tecnologias emergentes e novas metodologias são a base para o futuro da educação de cidadãos de uma cidade inteligente. Assim, esta linha terá foco na aprendizagem prática e experimental, estímulo à criatividade e kits didáticos dentro do conceito “faça você mesmo”, soluções de EAD e todas as suas derivações, proporcionando novas formas de acesso a conteúdo e a gamificação da educação; soluções que ajudem a disseminar a pluralidade cultural e étnica; ferramentas que permitam o acesso ao conteúdo e a colaboração entre

alunos e professores, bem como a inclusão digital.

3) MEIO AMBIENTE: Esta linha abrange projetos que aperfeiçoem os recursos disponíveis através do desenvolvimento de métodos e tecnologias que suportem a integração entre meio ambiente, sociedade e economia. Desafios ambientais, agendas locais e internacionais pelo clima, biodiversidade, controle de poluição do ar e da água, ações normativas e gestão de resíduos sólidos e recursos hídricos orientam a busca por soluções para o desenvolvimento sustentável urbano

4) INDÚSTRIA E NEGÓCIOS: Soluções na área de produção, processos industriais, gestão de negócios contemporâneos, autônomas, automação para áreas rurais, agrícolas, comerciais, óleo e gás, farmacêutica, química, petroquímica, automotiva, cosmética, têxtil, energia, coleta de lixo, meio ambiente, mecânica, metalurgia e mineração, aviação, transportes, gestão de cadeia de suprimentos, domótica e automação em geral, além de capacitação, empregabilidade e geração de renda são parte da revolução da economia digital e da indústria 4.0 em direção à uma cidade inteligente.

5) URBANIZAÇÃO: Projetos que estudem e apliquem soluções inovadoras de materiais, infraestrutura, processos e tecnologias de construções sustentáveis e, preferencialmente, de baixo custo e inclusivas.

6) TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO: Soluções que integram pessoas, processos, comunicação, automação e tecnologia. Mídias sociais, mobilidade, comunicação máquina-máquina, internet das coisas, big data, visão computacional, blockchain, inteligência artificial, embarcados, sensores, atuadores, segurança cibernética, sistemas em geral, redes, AIDC, rastreamento, interatividade, gameificação, virtualização, wearables, edge computing e computação na nuvem.

7) ENERGIA: Eficiência energética de cidades inteligentes (otimização dos recursos) e de fontes alternativas (solar, eólica, bioenergia, piezoelétrica, etc) com experimentos e capacitações profissionais; formas alternativas de transmissão, distribuição e comercialização de energia; gerenciamento de energia; iluminação pública inteligente; redes elétricas inteligentes (smartgrid), entre outros correlatos.

8) MOBILIDADE E SEGURANÇA: Projetos com soluções que estudem novas opções de modais, simulações de trânsito, transportes limpos e eficientes, circulação de pedestres, ciclistas e veículos, inovação em radares, redes de monitoramento para segurança pública, monitoramento, planejamento,

logística e controle do tráfego urbano e soluções sociais para maior eficiência em mobilidade e segurança física e virtual dos usuários e do patrimônio público e privado.

Também integra-se aos demais núcleos, tais como: FabLab – Laboratório de Prototipação, Núcleo de Robótica Inteligente (NRI), FACE – Facens Centro de Empreendedorismo, LIGA – Laboratório de Inovação em Games e App, LINCE – Laboratório de Competições, enfim, o aluno tem a possibilidade de aplicar na prática todos os ensinamentos teóricos e ainda desenvolver um produto ou um serviço que poderá virar uma *start-up*, que será suportada pelo FACE – Facens Centro de Empreendedorismo, até a sua completa estabilização no mercado, permitindo ao aluno uma visão holística e integrada entre teoria e prática.

Por estar situado dentro de uma faculdade de engenharia, muito além de criar inovações para a área, possui cunho educacional, proporcionando aos estudantes a visão holística do mundo contemporâneo, que abrange a multidisciplinaridade profissional, a urgente necessidade do exercício da cidadania e a prática da vida pessoal/profissional dentro dos conceitos da sustentabilidade. Prioriza-se a transformação de problemas reais em soluções aplicáveis no contexto urbano, alinhando-as com as necessidades, crises e desafios do Brasil para as próximas décadas. Enfim, trata-se de um programa que visa a formação de engenheiros cidadãos, com visão prática e humana sobre os reais problemas da sociedade que estão sendo treinados para resolver de forma inteligente, sustentável e humana dos problemas do cotidiano.

Nos últimos 3 anos, o Smart Campus FACENS promoveu ou fez parte de mais de 230 eventos como apresentador, expositor, avaliador ou apenas público. No total, nesses 3 anos, contou com mais de 7.200 participações de alunos regulares da FACENS além de mais de 11.400 pessoas do público externo, formados por crianças, jovens e adultos, com a disseminação dos conceitos de cidades Humanas, Inteligentes e Sustentáveis. Apresentou 6 artigos em Congressos Acadêmicos internacionais. Por meio do Smart Campus, os alunos puderam participar de treinamentos, congressos, apresentações, workshops, visitas técnicas monitoradas, Iniciação Científica e TCC, desenvolvendo mais de 60 projetos que foram implementados dentro do Campus e mais de 100 encontram-se em desenvolvimento. Como dito anteriormente, todos devem estar alinhados aos 17 ODS e já colhemos vários resultados, conforme pode ser demonstrado na figura a seguir:



Por conta dos resultados muito satisfatórios, conquistou vários prêmios nacionais e internacionais

Referências:

Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 5, n. 2, p. 1326-1338, feb. 2019 - ISSN 2525-8761 - <http://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/1107/957> acessado em 31/01/2019

Angelidou, M. (2015). Smart cities: A conjuncture of four forces. In Elsevier (Ed.), *Cities* (pp. 95-106). doi:10.1016/j.cities.2015.05.004

Athey, G., Nathan, M., Webber, C. e Mahroum, S. (2008). Innovation and the city. *Innovation: Management, Policy & Practice*, 10(2-3), 156-169. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.5172/imp.453.10.2-3.156>

BNDES - <https://www.bndes.gov.br/wps/wcm/connect/site/445c4dd8-069b-47c1-b191-767caee4a5ae/produto-9B-relatorio-final-sintese-do-estudo-de-Iot-atualizado.pdf?MOD=AJPERES&CVID=m87qOtl>. Acessado em 31/01/2019

Campbell, S. (1996). Green Cities, Growing Cities, Just Cities? Urban Planning and the Contradictions of Sustainable Development. *Journal of the American Planning Association*, 62(3), 296-312. doi:10.1080/01944369608975696

CARAGLIU, A; DEL BO, C. & NIJKAMP, "Smart cities in Europe". *Journal of Urban Technology*, 2011

Comissão Europeia (2011). *Cidades de Amanhã - Desafios, visões e perspectivas*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

Draeger, Dennis D. *Optimizing Cities Get the gist on the future of cities* - Edited Abril 2015

Giffinger, R., Fertner, C., Kramar, H., Kalasek, R., Pichler-Milanovic, N. e Meijers, E. (2007). *Smart Cities – Ranking of European medium-sized cities*. Vienna University of Technology, 5-19. Disponível em http://www.smart-cities.eu/download/smart_cities_final_report.pdf

Intelligent Community. Smart21 of 2016. Acedido em: 1 de Janeiro de 2016. Disponível em: <https://www.intelligentcommunity.org/index.php?submenu=Awards&src=gendocs&ref=Smart21&category=Events>

Komninos, N. (2009). Intelligent cities: Towards interactive and global innovation environments. *International Journal of Innovation and Regional Development*, 1(4), 337-355. Disponível em https://www.academia.edu/1484320/Intelligent_cities_towards_interactive_and_global_innovation_environments

Letaifa, S. (2015). How to strategize smart cities: Revealing the SMART model. *Journal of Business Research*, 68(7), 1414-1419. doi:10.1016/j.busres.2015.01.024

Nações Unidas, FAO Agricultural Development Economics Divison. *World Agriculture Towards 2030/2050. The 2012 Revision. O percentual se refere aos patamares de 2005/2007.*

Nam, T. e Pardo, T. (2011). Conceptualizing Smart City with Dimensions of Technology, People, and Institutions. *Proceedings of the 12th Annual International Conference on Digital Government Research*, 282-286. Disponível em: http://intaivn.org/images/cc/Urbanism/background%20documents/dgo_2011_smartcity.pdf

Nohrová, N. (2014). What does it mean to be a smart city? Centre for Cities. Disponível em: <http://www.centreforcities.org/blog/what-does-it-mean-to-be-a-smart-city/>

ONU. *Transformando Nosso Mundo: A Agenda*

2030 para o Desenvolvimento

Sustentável. [s.l: s.n.]. 6- Urban Governance Habitat III Issue Papers. [s.l: s.n.]. Smart Cities. Habitat III Issue Papers, v. 2015, n. May, p. 0–10, 2015c.

ONU-DESA. World Urbanization Prospects 2014 Demographic Research. New York:[s.n.].

ONU-HABITAT. International guidelines on decentralisation and the strengthening of local authorities. [s.l: s.n.]. State of the World's Cities 2010/2011: Bridging The Urban Divide. [s.l:

Rifkin, Jeremy. The Zero Marginal Cost Society- The

Internet Things, the Collaborative Commons, and the Eclipse of Capitalism” Palgrave MacMillan, 2012

RENER (2014). Rede Portuguesa de Cidades Inteligentes. Disponível em <http://rener.pt/>

STEVENTON, A.; WRIGHT, S, “Intelligent spaces: The application of pervasive ICT”. London, Springer, 2006.

WORLD ECONOMIC FORUM. Global Competitiveness Report 2014-2015. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://reports.weforum.org/global-competitiveness-report-2014-2015/>

Estratégias de combate à dengue e outras doenças tropicais através da educação em saúde no processo de envelhecimento

Cleyde Ferreira Barreto Valotto¹,
Júlio César Coelho do Nascimento².

Resumo:

A população brasileira está em constante envelhecimento. Um novo perfil demográfico está sendo estabelecido no Brasil e, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) estima-se que até 2060 o país atingirá o número de aproximadamente 60 milhões de indivíduos com idade acima de 65 anos. Nesse contexto, a saúde pública brasileira deve estar preparada não apenas para o impacto das doenças crônicas inerentes ao envelhecimento, mas também para as infecções emergentes e reemergentes, que vêm ganhando destaque na última década como Dengue, Zika e Chikungunya, doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*. Tendo em vista o alto custo no

tratamento dessas doenças, o presente estudo objetivou apresentar estratégias de combate através da educação em saúde à população idosa. Para responder o objetivo, usou-se a revisão bibliográfica como modelo metodológico. Este tipo de pesquisa permite elaborar ferramentas a partir de estudos publicados e validados. Como proposta de estratégias no combate à dengue e outras doenças tropicais, sugere-se implementação de ferramentas educativas específicas para corroborar com a promoção, proteção e prevenção das doenças Dengue, Zika e Chikungunya na população idosa e sua vulnerabilidade social e com isso possibilitando a redução de gastos em saúde pública no país.

Palavras-chave: Envelhecimento. Dengue. Educação em Saúde. Saúde Pública.

¹ Biomédica, Doutora em Medicina Tropical – Diretora Acadêmica e Docente pesquisadora da Faculdade Padrão – FAN PADRÃO; E-mail: dracleydevalotto@gmail.com.

² Enfermeiro, Especialista em Oncologia Clínica – Docente e Coordenador do curso de Enfermagem da Faculdade Padrão – FAN PADRÃO; prof.julioocnascimento@gmail.com.

La “Formazione Situata” e il “Service Learning”: alleanza tra sistema dei servizi regionali ed università per apprendere il lavoro in equipe

Ricardo Burg Ceccim,
Maria Augusta Nicoli.

La proposta

Si tratta di stabilire (e di sviluppare) una stretta e regolare collaborazione tra Regione (con la sua rete amministrativa/gestionale e con i suoi servizi sanitari e sociali) e formazione universitaria, seguendo i principi:

- dell'apprendimento significativo: l'apprendimento che emerge nei contesti quotidiani della pratica e dal contatto con problemi reali da cui nascono domande “vive” che sollecitano processi di apprendimento orientati alla pratica e non solo orientati alla teoria;
- dell'apprendimento con impegno sociale: l'apprendimento che scaturisce dall'agire sociale e dalla pratica solidale con le necessità sociali in modo tale che lo studio sul “campo” diventi anche un intervento.

La Regione rappresenta per i neolaureati un importante datore di lavoro che conosce – anche in momenti storici di cambiamento dei sistemi di lavoro – il profilo di competenze e le abilità richieste nelle reti lavorative, nei sistemi amministrativi/gestionali e di pratica sanitaria e sociale.

La Regione stessa si vede costretta in diverse occasioni ad organizzare un insieme di corsi per “riorientare” i lavoratori che entrano nel sistema dei servizi senza un profilo professionale adeguato, senza la conoscenza di saperi fondamentali e, soprattutto, senza la conoscenza delle competenze basilari necessarie per un lavoro di squadra, come la pratica multiprofessionale, l'azione interdisciplinare e la dimestichezza con la prassi collettiva. Inoltre la Regione rispetto alle azioni formative messe in campo per affrontare le

sfide che attraversano il mondo dei servizi, sente la necessità di condividere percorsi innovativi di apprendimento con le strutture che erogano istituzionalmente formazione, favorendo il mettersi in relazione inter-istituzionale con esse. Contestualmente chi rappresenta la formazione di base, l'Università, ha necessità di creare un dialogo serrato con il sistema dei servizi per orientare la propria proposta formativa e congiuntamente innovare i propri sistemi didattici e approcci pedagogici.

Questa relazione deve consentire una politica di formazione che coinvolga la formazione di base e quella continua, l'interazione tra professori e studenti nei corsi di laurea di ogni livello e nel post laurea, nelle più diverse aree di azione, coinvolgendo insegnamento, ricerca e innovazione, consentendo, con il sostegno dell'università, l'avvio di programmi formativi innovativi, sia per i propri dipendenti, sia per i neolaureati, fornendo loro l'opportunità di fare esperienza, e ancora, fornendo formazione didattica continua sia ai lavoratori che ai docenti. In definitiva la Regione per il ruolo che riveste, può essere garante e promotrice di processi innovativi nell'ambito della formazione, in dialogo con le strutture che erogano istituzionalmente formazione, condividendo i diversi ambiti di revisione e di aggiornamento dei curricula e nella attivazione di pratiche e di processi innovativi, considerando che sono quelle le istituzioni che formano i lavoratori che comporranno il tessuto professionale per le reti di lavoro.

L'esperienza internazionale può fornire esempi che dimostrano la fattibilità della proposta in molteplici scenari culturali, politici ed economici come l'Europa e l'America latina. L'idea della sperimentazione regionale è scaturita

dall'interscambio tra l'Università di Bologna e la Regione Emilia-Romagna nel Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva e che coinvolge l'Università Federale del Rio Grande do Sul, in Brasile, in partnership con gli amministratori federali, regionali e locali dell'organizzazione sanitaria. A questo primo nucleo di cooperazione si sono affiancate altre istituzioni del territorio di Parma, quali l'Università, i servizi sanitari e sociali.

Non è causale che l'idea progettuale sia maturata all'interno del Laboratorio. In Brasile, infatti, è stata sviluppata una politica nazionale di formazione ed impiego del personale sanitario, dal 2003 al 2016, con un grande numero di corsi presso il Nucleo di Educazione, Valutazione e Produzione Pedagogica in Salute, denominato EducaSaúde, presso l'Università Federale del Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Brasile). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha contribuito al programma di insegnamento in sanità sia per quanto riguarda le pratiche pedagogiche sia per le proposte di educazione continua del personale sanitario, l'educazione interprofessionale e la pratica interprofessionale.

Probabilmente oggi è possibile gettare le basi per far nascere una cultura di formazione cooperativa tra Università, Sistema Sanitario e Servizi Sociali nella Regione Emilia-Romagna che possa incorporare riferimenti provenienti dall'esperienza internazionale, dall'esperienza del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva ed anche dalle esperienze delle Università di Bologna e di Parma. Queste ultime hanno avuto la possibilità di partecipare ad attività internazionali nel campo della didattica e, con l'impegno dei propri docenti, hanno sperimentato nuovi modelli di insegnamento per la formazione dei giovani professionisti e dei cittadini, dimostrando quell'impegno sociale che è richiesto alle Università da parte della società.

Risultati attesi

Una proposta politico-istituzionale che prenda origine dall'esperienza di modelli attualmente esistenti e tenga conto della fattibilità politico-istituzionale. Discussione e dibattito sui principi e sulla fattibilità operativa di una sperimentazione che possa prevedere un impegno comune delle Università e della Regione in una futura cooperazione in rete, ma anche progetti di

formazione per studenti, per ricercatori, per professionisti, per docenti e per amministratori e gestori. Si spera ne possa derivare la possibilità di attività, di studio, di ricerca e di formazione, di preparazione di linee guide e di utilizzo di linee di finanziamento inter-istituzionale.

Le premesse

Nel contesto della globalizzazione occorre mettere in gioco insegnamento e ricerca per attivare un progetto di lavoro multisituato, multilocale e orizzontale, in cui il rapporto tra le diverse esperienze locali non è gerarchizzato. La formazione deve essere capace di intrecciare (come nel cucito e nel ricamo oppure come nelle reti elettroniche e telematiche) il locale e il globale, l'azione professionale e la gestione, il servizio e la formazione, con le sfide nei sistemi dei saperi complessi e con le pratiche professionali in un mondo in continua trasformazione.

La conoscenza deve essere intesa come un costruito che stimola pensieri e sentimenti innovativi mediante l'impegno in processi sociali e collettivi, mediante progetti di "formazione in movimento". La costruzione della conoscenza deve coinvolgere gli individui, la collettività e le istituzioni stimolando adeguamenti al contesto con i problemi locali, regionali, nazionali e globali.

L'idea di una "formazione in movimento" implica un cambiamento di paradigma: l'approfondimento della coscienza/consapevolezza sui veri "problemi della conoscenza" in relazione agli aspetti pratici inscritti nelle prassi quotidiane del lavoro, intese come attività concrete e azioni sociali. Ne consegue che la "formazione in movimento" prevede una trasformazione innovativa dei servizi ed una trasformazione innovativa dei curricoli e dei metodi didattici. L'innovazione curricolare non è solo l'aggregazione di nuovi contenuti ad un *curriculum*, ma anche l'attivazione di processi innovativi di insegnamento che prevedano l'interazione con il mondo delle pratiche e con il mondo sociale. Non si tratta di portare l'Università verso la società tramite attività extracurricolari oppure le reti della società verso l'Università in una programmazione di eventi; non si tratta di *curriculum* da una parte e *scenari* di pratiche (posti di tirocinio) d'altra, ma si tratta di integrare università e società tramite reti di gestioni e di servizi, consentendo l'integrazione tra insegnamento, servizio, gestione e

popolazione.

I due elementi fondamentali di innovazione sono:

- il coinvolgimento degli studenti, affinché anche loro si riconoscano protagonisti nella definizione dei progetti di insegnamento, di intervento sociale e di coscienza/consapevolezza intellettuale;
- il coinvolgimento dei “territori” come i luoghi delle pratiche, non solo come ambienti in cui si svolge il tirocinio, ma come ambienti che prevedono la presenza attiva di lavoratori e di utenti.

Anche i “territori” diventano protagonisti, rappresentando il contesto che consente di individuare le necessità di salute e le necessità sociali che costituiscono l’oggetto della formazione. Da qui il concetto di “formazione situata”, una formazione che si affianca al lavoro nell’ambiente delle pratiche quotidiane e che prevede anche in contatto reale con la vita locale, con i suoi abitanti, o con movimenti sociali rappresentativi, con la società, e con gli interessi e le necessità della vita. Si tratta di una sfida importante, quella di progettare e mettere in moto attività che consentano agli studenti l’acquisizione di conoscenze e di competenze mediante la soluzione di problemi reali, vissuti nel territorio da gruppi sociali, comunità, gruppi di emarginati o persone socialmente svantaggiate, popolazione che soffre per i pregiudizi, per la discriminazione o per lo stigma oppure gruppi attivi nell’ambito dell’affermazione delle proprie “singolarità”, della democrazia e dell’inclusione sociale.

Esperienze e punti di riferimento internazionali

L’intento non è quello di stimolare la conoscenza e l’utilizzo di questo o quel metodo didattico, di questo o quel metodo di interazione università-società, ma è quello di verificare la possibilità di utilizzare esperienze internazionali e valutare l’esistenza di interessi locali che richiedano la collaborazione tra l’Università di Bologna e la Regione, l’Università di Parma e la Regione.

Come già accennato, l’interesse della Regione Emilia-Romagna di una collaborazione con le Università di Bologna e di Parma non nasce casualmente, e l’invito è di utilizzare anche le esperienze locali dei due contesti oltre

all’esperienze di successo maturate in altri contesti. Mettendo assieme quindi la conoscenza frutto delle esperienze internazionali, la conoscenza e le competenze già presenti in Regione, sia nelle reti amministrative che in quelle dei servizi, e le sperimentazioni già presenti in entrambe le Università, provenienti dall’attività di singoli docenti o da progetti di ricerca, si può procedere all’identificazione delle sfide politico-istituzionali e alla definizione delle condizioni di fattibilità per un progetto innovativo locale.

Il punto di arrivo è quello di una proposta non necessariamente inedita, ma che sia espressione di originalità, che abbia un’identità locale, un nome proprio e che sia “situata”.

Precedenti esperienze internazionali

Si riporteranno qui di seguito le esperienze maturate a livello internazionale, per avere alcuni punti di riferimento.

1. **Comunità Scientifica Allargata (es. Università di Torino)** – la conoscenza non sta unicamente nella testa dell’esperto-tecnico, ma nell’azione sociale, dove “esperti” e “gli altri”, quelli che sono veramente interessati, la comunità, il lavoratore, l’utente, riescono a mettere assieme scienza ed esperienza.
2. **Problem Based Learning (es. Maastricht University e McMaster University)** – partecipazione attiva degli studenti nel processo che porta all’apprendimento, non solo, quindi, trasferimento passivo di informazioni dal professore allo studente. Il modello pedagogico si basa sull’apprendimento centrato sullo studente. Gli studenti vengono invitati a problematizzare, ricercare, riflettere, dare significato e capire le scienze di base a partire da problemi, situazioni concrete. In questo modo viene sviluppata la capacità di risolvere problemi specifici che risulteranno rilevanti nel corso della futura carriera professionale. La discussione di un problema (caso), in piccoli gruppi (elaborazione), promuove la connessione di idee e concetti (saperi cooperativi) sostituendosi alla competizione per il voto migliore o per un maggior riconoscimento.

3. **Apprendere dall'esperienze (es. Università di Verona)** – razionalità che va alla ricerca di una saggezza della pratica, un sapere che si apprende dall'esperienza, cioè a partire da un'interrogazione riflessiva della pratica. In questa prospettiva una componente fondamentale della formazione dei pratici è rappresentata dalla disciplina della riflessione, quella riflessione che intensivamente interroga l'esperienza per elaborare orizzonti di senso. La riflessione che genera sapere esperienziale dovrebbe declinarsi su due piani: pensare a ciò che si fa e "pensare i pensieri" che strutturano la vita della mente.
4. **Apprendimento basato sul progetto (es. Colleges Euroinstitut)** – progettato per mettere ogni studente in una condizione di studente-lavoratore che impara a lavorare, a pensare criticamente, a comunicare con efficacia sia oralmente sia per iscritto ed a sviluppare l'etica del lavoro ed i valori collettivi invece che agire acriticamente ed unicamente tenendo conto delle regole e dei concetti espressi nei regolamenti o nei protocolli del sistema di lavoro (sanitario o dei servizi sociali, per esempio). Il apprendimento basato sul progetto richiede un pensiero critico, la soluzione di problemi, la collaborazione e varie forme di comunicazione. Gli studenti devono fare molto di più che ricordare le informazioni. Hanno bisogno di usare capacità di pensiero di alto livello e di imparare a lavorare in gruppo.
5. **Ecologia dei Saperi (es. Universidade de Coimbra)** – prevede l'assenza di gerarchia e di dicotomia tra i saperi popolari e i saperi accademici, prevede il riconoscimento di un'infinita pluralità di saperi e la necessità della loro valorizzazione per la realizzazione di azioni scientificamente valide e socialmente rilevanti, prevede la rinuncia alla razionalità strumentale presente nell'insegnamento e la creazione di spazi democratici che potenzino la creatività e lo sviluppo integrale dell'individuo. Mondo accademico, movimenti sociali e interculturalità, dalla mediazione culturale alla tessitura di mondi. Considera la complessità e la diversità di scenari che compongono la costruzione dei saperi e riconosce l'impossibilità di un'unità nel sapere che sia considerata indiscutibile e che sia superiore a qualsiasi altra.
6. **Ergoformazione (es. Aix-Marseille Université)** – gruppi di incontri durante il lavoro, la formazione "reale" si organizza attraverso l'incontro con il lavoro "reale", la formazione avviene quando si mette in questione il sé, le azioni e la direzione dei risultati "in atto"; mette nel centro come fulcro della formazione, l'attività del lavoro. Da questa prospettiva significa che è necessario comprendere e ammettere che il lavoro non è solo una sequenza di gesti o di azioni meccaniche, programmate in anticipo da altri; lavorare non è applicare, ma gestire le variabilità del momento, "qui ed ora".
7. **Service Learning (es. Indiana University-Purdue University Indianapolis)** – apprendimento significativo per mezzo dell'estensione universitaria orientata all'interesse sociale. Il principio di fondo è riconducibile ad imparare attraverso un fattivo impegno nel contesto sociale. Gli studenti vengono sollecitati nell'assumere la sfida di mettere le loro conoscenze, i loro apprendimenti e le loro tecniche al servizio dell'altro, al servizio di un intervento sociale. Il Service Learning è curricolare, interdisciplinare, orientato verso le competenze, verso "l'apprendimento significativo", verso il cambiamento e inserito in processi di partecipazione, responsabilità e collaborazione.
8. **Apprendimento-Servizio (es. Università degli Studi di Genova)** – acquisizione di conoscenze e di competenze mentre si partecipa attivamente ad un progetto che affronta e che propone la risoluzione di un problema reale della comunità locale. Fornisce un significato e una motivazione più profonda tanto negli studenti – impegnati nel compito di realizzarsi – come nei docenti, impegnati nell'accompagnamento educativo degli studenti. Apprendimento multidirezionale: allievo-allievo, allievo-docente, docente-docente, allievo-soggetti esterni ecc. Iniziative di apprendimento permanente e di formazione continua coprogettate e rivolte alle imprese e agli enti del territorio, finalizzate a soddisfare le esigenze di formazione e aggiornamento del personale in servizio.
9. **L'esperienza e il sapere dell'esperienza (es. Univesitat de Barcelona)** – Si

evidenzia la coppia esperienza/senso, in contrapposizione alle coppie scienza e tecnica, teoria e pratica. Viene posta come centrale: a) l'esperienza in quanto si intende sottolineare la criticità dell'informazione in eccesso e dell'obbligatorietà di avere un'opinione (apprendimento orientato verso le competenze), anche la dimensione quantitativa del lavoro/del fare che si oppone all'esperienza; b) il senso ovvero il focus è sul "soggetto dell'esperienza", non l'offerta o l'aspettativa di cosa fare (apprendimento significativo o in base ai problemi), ma l'essere trasformato dalla sua esperienza, una logica della passione ("pathos"). Il sapere che deriva dall'esperienza rinnova la conoscenza, trasforma sé stesso, accresce la conoscenza (non più come teoria, ma come conoscenza per la propria esistenza) e arricchisce la vita (il vivere e il difendere la vita). La conoscenza è politica e critica, ma è creativa e estetica – produrre senso, creare realtà (sottoggettivare e singolarizzare). Costruire le condizioni di possibilità.

10. **Educazione Permanente in Salute e Quadrilatero della Formazione (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)** – riconoscimento che il mondo accademico, il mondo del lavoro e i movimenti sociali devono essere considerati come elementi articolati tra loro nella costruzione di apprendimenti, sia all'interno delle istituzioni di insegnamento, all'interno delle istituzioni di lavoro e all'interno delle lotte popolari per i diritti sociali e per la salute. Il mondo del lavoro si compone di pratiche dedicate alla gestione e al governo e di pratiche per la cura e il benessere delle persone. La nozione di "quadrilatero della formazione" porta con sé i quattro angoli: gestione, servizi, formazione e partecipazione del quadrilatero con al centro il processo di apprendimento a cui ciascun concorre. Il sistema che si costituisce di fatto rimane permanentemente in scambio con il contesto per innescare innovazioni e disseminazione (come nell'opera di Pino Pinelli, *La Rottura del Quadro*)*. Nell'approccio descritto sono interconnessi i concetti e le pratiche della

ricerca-azione-critico-collaborativa includendo quindi lo Studio-Azione, l'Apprendimento Significativo, l'Estensione Universitaria e i Programmi di Educazione Tutoriale.

11. **Vivenze e (E)Stage nella Realtà del Sistema Unico di Salute (VER-SUS) e Residenze Integrate Multiprofessionali in Salute (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)** – esperienza di impegno e protagonismo di studenti presso le reti di gestione e servizi, con il sostegno dei docenti e dei ricercatori di diverse aree per "pensare" le richieste sociali e sanitarie, i sistemi di offerta di cura e di logica di gestione, il modo di insegnare e imparare e la rilevanza dei saperi collaborativi in tessitura di scambio e interscambio. La modalità è di "vivenze" per gli studenti di diversi corsi di laurea per brevi periodi e modalità di "residenza" è una specializzazione realizzata nei servizi che compongono i quadri multiprofessionali intorno alle "aree" di intervento e non con "tagli/visioni" specialistiche che finiscono per segmentare il sapere di un campo di intervento a una super-specialità.
12. **Studenti universitari del Sistema Sanitario Italiano (UNiverSSI) e Formazione Situata (Alma Mater Studiorum - Università di Bologna e Università degli Studi di Parma)** – dialogo con la esperienza internazionale, presenza del dibattito sull'interculturalità e inclusione sociale, accoglienza e sperimentazione delle innovazioni didattiche, alleanze delle aree sociali, di salute, antropologica e pedagogica. Valorizza e avvia sfide per creare e inventare scenari che possano articolare l'insegnamento, la ricerca e l'intervento/interazione nella costruzione dei saperi per gli studenti, lavoratori e docenti. Compartecipazione di studenti e l'analisi pluridisciplinare delle situazioni lavorative.

* CONFORME CECCIM, RB: IL QUADRILATERO E IL MANDALA. IL MANDALA SIGNIFICA "CIRCOLO MAGICO". UN QUADRO DENTRO IL CERCHIO FA IL DISEGNO DEL MOVIMENTO TRA QUELLO SAPUTO E QUELLO SCONOSCIUTO (DA SCOPRIRE, INNOVARE, LANCIARSI). EDUCAZIONE PERMANENTE IN

SALUTE = FORMAZIONE IN MOVIMENTO. QUADRILATERO DELLA FORMAZIONE = INTERAZIONE "UNIVERSITÀ – SERVIZI – CITTADINANZA – DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE".

**WORKSHOP: Bologna, 5 dicembre 2016 -
Breve Sintesi**

L'indicazione politiche-istituzionali

- mettere intorno a un tavolo i diversi attori del sistema regionale dei servizi (sanitari e sociali / coordinatori e professionisti di base) e del sistema formativo universitario oltre ai fruitori (studenti e utenti dei servizi/cittadini), in quanto abbiamo bisogno di rafforzare alleanze tra università e sistema dei servizi e trovare modalità di collaborazione per qualificare maggiormente i servizi,
- stimolare innovazione attraverso sperimentazioni ma anche essere in grado di documentarne l'impatto, trovare linee guida interessanti e formulare strumenti in grado di monitorare l'iniziativa,
- iniziare con sperimentazioni strutturate e definire progetti prototipici nei due territori corrispondente ai Università di Bologna e di Parma,
- individuare per ciascun territorio le possibili forme di sperimentazione (es. didattica elettiva, corsi di perfezionamento multiprofessionali, "lezioni aperte" ecc.), e implementare azioni circoscritte,
- tenere in considerazione quanto è già in atto nei rispettivi territori per valorizzare le indicazioni che ne scaturiscono,
- attivare sinergie tra i diversi livelli istituzionali e tavoli di lavoro inter-istituzionali (ad esempio Accordo Regione-Università) che possano valorizzare tali percorsi di sperimentazione.

L'indicazioni operative

Non si dà competenza professionale, nel campo della educazione interprofessionale e delle pratiche collaborative, se non attraverso forme che consentano di acquisire competenze trasversali e di integrazione, basate sul contesto – di vita, sociale e politico – e di lavoro (servizi, sistema, direzione). Per costruire tali percorsi di formazione sono state definite alcune priorità:

1. Osare alcune innovazioni audaci e riconoscerli come ufficiale

- Riconoscere le ore di formazione situata (intercorsi) come una parte rilevante dei tirocini di ogni carriera e mettere queste ore nel programma di insegnamento e apprendimento.
- Riconoscere – dentro dei crediti di livello universitario – le attività educative fatta nel servizio e nei territori della vita comunitaria.
- Riconoscimento dell'attività formativa nei servizi per gli operatori/servizi coinvolti attraverso l'inserimento di tali percorsi nei gruppi di miglioramento.
- Riconoscere dei servizi come i migliori luoghi di allenamento delle competenze interprofessionali e pratiche collaborative di equipe.

2. Competenze per attuare questo tipo di formazione

- Principio da perseguire è centrato sull'idea di promuovere un governo del processo di co-apprendimento quindi facilitatori di processi di insegnamento.
- Formare i formatori e trovare le modalità per fare ciò; bisogna creare un continuum tra università e mondo del lavoro a partire da chi forma, trovando i mezzi per sostenere questo percorso.
- Superare il tirocinio come unica modalità valida e andare verso le modalità di formazione sul campo e trasversali. In questo modo avremmo quasi una filiera completa da formazione degli studenti a quella dei formatori in modo continuativo.
- Formare i docenti universitari ad altri modelli di insegnamento e valutazione dell'apprendimento.
- Mettere il tutoraggio come membrana di scambio rilevante (tutoraggio interprofessionale, utilizzo di specializzandi come tutore allo stesso tempo de formarsi come bravo educatore).

3. Aspetti strutturali e formali

- Implementare coordinamenti intercorsi necessari allo sviluppo della parte teorica

(costruzione linguaggi comuni e meta-saperi) ed alla regia del percorso, poiché siccome ancora non esiste mappatura completa di ciò che avviene in università e ciò che avviene in territorio sarà necessario governare il processo in atto, che verosimilmente sarà modulato dall'esperienza.

- Avere obiettivi incentivanti che passano anche dalla valutazione delle performance delle figure apicali.
- Stipulare convenzioni tra università e servizi (utili anche per gli aspetti assicurativi).
- Inserire fin da subito della progettazione delle sperimentazioni.
- Fare un coordinamento permanente tra università e regione.

4. Luoghi dell'apprendimento

- Luoghi inusuali (volontariato, cooperative, centri comunitari, tra varie altre) per esporre studenti ad ambienti non caratterizzati dalla frammentazione e per superare idea di tutor unico di riferimento (imparare di maniera complessa cosa succede a una vita, una persona, con la salute e il benessere).
- Servizi sanitari (es. case della salute) e ottenere la possibilità di capire il percorso diagnostico anche terapeutici).
- Case di accoglienza ad es. per migranti, spazi notturni e scuole, nonché movimenti sociali per la differenza.

5. Per rendere appetibile la proposta formativa

- Riconoscimento crediti universitari.
- Attività non volontaria ma strutturata, anche per i facilitatori/tutor necessari che devono in qualche modo essere retribuiti.
- Valorizzazione del professionista con sistemi premianti (riconoscimento gruppi di miglioramento ad es.).
- Attestati/Diplomi di partecipazione e di esperienza professionale.
- Inserimento nella programmazione ufficiale sia sul versante dell'Università sia sul versante

dei servizi.

6. Cosa si è disposti a mettere

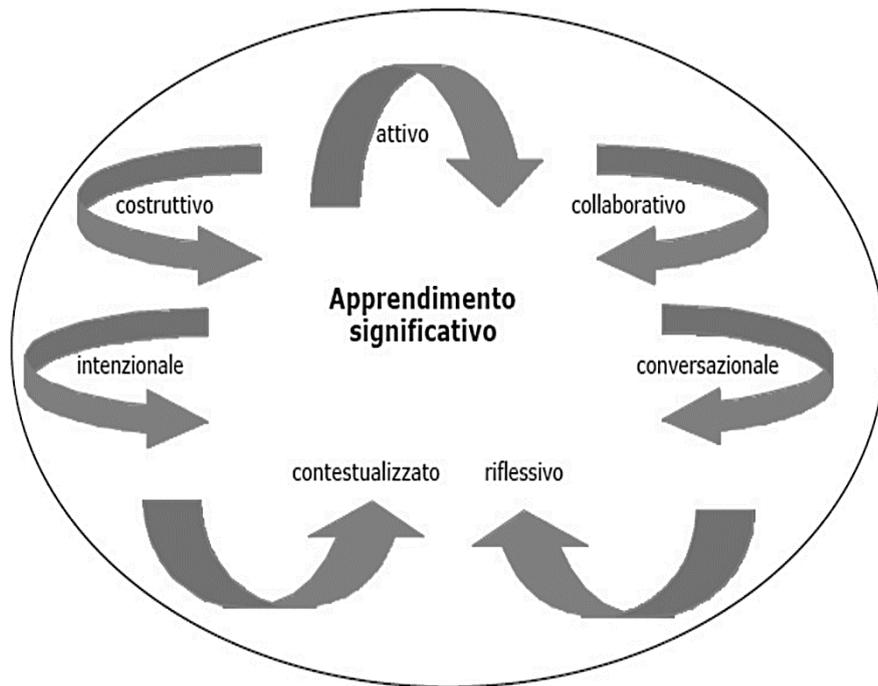
- Luoghi a disposizione, lavoratori/operatori, conoscenze (importanti per le attività teoriche di “frontiera”).
- Mettere il budget di ore nell'inter-corso.

7. Ascoltare/coinvolgere attivamente il fruitore (utente e studente)

- Coinvolgere la comunità nella definizione di obiettivi e contenuti.
- Coinvolgere gli operatori nell'apprendimento dell'ascolto attivo e nei aspetti di pianificazione partecipata.
- Tutti gli operatori sono anche utenti.

Elementi di criticità

- I corsi elettivi sono a scelta, rischio di attirare solo gli studenti interessati (bisogna pubblicità appetibile).
- Il riconoscimento della formazione nel territorio (come percorso continuativo e non a spot).
- Mancanza di tempo e spazio per organizzare momenti formativi soprattutto per i docenti, ma anche per i professionisti.
- Difficoltà riconoscimento delle attività per i professionisti non sanitaria.
- Vincoli imposti dagli Ordini Professionali, per es. imposizione della presenza di un tutor afferente all'ordine per riconoscimento dell'attività (bisogna costruire indicatore di educazione interprofessionale come sviluppo delle competenze personale anche professionale per cambiare la realtà).
- Coinvolgimento comunità non è un processo immediato, inoltre spesso è un campo che viene occupato dalla “comunità organizzata” e si rischia di non considerare coloro che non sono inseriti in queste reti.



(Massimo Capponi, 2005 - tecnologie dell'educazione)

Progettazione (“cosa facciamo a partire da domani mattina?”)

Parma

Declinare due paradigmi come l'Integrazione Professionale e l'utilizzo delle esperienze professionali come strumento di formazione non è un compito semplice. Diventa necessario considerare numerosi aspetti, sia strutturali sia culturali e l'utilizzo di diversi strumenti e percorsi. Prima di tutto, avendo cura di non mantenere un approccio troppo sbilanciato sul fronte universitario, dobbiamo comunque tenere conto dei diversi settori scientifico disciplinari e della divisione dei crediti. Tutte queste frammentazioni possono bloccarci se non adeguatamente enucleate. In questa fase sembra strategico concentrarsi su sperimentazioni circoscritte. Allo scopo di strutturare moduli interdisciplinari in tempi relativamente rapidi, si potrebbero utilizzare gli spazi dei tirocini e/o dei laboratori, anche in considerazione del fatto che alcuni di loro sono già multidisciplinari (assistenti sociali, educatori ecc.). Tuttavia è indispensabile raggiungere sin da subito una conoscenza dettagliata dei settori scientifico disciplinari a cui afferiscono i Corsi di Laurea coinvolti nel progetto (ambito sanitario, socio-pedagogico e

assistenziale), studiare le declaratorie e valutare cosa sia possibile fare anche in termine di identificazione di CFU che potrebbero essere dedicati ad attività trasversali ed integrate tra i diversi corsi. Operazione molto delicata della quale devono essere valutati bene i rischi ed i benefici. A seguito di tale valutazione, che deve essere fatta dal pro-rettorato, è possibile aprire una discussione interna all'Università, tra i vari Corsi di Laurea ed infine si potrebbe anche valutare un coinvolgimento della comunità per la definizione dei contenuti di questi moduli interdisciplinari, nonché i sistemi di valorizzazione sia per gli studenti sia per i professionisti.

Si decide di istituire un tavolo tecnico interno al pro-rettorato alla didattica per la valutazione dei CdL interessati (medicina, scienze dell'educazione, assistenza sociale, psicologia, infermieristica) per valutare cosa sia possibile fare strutturalmente. In seguito istituire un tavolo interno/cabina di regia intercorso per governare il processo. Infine aprire a studenti e comunità per la co-definizione dei contenuti.

Il percorso curricolare prevede delle griglie rigide, non è semplice inserire nuove proposte. Sembra strategico far emergere le esperienze universitarie già esistenti e che vanno nella direzione della trasformazione attraverso una mappatura, una call, una griglia. La stessa cosa deve essere fatta per i servizi. Dovremmo costruire dei percorsi di co-formazione, in cui sia possibile sfruttare l'esperienza e gli spazi dei servizi, le competenze dell'università e la disponibilità degli studenti, in un percorso in cui vengono offerti elementi di formazione e crescita per tutti i soggetti coinvolti. Tuttavia in questa fase è necessario partire da piccole sperimentazioni. Inoltre per capire quali possano essere gli spazi e gli strumenti da mettere a disposizione per creare quest'offerta inter-corsi è necessario prima avere in mente un oggetto preciso e dei contenuti. Pertanto necessario come prima cosa creare una cabina di regia, un gruppo di coordinamento per la costruzione culturale del progetto, di gestione, coordinamento, valutazione e monitoraggio. Infatti prima di tutto è necessario costruire una agibilità istituzionale, creando uno spazio di dialogo con le istituzioni in cui poter dibattere e decidere quali energie e quali risorse sono necessarie per realizzare questa sperimentazione, e cosa debba essere fatto per permettere ai soggetti presenti di partecipare al progetto.

Si decide di chiedere un incontro ai vertici per ottenere autorizzazione ad istituire la cabina di regia inter-corsi con le figure presenti oggi (infermieristica, medicina, psicologia, scienze della formazione, sociologia, servizio sociale, antropologia). Formalizzando questo gruppo, possiamo iniziare a creare/progettare questa sperimentazione, in modo da farla partire per l'anno accademico 2017/18. Contemporaneamente possiamo chiedere la stipula di partnerships tra università, ASL, ASP, associazioni del terzo settore, la parte sociale, le scuole ecc. Successivamente identificheremo gli ambiti operativi su cui proporre la sperimentazione e le linee di finanziamento (verosimilmente fondi europei - ERASMUS+). È strategico rendere operativa la cabina entro gennaio, quindi decidiamo di incontrarci prima di natale per stilare una bozza di progetto da inviare agli interlocutori. Incontro fissato per lunedì 12 gennaio ore 14:00, in via San Giacomo 12, Istituto di Igiene

Prossimo passo insieme

Si è concordato di presentare lo stato di avanzamento dei progetti in occasione dei prossimi Laboratorio Italo-Brasiliano.

Linea dell'orizzonte: progettazione

Ricardo Burg Ceccim

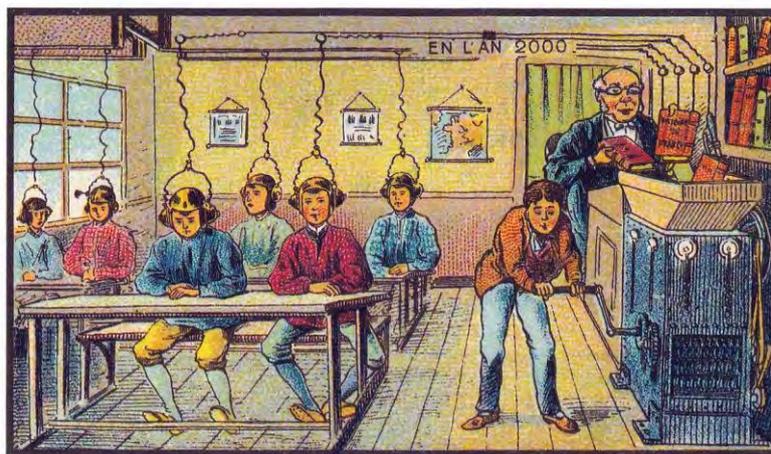
1. Partnership: progetti regionali, nazionali ed europei in partnership con servizi, università, centri di cittadinanza e amministratore di politiche pubbliche.
2. Formazione formatori: organizzazione di eventi di formazione di carattere regionale, nazionale ed internazionale rivolti a formatori per l'aggiornamento su metodi e contenuti formativi innovativi; nonché a decisori politici e manager delle organizzazioni pubbliche. Competenza nell'applicazione di metodi didattici innovative.
3. Formazione lavoratori dei servizi e manager delle politiche pubbliche: apprendimento permanente per i lavoratori e per il lavoro (agenzie, aziende, servizi), in aula e on-line (piattaforma per la formazione a distanza per lo sviluppo delle competenze non routinarie).
4. Formazione in servizio: promozione e gestione di corsi di formazione in servizio rivolti a docenti, formatori, lavoratori ed amministratori, nonché visite studio a livello europeo e brasiliano.
5. Audacia e coraggio nella gestione accademica: riconoscimento e certificazione delle competenze acquisite in contesti d'apprendimento basato sul lavoro, nuove competenze e media didattici innovativi, metodologie autobiografiche, narrative e tramite orientamento tra pari, nonché l'acquisizione delle competenze trasversali (interprofessionali).
6. Pratica di ricerca-azione e ricerca partecipata: ricerca a livello regionale, nazionale ed europeo sulle nuove competenze per una migliore integrazione università, comunità, lavoro e coordinamento delle politiche pubbliche.
7. Protagonismo studentesco: coinvolgimento degli studenti nell'apprendimento e nelle esperienze come quelle del mondo reale, simili a quelle che affrontano esperti o professionisti. Gli studenti nel lavorare attivamente raggiungono una comprensione

più profonda (si pongono domande, ipotesi e spiegazioni, sviluppano proprie idee e soluzioni). L'apprendimento è facilitato una volta che l'applicazione di idee succedono in un contesto significativo.

8. Valutazione e monitoraggio di progetti complessi: strutturare mezzi sistematici di valutazione di processi, acquisizioni, modifiche e apprendimento innovativo nella

gestione accademica e nella gestione delle politiche pubbliche.

9. Punto de arrivo: forgiare un concetto e una pratica italiana, singolare e innovativa dalla regione Emilia-Romagna, Università di Bologna e Università di Parma (formazione in movimento e apprendimento basato sul territorio).



At School

Jean-Marc Côté

<http://publicdomainreview.org/collections/france-in-the-year-2000-1899-1910/>



Maria D'Ambrósio

<https://vimeo.com/67490787>



Il mandala di Kalachakra, simboleggia l'intero universo in termini di pianeti e cicli temporali, nonché gli aspetti del nostro corpo e della mente, e anche la pratica. Divinità e altre immagini all'interno del mandala rappresentano per esempio gli organi di senso, gli elementi e gli aspetti mentali. *Un quadro dentro cerchio.*

<http://www.sangye.it/altro/?cat=32>

dell'appendice

WORKSHOP: Bologna, 5 dicembre 2016 - presentazione orale da Ricardo Burg Ceccim

Formazione "Situata" e il "Service Learning": alleanza tra sistema dei servizi regionali ed università per apprendere il lavoro in equipe

Regione Emilia-Romagna

Formazione Situata Service Learning

❖ alleanza tra sistema dei servizi regionali ed università per apprendere il **lavoro in equipe**

Organizzazione Mondiale della Sanità: action on **interprofessional education** and **collaborative practice**

<p>Regione</p> <p>rappresenta per i neolaureati un importante datore di lavoro che conosce – anche in momenti storici di cambiamento dei sistemi di lavoro – il profilo di competenze e le abilità richieste nelle reti lavorative, nei sistemi amministrativi/gestionali e di pratica sanitaria e sociale.</p>	<p>Principi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apprendimento «significativo»: l'apprendimento che emerge nei contesti quotidiani della pratica e dal contatto con problemi reali da cui nascono domande "vive" che permettono processi di apprendimento orientati dagli interventi e non solo dalla teoria (F.S.)
<p>Università</p> <p>struttura che provvede istituzionalmente la formazione, coinvolga la formazione iniziale di base e quella continua, l'interazione tra professori e studenti nei diversi corsi di laurea e della post laurea, sotto più diverse aree di azione; coinvolge insegnamento, ricerca e innovazione didattica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • apprendimento «con impegno sociale»: l'apprendimento che scaturisce dall'agire sociale e dalla pratica solidale con le necessità sociali in modo tale che lo studio sul "campo" diventi anche un intervento (S.L.)

<p>Università</p> <p>è chi rappresenta la formazione di base, per questo bisogna creare un dialogo serrato con il sistema dei servizi per orientare la propria proposta formativa e congiuntamente innovare i propri sistemi didattici e approcci pedagogici.</p>	<p>Università</p> <p>Regione</p> <p>alleanza tra sistema dei servizi regionali ed università per apprendere il lavoro in equipe: educazione interprofessionale e pratiche collaborative</p> <p>tornare questa relazione una relazione più organica</p> <p>ha necessità di Formazione di Base e Formazione Continua - cercare attivo interessamento tra sistema dei servizi ed università, coinvolgendo insegnamento, ricerca ed impegni sociali con gli utenti e la società</p>
<p>Regione</p> <p>si vede costretta in diverse occasioni ad organizzare un insieme di corsi per "riorientare" i lavoratori che entrano nel sistema dei servizi senza un profilo professionale adeguato, soprattutto, senza la conoscenza delle competenze basilari necessarie per un lavoro di squadra, come la pratica multiprofessionale, l'azione interdisciplinare e la dimestichezza con la prassi collettiva</p>	<p>Interazione Università – Sistema dei Servizi</p>

Interazione Università – Sistema dei Servizi

L'esperienza internazionale può fornire esempi che dimostrano la fattibilità della proposta in molteplici scenari culturali, politici ed economici come l' Europa e l'America latina

antecedenti Italia – Brasile: UFRGS, Regione Emilia-Romagna, UNIBO, UNIPR

Brasile: interazione università-servizi-comunità

- «estensione» universitaria (dal '70-'80)
- reti IDA e reti UNI (Reti UNIDA)
- politica nazionale di educazione nella salute
- EducaSaúde (UFRGS)
- VER-SUS / UNIVERSSI
- service learning – 12 paesi in Europa
- formazione situata – UNIBO, UNIPR



L'immagine: Mauro Biani – Grotowitz

Interazione Università – Sistema dei Servizi

può garantire e promuovere processi innovativi nell'ambito della formazione, in dialogo con le strutture che erogano istituzionalmente formazione, condividendo i diversi ambiti di revisione e di aggiornamento dei curricula e nella attivazione di pratiche e di processi innovativi,

collaborare per la ricerca-azione

collaborare per formazione continua

collaborare per formazione dei gestori e dei lavoratori (professionisti)

migliorare/valorizzare la relazione con gli utenti.

Formazione in Movimento



L'immagine: Lucio Fontana – Tagli

un lato intellettuale: l'approfondimento della coscienza sui veri "problemi della conoscenza";

un lato pratico: costituito di attività concrete di azioni sociali. Un aspetto di trasformazione e innovazione dei servizi e un aspetto di trasformazione e innovazione curricolare e dei metodi didattici.

Resultati Attesi

Una proposta politico-istituzionale che prenda origine dall'esperienza di modelli attualmente esistenti e tenga conto della fattibilità politico-istituzionale

- multiprofessionalità / interdisciplinarietà / equipe;

Discussione e dibattito sui principi e sulla fattibilità operativa di una sperimentazione che possa prevedere un impegno comune delle Università e della Regione;

Futura cooperazione in rete per progetti di formazione per studenti, per ricercatori, per professionisti, per docenti e per amministratori e gestori;

Possibilità di attività, di studio, di ricerca e di formazione, di preparazione di linee guide e di utilizzo di linee di finanziamento interistituzionale.

Stimolare pensieri e sentimenti innovativi mediante:

- l'impegno in processi sociali e collettivi
- progetti di "formazione in movimento" (studenti, ricercatori, professionisti, docenti, amministratori e gestori).

Elementi fondamentali di innovazione sono:



L'immagine: Ugo Clark – Giambattista

- ❖ il coinvolgimento degli studenti, affinché anche loro si riconoscano protagonisti nella definizione dei progetti di insegnamento, di intervento sociale e di coscienza/consapevolezza intellettuale;
- ❖ il coinvolgimento dei "territori" come i luoghi delle pratiche, non solo come ambienti in cui si svolge il tirocinio, ma come ambienti che prevedono la presenza attiva di lavoratori e di utenti (lavoratori, utenti, vita, lavoro);
- ❖ il coinvolgimento dei movimenti sociale per diritti (diversità, vulnerabilità, contro lo stigma i pregiudizi).

Formazione in Movimento



L'immagine: Lucio Fontana – Borse

innovazione curricolare

processi innovativi di insegnamento, d'interazione con il mondo delle pratiche e d'interazione con il mondo sociale

Non si tratta di portare l'Università verso la società tramite attività extracurricolari oppure le reti della società verso l'Università in una programmazione di eventi; non si tratta di curriculum da una parte e scenari di pratiche (posti di tirocinio) d'altra, ma di integrare università e società tramite le reti di gestioni e di servizi, facendo l'integrazione tra *Insegnamento, servizio, gestione e popolazione.*

Tesi di Riferimento :

- ❖ *Ecologia dei Saperi,*
- ❖ *Saperi Collettivi,*
- ❖ *Sapere Dell'esperienza,*
- ❖ *Protagonismo Studentesco,*
- ❖ *Il Quadrilatero e il Mandala* (di ECCOM, RB)



L'immagine: Funktonel Comunicazione (Gorizia/It)



L'immagine: Il mandala di Kalachakra, simboleggia l'intero universo in termini di pianeti e soli temporali, nonché gli aspetti del nostro corpo e della mente, e anche la pratica. Divinità e altre immagini all'interno del mandala rappresentano per esempio gli organi di senso, gli elementi e gli aspetti mentali. Un quadro dentro cerchio.

Ricardo Burg Ceccim – 05/12/2016
Collaborazione: Augusta Nicoli

Album fotografico





Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva / Laboratório Italo-brasiliano de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva



Annali / Anais



VII WORKSHOP INTERNAZIONALE

“Il Laboratorio Italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione: reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare”

“O Laboratório Ítalo-brasiliano como prática de diálogo e cooperação: redes internacionais para a qualificação dos sistemas e serviços de saúde e de bem-estar”

Bolonha, 19 a 23 Febbraio 2018

O programa / Il programma

in collaborazione con
Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interatlas)

7° Workshop internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano
come pratica di dialogo e cooperazione
Reti internazionali per la qualificazione
dei sistemi e dei servizi sanitari
e di welfare

19-23 febbraio 2018

em colaboração com
Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interatlas)

VII Workshop internacional
O Laboratório italo-brasileiro
como prática de diálogo e cooperação
Redes internacionais para a qualificação
dos sistemas e dos serviços
de saúde e de welfare

19-23 de fevereiro de 2018

PRESENTAZIONE

Il Laboratorio italo-brasiliano - impegnato in attività di ricerca, formazione e cooperazione tra servizi e Università - dal 2014 organizza eventi internazionali di incontro tra i due Paesi. Gli obiettivi della collaborazione sono facilitare la produzione di conoscenze a partire dalle esperienze realizzate, monitorare e valutare i progetti in andamento, programmare le attività di cooperazione tecnica e scientifica locali e internazionali.

Il 7° Workshop Internazionale del Laboratorio intende aprire uno spazio di confronto rispetto al ruolo delle reti internazionali di cooperazione quale strumento per l'innovazione e la qualificazione di sistemi e servizi sanitari e di welfare. Sono inoltre previsti incontri tecnici relativi alle progettualità in corso tra i due paesi; e visite ai servizi territoriali e di welfare della Regione Emilia-Romagna.

APRESENTAÇÃO

O Laboratório italo-brasileiro - engajado em atividades de pesquisa, formação e cooperação entre serviços e universidade - desde o ano de 2014 organiza eventos internacionais de encontro entre os dois Países. Os encontros têm o propósito de facilitar a produção de conhecimento a partir das experiências realizadas, monitorar e avaliar os projetos em andamento; programar as atividades de cooperação técnica e científica locais e internacionais.

O Sétimo Workshop Internacional do Laboratório tem o objetivo de abrir um espaço de diálogo em relação ao papel das redes internacionais de cooperação como instrumento para a inovação e a qualificação dos sistemas e dos serviços de saúde e de welfare. Serão também realizados encontros técnicos dos projetos em andamento entre os dois países e visitas aos serviços territoriais e de welfare da Região Emilia-Romagna

PROGRAMMA

lunedì 19 febbraio 2018 - Bologna

Seminario. Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione. Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

- 14.00 Apertura del Laboratorio - Saluti delle Autorità
SERGIO VENTURI - FEDERICO TOTH - MARIA CRISTINA OSSIPRANDI - FABIANO TAQUES HORTA - JULIO SCHWEICKARDT
ADRIANA MELO TEIXEIRA
- 14.30 Introduce e modera MARIA LUISA MORO
Il ruolo delle Reti internazionali per la sostenibilità e qualificazione dei sistemi sanitari pubblici
FRANCESCO ZAMBON - FERNANDO ANTONIO LELES
- 15.15 Introducono e moderano - JULIO SCHWEICKARDT e ARDIGÒ MARTINO
La riforma sanitaria italiana in Brasile - ALCINDO ANTONIO FERLA
Il senso della cooperazione oggi, di fronte alle sfide dei sistemi di welfare e sanitari - KYRIAKOULA PETROPULACOS
- 16.00 Introduce e modera ALESSANDRA SCAGLIARINI
La cooperazione internazionale e i contesti locali - FRANCESCO RAPHAEL FRIERI
Cooperazione scientifica IT/BR, bilaterale e multilaterale - ROBERTO BRUNO
- 16.45 Chiusura dei lavori

AULA MAGNA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

PROGRAMA

segunda-feira 19 de fevereiro de 2018 - Bologna

Seminário. O Laboratório italo-brasileiro como prática de diálogo e cooperação. Redes internacionais para a qualificação dos sistemas e dos serviços de saúde e de welfare

- 14.00 Abertura do Laboratório - Saudações das autoridades
SERGIO VENTURI - ALESSANDRA SCAGLIARINI - MARIA CRISTINA OSSIPRANDI - FABIANO TAQUES HORTA - JULIO SCHWEICKARDT
JOÃO SALAME NETO [TBC]
- 14.30 Introdução e moderação - MARIA LUISA MORO
O papel das Redes Internacionais para a sustentabilidade e qualificação dos sistemas de saúde públicos
FRANCESCO ZAMBON - FERNANDO ANTONIO LELES
- 15.15 Introdução e moderação - JULIO SCHWEICKARDT e ARDIGÒ MARTINO
A reforma sanitária italiana no Brasil - ALCINDO ANTONIO FERLA
O sentido da cooperação hoje - o enfrentamento dos desafios nos sistemas de saúde e welfare - KYRIAKOULA PETROPULACOS
- 16.00 Introdução e moderação - ALESSANDRA SCAGLIARINI
A cooperação internacional e os contextos locais - FRANCESCO RAPHAEL FRIERI
Cooperação científica IT/BR - Multi e bilateral - ROBERTO BRUNO
- 16.45 Encerramento das atividades

AULA MAGNA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

martedì 20 febbraio 2018 - Bologna e Forlimpopoli (FC)

Visite a realtà locali

9.30-12.30 Visita a un Emporio solidale della Regione Emilia-Romagna, Bologna

VIA ABBA 28, BOLOGNA

9.30-12.30 Visita all'Ospedale di comunità di Forlimpopoli (FC)

VIA DUCA D'ASTA 33, FORLIMPOPOLI (FC)

Seminario

Politiche integrate e il contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale: esperienze a confronto

14.30 Apertura dei lavori - ELISABETTA GUALMINI

Introduce e modera MARIA AUGUSTA NICOLI

Politiche integrate nell'ambito del welfare per il contrasto alla povertà - MONICA RACCHI

L'esperienza del programma "Bolsa Família" - PATRICIA CONSTANTE JAIME (VIDEO)

L'esperienza del programma "Bolsa Mumbuca" - FABIANO TAQUES HORTA

Inserimento lavorativo e inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari - MAURA FORNI

Servizi di prossimità: approccio a forte integralità nell'esperienza brasiliana per l'assistenza a persone senza fissa dimora
TÚLIO FRANCO

Il Programma "Salute nella scuola": dispositivi di integrazione per il contrasto alla vulnerabilità nei territori

GILSON LUIZ DE ANDRADE

17.00 Chiusura dei lavori

AULA MAGNA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

terça-feira 20 de fevereiro de 2018 - Bologna

Visitas territoriais

9.30-12.30 Visita a um Empório Solidário da Região da Emilia-Romana

VIA ABBA 28, BOLOGNA

9.30-12.30 Visita ao Hospital de Comunidade de Forlimpopoli (FC)

VIA DUCA D'ASTA 33, FORLIMPOPOLI (FC)

Seminário

Políticas integradas, combate à pobreza e à vulnerabilidade social: experiências comparadas

14.30 Abertura das atividades - ELISABETTA GUALMINI

Introdução e moderação - MARIA AUGUSTA NICOLI

Política integrada no âmbito do welfare para o combate à pobreza - MONICA RACCHI

A experiência do Programa "Bolsa Família" - PATRICIA CONSTANTE JAIME (VIDEO)

A experiência do Programa "Bolsa Mumbuca" - FABIANO TAQUES HORTA

Inserção no trabalho e inclusão social de pessoas em condições de fragilidade e vulnerabilidade: integração de serviços públicos de trabalho, sociais e de saúde - MAURA FORNI

Serviços de proximidade: abordagem integral para assistência às pessoas em situação de rua - TÚLIO FRANCO

O Programa Saúde na Escola: dispositivo de integração para o enfrentamento da vulnerabilidade no território

GILSON LUIZ DE ANDRADE

17.00 Encerramento das atividades

AULA MAGNA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 30, BOLOGNA

mercoledì 21 febbraio 2018 - Bologna

Workshop. La Fiera degli strumenti. Metodologie per la qualificazione dei servizi e delle organizzazioni sanitarie e sociali*

La Fiera degli strumenti è un laboratorio interattivo nel quale si potranno sperimentare e mettere in pratica tecniche e metodi per la qualificazione dei Servizi. Suddivisi in stanze tematiche, denominate Palestre, vengono proposti diversi esercizi utili per allenarsi ad affrontare processi di lavoro sempre più complessi, incerti e in costante mutamento. Si tratta quindi di "strumenti" (esercizi) che gli operatori e i professionisti coinvolti nel lavoro di cura e assistenza e nella promozione del benessere di individui e comunità potranno utilizzare per sviluppare capacità di riflessione e di mappatura dei processi, rafforzare dialoghi e interconnessioni tra Servizi e politiche, identificare modalità di soluzioni creative e non facilmente visibili.

9.30 Apertura dei lavori - FRANCESCA NOVACO

10.00 Allenamenti

Palestra "Interrogarsi"

si sperimentano strumenti che aiutano la capacità di identificarsi e comprendere le proprie premesse di azioni

Palestra "Posizionarsi"

si praticano esercizi di mappatura per visualizzare, descrivere e comprendere processi, percorsi e reti

Palestra "Incontrarsi"

si sperimentano tecniche basate sul confronto, dialogo e scambio di visioni

13.00 Intermezzo: dove siamo. L'ex ospedale psichiatrico Roncati - ANGELO FIORITI

14.00 Le osservazioni degli esploratori

15.30 Valutiamoci (le Carte della valutazione)

16.30 Chiusura dei lavori

AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISAIA 90, BOLOGNA

* Evento accreditato ECM per l'Ordine degli assistenti sociali e per tutte le professioni sanitarie.

quarta-feira 21 de fevereiro de 2018 - Bologna

Workshop. Feira de ferramentas. Metodologias para a qualificação dos serviços e das organizações sociais e de saúde*

A Feira de ferramentas será um laboratório interativo onde você poderá experimentar e colocar em prática técnicas e métodos para a qualificação dos serviços. Divididos em salas temáticas, vários exercícios serão propostos para o enfrentamento dos processos de trabalho que estão cada vez mais complexos, incertos e em constante mudança. São, portanto, ferramentas que os profissionais poderão utilizar para o desenvolvimento da capacidade de reflexão, mapeamento de processos, fortalecimento de diálogos, interconexões entre serviços e políticas e identificação de formas de soluções criativas que não são facilmente visíveis.

9.30 Abertura das atividades - FRANCESCA NOVACO

10.00 Exercícios

Palestra "Interrogar-se"

experimentar ferramentas que auxiliam na habilidade de identificar e entender as premissas norteadoras das ações

Palestra "Posiciona-se"

desenvolver exercícios de mapeamento com objetivo de visualizar, descrever e entender processos, caminhos e redes

Palestra "Encontrar-se"

vivenciar técnicas de comparação, diálogo e troca de pontos de vista

13.00 Intervenção: Onde nos encontramos atualmente: O ex-hospital psiquiátrico Roncati - ANGELO FIORITI

14.00 Apresentação das observações desenvolvidas pelos exploradores

15.30 Avaliação do processo ("As cartas de avaliação")

16.30 Encerramento das atividades

AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISAIA 90, BOLOGNA

giovedì 22 febbraio 2018 - Bologna e Forlì

Gli eventi previsti in questa giornata sono dedicati all'approfondimento di specifiche aree tematiche e coinvolgono direttamente i colleghi brasiliani nello scambio con esperienze regionali.

9.00-13.00 Gruppo tecnico di progetto. Cure intermedie e Ospedali di comunità: Italia e Brasile a confronto
Introduce ANTONIO BRAMBILLA
AULA POGGIOLI A
TERZA TORRE - REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

9.00-13.00 Workshop. Vulnerabilità sociale in situazioni di urgenza e emergenza. Focus su violenza sulle donne e organizzazioni in rete
Introduzione FRANCESCA RAGAZZINI, VIOLA DAMEN
AULA POGGIOLI B
TERZA TORRE - REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

Visite a realtà locali

14.30-17.00 Visita al Punto di coordinamento per l'Assistenza primaria, Azienda USL di Bologna
AZIENDA USL DI BOLOGNA
BOLOGNA

14.30-17.00 Visita all'Unità Centro Donna e Pari Opportunità
CENTRO RAVALDINO
VIA TINA GORI 58, FORLÌ

quinta-feira 22 de fevereiro de 2018 - Bologna, Forlì

Os eventos previstos neste dia são dedicados ao aprofundamento das áreas temáticas específicas envolvidas diretamente com os colegas brasileiros na troca de experiência regionais.

9.00-13.00 Grupo técnico do projeto. Cuidados Intermediários e Hospitais de Comunidade: comparação entre Itália e Brasil
Introdução ANTONIO BRAMBILLA
AULA POGGIOLI A
TERZA TORRE - REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

9.00-13.00 Workshop. Vulnerabilidade Social em situações de Urgência e Emergência - enfrentamento à violência contra mulher e a organização de rede
Introdução FRANCESCA RAGAZZINI, VIOLA DAMEN
AULA POGGIOLI B
TERZA TORRE - REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

Visitas territoriais

14.30-17.00 Visita a uma "Central de Coordenação da Atenção Primária", Bolonha
AZIENDA USL DI BOLOGNA
BOLOGNA

14.30-17.00 Visita a Unidade/Centro da Mulher para Igualdade de Gênero
CENTRO RAVALDINO
VIA TINA GORI 58, FORLÌ

venerdì 23 febbraio 2018 - Bologna

Workshop [CON ISCRIZIONE OBBLIGATORIA] * - 9.30-17.00

Workshop 1. Flussogramma e metodologie di analisi dei processi di lavoro
TULLIO BATISTA FRANCO - JULIO SCHWEICKARDT

AULA 216C
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

Workshop 2. Cartografia e strumenti di mappatura del territorio
EMERSON ELIAS MERHY

AULA 315C
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

Workshop 3. Processi di conoscenza nella pratica quotidiana
ALCINDO ANTÔNIO FERLA

AULA 105B
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

* Evento accreditato ECM per l'Ordine degli assistenti sociali e per tutte le professioni sanitarie.
Iscrizione online obbligatoria dal sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
<http://assr.regione.emilia-romagna.it> - sezione Appuntamenti

sexta-feira 23 de fevereiro de 2018 - Bologna

Laboratórios de Formação [COM INSCRIÇÃO] - 9.30-17.00

Workshop 1. Fluxograma e metodologias de análise dos processos de trabalho
TULLIO BATISTA FRANCO - JULIO SCHWEICKARDT

AULA 216C
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

Workshop 2. Cartografia e ferramentas de mapeamento do território
EMERSON ELIAS MERHY

AULA 315C
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

Workshop 3. Processos de conhecimento na prática cotidiana
ALCINDO ANTÔNIO FERLA

AULA 105B
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

ATTIVITÀ SATELLITI

15 febbraio 2018 - ore 14.00

Cosa può un corpo? Saperi e pratiche

L'evento, organizzato e promosso dall'Associazione Leib e patrocinato dall'Università di Bologna, vede la partecipazione di ospiti provenienti da Argentina, Brasile, Inghilterra e Italia, e tratta il tema del corpo e del movimento da un punto di vista della salute pubblica, educativo, socio-culturale e di utilizzo degli spazi urbani.

per informazioni <http://associazioneleib.org/>

ISTITUTO DI IGIENE
VIA SAN GIACOMO 12, BOLOGNA

16-19 febbraio 2018

Le Cure primarie del XXI secolo. Laboratorio sui modelli organizzativi della Comprehensive Primary Health Care (C-PPHC) e sul ruolo della medicina generale

L'evento è promosso da un gruppo di professionisti della salute costituito a fine 2017 per formarsi e confrontarsi sulla Primary Health Care a indirizzo Comprehensive (C-PHC). A una parte teorica sulla C-PHC, si affiancano momenti di riflessione sulle esperienze internazionali e locali di cure primarie, con focus su buone pratiche su cui lavorare per il futuro.

per informazioni <https://2018phc.wordpress.com/home/programma-del-laboratorio/> - 2018phc@gmail.com

16-18 FEBBRAIO
AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISAA 94, BOLOGNA

19 FEBBRAIO
ISTITUTO DI IGIENE
VIA SAN GIACOMO 12, BOLOGNA

23 febbraio 2018 - ore 9.30-16.30

Geografia delle disuguaglianze in salute. Territori di scambio di esperienze e punti di vista

Il workshop è promosso da Azienda USL Bologna, Università di Bologna e Centro di salute internazionale e interculturale (CSI-APS), in collaborazione con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. A partire dalle esperienze di studio e intervento sulle disuguaglianze in salute avviate nel territorio bolognese, il workshop promuove scambio e confronto con altre esperienze nazionali, in un'ottica operativa e volta al cambiamento.

per informazioni csi.aps@inventati.org

PALAZZO BARBAZZI
VIA GARIBOLDI 3, BOLOGNA

26 febbraio 2018 - ore 14.30-18.30

Corso di perfezionamento in Welfare pubblico partecipativo

Seminario. Come intendere la "territorialità" e la "territorializzazione" dei servizi: dispositivi partecipativi brasiliani e italiani a confronto - Prof. EMERSON E. MERRY, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

per informazioni vincenza.pellegrino@unipr.it

UNIVERSITÀ DI PARMA
VIA DELL'UNIVERSITÀ 12, PARMA

EVENTOS SATÉLITES

15 de fevereiro de 2018 - ore 14.00

O que pode um corpo? Saberes e práticas

O evento é organizado e promovido pela Associação Leibe, patrocinado pela UNIBO, com a participação de convidados provenientes da Argentina, Brasil, Inglaterra e Itália. Tratará do tema do corpo e do movimento a partir de uma perspectiva da utilização dos espaços urbanos, saúde pública, educativa e sócio-cultural.

para informação <http://associazioneleib.org/>

ISTITUTO DI IGIENE
VIA SAN GIACOMO 12, BOLOGNA

16-19 de fevereiro de 2018

Os Cuidado Primários do Século XXI. Laboratório sobre modelos organizativos da Comprehensive Primary Health Care (C-PPHC) e sobre papel da Medicina de Família

O evento é promovido por um grupo de profissionais de saúde, constituído em 2017, para a formação e debate sobre Primary Health Care do tipo Comprehensive (C-PHC). Haverá uma parte teórica sobre C-PHC acompanhada de momentos de reflexão sobre as experiências internacionais e locais de atenção primária, com foco em boas práticas e promoção de mudanças

para informação <https://2018phc.wordpress.com/home/programma-del-laboratorio/> - 2018phc@gmail.com

16-18 DE FEVEREIRO
AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISAA 94, BOLOGNA

19 DE FEVEREIRO
ISTITUTO DI IGIENE
VIA SAN GIACOMO 12, BOLOGNA

23 de fevereiro de 2018 - ore 9.30-16.30

Geografia das Desigualdades em Saúde. Territórios de trocas de experiências e perspectivas

O workshop é promovido pelo Serviço Local de Saúde de Bolonha (AUSL) e Centro de Saúde Internacional e Intercultural (CSI-APS), em colaboração com Agência sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. A partir da experiência de estudo e intervenção sobre as desigualdades em saúde, desenvolvidas no território de Bolonha, o workshop será um momento de troca e confronto com outras experiências nacionais, a partir do ponto de vista operativo e de mudanças

para informação csi.aps@inventati.org

PALAZZO BARBAZZI
VIA GARIBOLDI 3, BOLOGNA

26 de fevereiro de 2018 - ore 14.30-18.30

Curso de aperfeiçoamento em Welfare público participativo

Seminário. Como entender a "territorialidade" e a "territorialização" dos serviços - dispositivos de participação. Confronto Brasil e Itália - Prof. EMERSON E. MERRY, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

para informação vincenza.pellegrino@unipr.it

UNIVERSITÀ DI PARMA
VIA DELL'UNIVERSITÀ 12, PARMA

RELATORI

GILSON LUIZ DE ANDRADE	Responsabile Programma di Educazione in Salute, Prefeitura de Maricá, Rio de Janeiro
ANTONIO BRAMBILLA	Responsabile Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna
ROBERTO BRUNO	Scientific Attaché Embassy of Italy in Brazil
VIOLA DAMEN	Servizio Assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
ALCINDO ANTONIO FERLA	Rede Unida / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul
ANGELO FIORITTI	Direttore Dipartimento di Salute mentale, Azienda USL di Bologna
MAURA FORNI	Responsabile Servizio Politiche sociali e socio educative, Regione Emilia-Romagna
TULLIO BATISTA FRANCO	Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil
FRANCESCO RAPHAEL FRIERI	Direttore generale Risorse, Europa, innovazioni e Istituzioni, Regione Emilia-Romagna
ELISABETTA GUALMINI	Vice-Presidente e Assessore alle Politiche di welfare e politiche abitative, Regione Emilia-Romagna
FABIANO TAQUES HORTA	Sindaco di Maricá, Rio de Janeiro
PATRICIA CONSTANTE JAIME	Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo
FERNANDO ANTONIO LELES	Specialista in Sistemi Sanitari, Pan American Health Organization
ARDIGÒ MARTINO	Specialista in Igiene e medicina preventiva, docente di Organizzazione sanitaria e antropologia medica
ADRIANA MELO TEIXEIRA	Direttore Dipartimento di Assistenza ospedaliera e urgenza - DAHU, Ministero della salute, Brasile
EMERSON ELIAS MERRY	Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
MARIA LUISA MORO	Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
MARIA CRISTINA OSSIPRANDI	Università di Parma
MARIA AUGUSTA NICOLI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
FRANCESCA NOVATO	Direttore sanitario, Azienda USL di Bologna
KYRIAKOULA PETROPULACOS	Direttore generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna
MONICA RACITI	Responsabile Servizio Politiche per l'integrazione sociale, il contrasto alla povertà e Terzo settore, Regione Emilia-Romagna
FRANCESCA RAGAZZINI	Servizio Politiche sociali e socio educative, Regione Emilia-Romagna
ALESSANDRA SCAGLIARINI	Pro-rettore per le relazioni internazionali, Alma Mater Studiorum Università degli studi di Bologna
JULIO CESAR SCHWEICKARDT	Coordinatore Rede Unida - Fundação Oswaldo, Brasile
FEDERICO TOTH	Alma Mater Studiorum Università degli studi di Bologna
SERGIO VENTURI	Assessore alle Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna
FRANCESCO ZAMBON	Coordinator, Investment for Health and Development in Healthy Settings, WHO European Office for Investment for Health and Development

COORDINAMENTO E TUTORAGGIO DEGLI EVENTI

ANDREA CANINI	Corso di formazione specifica in Medicina generale, Regione Emilia-Romagna
LISANDREA DA CONCEIÇÃO CAETANO	Grupo Hospitalar Conceição, Rio Grande do Sul
LUIZA MACHADO PICCOLI	Grupo Hospitalar Conceição, Rio Grande do Sul
BRIGIDA LILIA MARTA	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
GIOVANNI RAGAZZI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
MIRIAN RIBEIRO CONCEIÇÃO	Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro
GIULIA RODESCHINI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
LUIGI PALESTINI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
FRANCESCO SINTONI	Università di Bologna
VANESSA VIVOLI	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

PARTECIPANTI BRASILIANI

Amazônia

JULIO CESAR SCHWEICKARDT Redeunida/FIOCRUZ-AM

Distrito Federal - Brasília

ROBERTO BRUNO Embaixada da Itália no Brasil, Distrito Federal de Brasília

FERNANDO LELES OPAS/OMS, Distrito Federal de Brasília

ADRIANA MELO TEIXEIRA Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência - DAHU, Ministério da Saúde

ERIKA RODRIGUES DE ALMEIDA Departamento de Atenção Básica - DAB, Ministério da Saúde

Paraná

LUCIANA CARNEVALE Unicentro

CRISTIANA MAGNI Unicentro

ROBERTO KENJI NAKAMURA CUMAN Universidade Estadual de Maringá

VINICIUS AUGUSTO FILIPAK Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

ADRIANA APARECIDA PINTO Universidade Estadual de Maringá

CLAUDEMIR GIRIM Conselho de Desenvolvimento Econômico de São José dos Pinhais

GOWANI DE SOUZA Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais

ANTONINHO LUNELLI Comissão de Saúde da Câmara Municipal, São José dos Pinhais

Piauí

JOSÉ IVO PEDROSA Universidade Federal do Piauí

Rio de Janeiro

CARLA ALBUQUERQUE Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

PAULO EDUARDO XAVIER MENDONÇA Universidade Federal do Rio de Janeiro

EMERSON ELIAS MERRY Universidade Federal do Rio de Janeiro

MONICA MORANGUEIRA Universidade Federal do Rio de Janeiro

MIRIAN RIBEIRO CONCEIÇÃO Universidade Federal Fluminense

TULLIO BATISTA FRANCO Universidade Federal Fluminense

GILSON LUIZ DE ANDRADE Secretaria Municipal de Saúde de Maricá

FABIANO TAQUES HORTA Prefeitura de Maricá

JUSSARA QUINTES Secretaria Municipal de Saúde de Maricá

SIMONE COSTA SILVA Secretaria Municipal de Saúde de Maricá

CINTIA MENDONÇA fisioterapeuta

Rio Grande do Sul

ALESSANDRA BUENO Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ALONDO ANTÔNIO FERLA Redeunida; Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARCIA FERNANDA MENDES Instituto Federal do Rio Grande do Sul

LISANDREIA DA CONCEIÇÃO CAETANO Grupo Hospitalar Conceição

LUIZA MACHADO PICCOLI Grupo Hospitalar Conceição

Tocantins

MARCOS ESNER MUSART Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins

Angola

MARLI STELA SANTANA MACIEL Universidade Católica de Angola

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Brigida Lilia Marta - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
brigida.marta@regione.emilia-romagna.it

Vanessa Vivoli - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
vanessa.vivoli@regione.emilia-romagna.it

<http://assr.regione.emilia-romagna.it>

ISCRIZIONI

La partecipazione agli eventi è gratuita

Per i Workshop del 23 febbraio è necessario iscriversi online dal sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

<http://assr.regione.emilia-romagna.it> - sezione Appuntamenti

IN TUTTI GLI EVENTI È PREVISTA LA TRADUZIONE

Il Laboratorio Italo-Brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione: reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Nella settimana del 19-23 febbraio 2018 si è tenuto a Bologna il Settimo Workshop Internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva, dal titolo Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione. Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare.

Il Laboratorio italo-brasiliano è un dispositivo di cooperazione inter-istituzionale, attivo dal 2014 in attività di ricerca, formazione e cooperazione tra i due Paesi nel campo dell'assistenza primaria e della salute collettiva.

A livello regionale coinvolge la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna, l'Università di Bologna e l'Università di Parma, il Servizio Coordinamento politiche Europee, Programmazione, cooperazione, valutazione; a livello brasiliano sono coinvolti il Dipartimento di Assistenza Primaria del Ministero della Salute, l'Associazione Rede Unida e numerose Università Federali, Fondazioni e Istituzioni di ambito sanitario di 8 stati del Brasile (Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Federal da Paraíba; Universidade Federal do Amazonas; Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul; Fundação Oswaldo Cruz Manaus; Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo; etc.)

Principale obiettivo del Settimo Workshop Internazionale è stato aprire uno spazio di confronto rispetto al ruolo delle reti internazionali di cooperazione quale strumento per l'innovazione e la qualificazione di sistemi e servizi sanitari e di welfare.

Durante la settimana sono stati realizzati seminari tematici, workshops e incontri tecnici relativi alle progettualità in corso; visite ai servizi territoriali e di welfare della Regione Emilia-Romagna; laboratori interattivi di formazione.

Ai lavori della settimana, coordinati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna, hanno preso parte più di 30 partecipanti brasiliani, tra cui rappresentanti del Ministero della Salute (Direzione del Dipartimento di Assistenza Ospedaliera e Urgenza e Dipartimento di Assistenza Primaria); della Delegazione a Brasilia dell'Unione Europea, della OPAS - Organizzazione Panamericana della salute, di diverse segreterie di salute, direzioni sanitarie e università brasiliane.

In linea con indirizzi e framework internazionali (raccomandazioni WHO e Health2020; UN Sustainable Development Goals Agenda2030;) e con l'approccio del settore di Cooperazione Internazionale RER, dal 2014 il Laboratorio Italo-Brasiliano ha sviluppato una metodologia volta all'attivazione di percorsi di confronto e sperimentazione, innovativi sia nell'organizzazione dei servizi, sia nello sviluppo di know how e strumenti gestionali per affrontare le principali criticità dei sistemi pubblici di servizi alla persona.

In questa prospettiva sono state realizzate visite di approfondimento e workshop di formazione e capacity building nei due contesti e avviate collaborazioni in ambito di programmazione locale partecipata; strumenti di gestione per il lavoro di rete; formazione situata; formazione a distanza (FAD).

Dal 2017 si è avviato un approfondimento in tema di cure intermedie / ospedali di comunità, volto alla possibilità di riadattare e applicare il modello

regionale nel contesto dei servizi di assistenza primaria brasiliani. Questa attività, promossa dall'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, verrà sostenuta da un'azione strategica di collaborazione inter-assessorile tra il settore di Cura alla Persona, Salute e Welfare e il settore Cooperazione Internazionale e contribuirà all'implementazione/trasferimento dell'esperienza regionale sulle cure intermedie nel contesto

brasiliiano.

In RER, tale intervento rappresenta una prima concreta attività all'interno di un modello di collaborazione permanente e integrazione operativa tra le due direzioni, con l'obiettivo di intercettare e valorizzare soluzioni innovative e buone pratiche sanitarie a livello internazionale e qualificare l'offerta regionale in ambito assistenziale e formativo.

La “fiera degli strumenti”: metodologie per la qualificazione dei servizi e delle organizzazioni sanitarie e sociali

Maria Augusta Nicoli,
Vanessa Vivoli.

La qualificazione dei servizi e delle organizzazioni sanitarie richiede lo sviluppo di strategie di innovazione che garantiscano l'assistenza sociale e sanitaria in modo integrato, trasversale ed efficace. Il Piano Sanitario e Sociale 2017-2019 pone come prerequisito per lo sviluppo di politiche di qualificazione la formazione dei professionisti e lo sviluppo di nuove tecnologie a supporto dei servizi. Queste esigenze sono giustificate in tre nodi cruciali che sfidano il sistema dei servizi:

- la complessità dei fenomeni in costante mutamento inducono il sistema dei servizi a rivedere le proprie prassi organizzative e di intervento;
- i cambiamenti epidemiologici e sociali indicano multifattorialità del disagio sociale (ad es. “impoverimento dei ceti medi”, “solitudine degli anziani”) sempre più intrecciato alla co-morbilità dei quadri patologici emergenti, necessitano di un approccio a forte integralità, sia negli aspetti e temi da affrontare sia nelle soluzioni e strumenti da utilizzare. Integralità che ha come baricentro il territorio, inteso come luogo della risolutività dei problemi e delle risorse professionali e comunitarie da mettere a valore;
- le pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete, di equipe inter-professionali/inter-servizio e improntate al lavoro di comunità/medicina di iniziativa, necessitano di competenze trasversali e di dispositivi organizzativi in grado di garantire tempo/lavoro dedicato anche alla “cura” delle reti e ai processi di networking. Ma anche approcci che incentivano a mantenere sempre vivo lo sguardo sulle differenze sia verso l'esterno (utenti) sia verso l'interno (operatori).

I “territori” diventano protagonisti, rappresentando il contesto che consente di individuare le necessità di

salute e i bisogni sociali e nel contempo dove prendono forma le pratiche. Innovare quindi l'organizzazione e le pratiche significa attivare setting riflessivi, dove è messo al centro dell'apprendimento l'analisi del processo di lavoro, le routine che bloccano ogni evoluzione, dove possono essere affrontati gli errori, si rinegoziano e rigenerano nuovi sguardi e nuove prassi. Da qui il concetto di “formazione situata”, una formazione che si affianca al lavoro nell'ambiente delle pratiche quotidiane e che prevede anche il contatto diretto con la vita locale, con i suoi abitanti, con movimenti sociali rappresentativi, e con gli interessi e le necessità della vita. Si tratta di una sfida importante, quella di progettare e mettere in moto attività che consentano l'acquisizione di conoscenze e di competenze mediante la soluzione di problemi reali, vissuti nel territorio da gruppi sociali, comunità, gruppi di emarginati o persone socialmente svantaggiate, popolazione che soffre per i pregiudizi, per la discriminazione o per lo stigma oppure gruppi attivi nell'ambito dell'affermazione delle proprie “singolarità”, della democrazia e dell'inclusione sociale.

Ogni contesto di apprendimento che viene allestito richiede strategie innovative e creative e trasformazioni delle modalità didattiche anche nei corsi universitari. In particolare ciò che emerge è la necessità di creare alleanze tra università, servizi e comunità in quanto i processi di apprendimento devono essere capaci di intrecciare il locale e il globale, l'azione professionale e la gestione, il servizio e la formazione, con le sfide dei saperi complessi e con le pratiche professionali e le pratiche esperienziali, in un mondo in continua trasformazione.

Descrizione:

La strategia che qui si intende delineare è costituita da

elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multiprofessionale. La complessità delle situazioni, la necessaria ricomposizione dei fenomeni sollecitano sguardi allenati alle connessioni, alla duttilità di creare alleanze professionali e non che vanno oltre i consueti confini organizzativi. Il lavoro di rete diventa così plasmato su ciò che è necessario e utile e si costruisce dagli ingredienti presenti nel contesto che lo rendono possibile e permettono di arricchirlo¹. Obiettivi da perseguire sono pertanto:

- fornire a chi lavora nel mondo dei servizi strumenti/metodologie :

a) di riflessione, analisi e intervento per approfondire e valorizzare il tema delle differenze e affrontare la quotidianità lavorativa a partire dal proprio posizionamento identitario come soggetti portatori di differenze all'interno di reti ampie e complesse;

b) per ridare significato all'agire organizzativo, quindi riconoscere nel proprio ambito lavorativo uno spazio e il tempo dedicato alla riflessività, alla condivisione, come luogo di confronto continuativo tra servizi e figure professionali diverse;

- promuovere percorsi innovativi di apprendimento con le strutture che erogano istituzionalmente formazione, favorendo il mettersi in relazione inter-istituzionale, creando alleanze e un dialogo serrato tra Università e sistema dei servizi per orientare la proposta formativa e congiuntamente innovare sistemi didattici e approcci pedagogici, anche attingendo da esperienze internazionali che si stanno sviluppando in Regione. (ref. Piano Sociale e Sanitario RER 2017-2019)

In questo modo è stata proposta la Fiera degli strumenti per valorizzare e qualificare i servizi e l'organizzazione sanitaria e sociale, nonché un momento di formazione e scambio di esperienze come lo scambio di conoscenze e la possibilità di riflessione e valutazione degli strumenti utilizzati nella rete sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna. L'attività è stata pensata come un modello di laboratorio interattivo dove si potranno sperimentare e mettere in pratica tecniche e metodi per la qualificazione dei Servizi. Suddivisi in stanze tematiche, denominate Palestre, vengono proposti diversi esercizi utili per allenarsi ad affrontare processi di lavoro sempre più complessi, incerti ed in costante mutamento. Si tratta quindi di "attrezzi" (esercizi) che gli operatori e i professionisti potranno utilizzare per sviluppare capacità di riflessione e di mappatura

dei processi, rafforzare dialoghi e interconnessioni tra servizi e politiche, identificare modalità di soluzioni creative e non facilmente visibili.

Ogni palestra sarà seguita da un gruppo di esploratori che attraverso un Diario di Osservazione si addentereranno nei diversi strumenti cercando di far emergere per ciascuno di essi la loro capacità di stimolare riflessività, generare creatività e rafforzare il lavoro di rete.

La fiera si concluderà con momento in plenaria dove verrà presentato il lavoro degli esploratori e valutata la giornata

Rivolto a: operatori e professionisti coinvolti nel lavoro di cura e assistenza territoriale e nella promozione del benessere di individui e comunità, ai responsabili della formazione e delle risorse umane degli Enti Locali, dell'Aziende sanitarie, del Terzo settore e della cooperazione sociale

Rivolto a: operatori e professionisti coinvolti nel lavoro di cura e assistenza territoriale e nella promozione del benessere di individui e comunità, ai responsabili della formazione e delle risorse umane degli Enti Locali, dell'Aziende sanitarie, del Terzo settore e della cooperazione sociale

Obiettivi e metodologie

È in chiave di responsabilità collettiva che vi invitiamo ad assumere il ruolo di esploratore.

Il vostro sguardo sarà utile per il disegno di una mappatura collettiva degli strumenti ed esercizi presentati, dei loro elementi significativi e delle loro potenzialità di rientrare nelle prassi di lavoro dei Servizi come dispositivi che influenzano e determinano la qualità e l'organizzazione dei servizi.

A tale scopo e sperando di facilitarvi l'esplorazione, qualche indicazione:

1. Il gruppo di esploratori sarà misto Italia- Brasile e composto da 10 componenti
2. Il gruppo di esploratori rimarrà concentrato su un allenamento specifico e per questo fisso in una palestra (si veda "Mappa Palestre")
3. L'esplorazione dovrebbe evidenziare le capacità degli strumenti di
 - a. Costruire, articolare e/o supportare il lavoro di Reti di Cura/Assistenza
 - b. Produrre nuove pratiche elaborative di

problemi/bisogni sociali in grado di scardinare la suddivisione tra le parti del servizio e stimolare azioni di integralità di presa in carico

- c. Ampliare i processi di interrogazione e riflessione sulle prassi quotidiane di lavoro
4. Per aiutare l'esplorazione abbiamo predisposto un "diario di bordo", allegato a queste istruzioni.
5. Per comprendere meglio le potenzialità degli strumenti/esercizi consigliamo agli esploratori di partecipare attivamente alle "sperimentazione" proposte
6. A conclusioni degli allenamenti, gli esploratori dovranno riunirsi e individuare una modalità per riportare nella sessione pomeridiana le loro riflessioni. Ogni gruppo potrà organizzarsi liberamente, il tempo riservato a questa attività è circa dalle 13 alle 14
7. Nella sessione pomeridiana, ogni gruppo di esploratori avrà dedicato un tempo di circa 20 minuti per la restituzione della loro riflessione.

Potranno essere scelti liberamente gli strumenti ed i metodi di restituzione

Facciamo affidamento sulla vostra creatività!!!

Buona esplorazione!

Bibliografia:

¹ Nicoli MA; Lelli C; Ragazzi G; Rodeschini G; et al. **Diario di bordo Conflitti allo specchio**. La rete dei servizi di fronte alla conflittualità familiare. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/rapporti-documenti/diario-bordo-conflitti-specchio>



7° Workshop internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
 Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento

IL SILENTE

Territorio

Unione dei Comuni del Distretto Ceramico



OBIETTIVO

L'obiettivo principale riguarda la sospensione della parola come possibilità di allenamento all'ascolto all'interno del gruppo di lavoro, nell'ottica di valorizzare le differenze e i differenti punti di vista, e come possibilità di perturbare il contesto per arrivare a co-costruire metodologie e strumenti nuovi.
 L'esercizio permette di sperimentarsi in un ruolo differente da quello abitualmente assunto permettendo di individuare possibili piste di miglioramento per arricchire, modificare, affinare gli strumenti di raccolta dati; condivisione delle informazioni in equipe; riflessione e interpretazione delle informazioni raccolte; partecipazione al confronto di gruppo.

CONTESTO DI UTILIZZO



Riunioni di equipe periodiche
 La sperimentazione del dispositivo è in corso all'interno dell'equipe dei consulenti del Centro per le Famiglie Distrettuale (CPF) come metodologia di supporto al lavoro di intervizione.

MATERIALI E SETTING



Con una mail di convocazione chi coordina ricorda l'appuntamento e raccoglie temi, bisogni, necessità di confronto sulle situazioni e sui percorsi da parte di tutti i componenti.
 La prima parte della riunione si focalizza generalmente sui temi organizzativi, la seconda parte è dedicata al confronto e/o aggiornamento rispetto a singoli casi.
 Ogni componente dell'equipe ha quaderno e penna per l'annotazione e la registrazione manuale delle informazioni.

TEMPI



Tempo riunione/incontro

REGOLE E RUOLI



Si propone al gruppo di lavoro di sperimentare il ruolo del silente a rotazione, accogliendo di volta in volta la candidatura spontanea di uno dei componenti dell'equipe, nell'idea che tutti possano ricoprire nel tempo questo ruolo ma senza agire delle forzature.
 L'esercizio del silente permette varie opzioni nel compito dato appunto a chi lo interpreta (focus sui contenuti, sull'organizzazione, sulle domande espresse/inespresse, sui 'ma' e 'però').

Ad esempio il silente domandiere dovrà annotare:

- ▲ le domande che riguardano le informazioni sui componenti della famiglia oggetto del confronto;
- ▲ le domande che i consulenti avrebbero voluto fare/vorrebbero fare alla famiglia;
- ▲ le domande che il silente avrebbe voluto fare al consulente o alla famiglia.

Compito del silente è quello di sospendere la parola e rimanere in ascolto e in osservazione, annotando in modo puntuale tutte le domande individuate come focus del lavoro. Il silente può inoltre decidere di organizzare le domande emerse in categorie e sotto-categorie che dalla sua posizione sente come significative per la restituzione e la ri-significazione delle domande al gruppo.

In una prima fase, viene solitamente descritta e discussa la situazione scelta per il confronto in equipe, mettendo in luce gli aspetti e i passaggi ritenuti più significativi del processo di presa in carico attivato, nonché le difficoltà e i dubbi emersi nel percorso. In questa fase viene dato spazio al confronto e alla discussione tra i componenti dell'equipe, mentre il silente osserva e annota. Nella seconda fase invece si dà spazio alla rielaborazione delle domande da parte del silente, alla loro enunciazione e alle riflessioni ad esse connesse. Terminato il report del silente si avvia il confronto di gruppo, cercando di mettere in evidenza i differenti sguardi: come ognuno dei componenti si è sentito nel proprio ruolo (attivo/periferico) e gli aspetti che lo hanno maggiormente colpito nel processo di confronto e nella restituzione del silente.

PUNTI DI ATTENZIONE



Il dispositivo può permettere di dar voce al gruppo in modo differente e dà al silente la possibilità di aprire uno sguardo e di stare all'interno del gruppo nuovo, valorizzando l'utilità di mettersi in posizione periferica.

La turnazione del silente permette di "cambiare ogni volta il gruppo di lavoro", di vedere in modo differente il gruppo e il proprio ruolo al suo interno. La regola della turnazione propone a tutti i componenti del gruppo la possibilità di sperimentarsi nel ruolo del silente, tuttavia appare importante non imporre tale ruolo per non contraddire le premesse del dispositivo e dare ad ognuno la possibilità di individuarsi rispetto a questa possibilità. Inoltre, partecipare al gruppo con la presenza del silente mette in gioco tutti.

Il tema delle domande, in un contesto di confronto e intervizione, diviene strumento importante di ascolto, ricerca e perturbazione del contesto. La domanda può essere generativa e permettere di attivare affondi, affinare sguardi, alimentare consapevolezza, aprire nuove possibilità.

L'analisi delle domande da parte del silente e, successivamente, di tutto il gruppo di lavoro, ha suggerito un utile livello di "meta-riflessione" al confronto.

L'utilizzo del silente domandiere ha permesso di riflettere e lavorare su tre aspetti principali: i cambi di posizione e di ruolo all'interno del gruppo; la tipologia, la frequenza e le caratteristiche delle domande che emergono nella discussione; le modalità di organizzazione e realizzazione dell'equipe connesse agli strumenti e alle metodologie di lavoro.

La possibilità di introdurre il dispositivo del silente come strumento che caratterizza la prassi di lavoro dell'equipe appare utile per allenare all'ascolto e al cambio di posizione. Nel tempo, la tipologia di silente può essere modificata sulla base dei bisogni e dei focus del gruppo di lavoro.



7° Workshop Internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
 Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento

RI-NARRARE LE STORIE

Territorio

Unione dei Comuni della Bassa Reggiana



OBIETTIVO

Diventare consapevoli di come narriamo e di come possiamo utilizzare la narrazione per essere più presenti all'interno dei processi nei quali ci troviamo e utilizzarla per esplorare, essere illuminati, prefigurare



CONTESTO DI UTILIZZO

- equipe professionali (anche come supervisione)
- lavoro individuale di riflessione



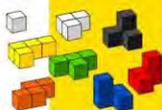
MATERIALI E SETTING

- ♣️ immagini evocative (quadri, fotografie, di famiglia o d'arte)
- ♣️ scheda analisi



TEMPI

1/2 giornata



REGOLE E RUOLI

- ♣️ Fissare e concentrare la propria attenzione su un'immagine e cercare di descrivere cosa quella immagine ci suscita, ovvero quali emozioni ci suscita, ma anche quale storia ci racconta
- ♣️ Lavoro individuale: rispondere alla domanda "quale storia mi evoca questa immagine?" compilando una scheda di analisi (personaggi, trama, incipit, punto di uscita, tempo, genere, emozioni)
- ♣️ Lavoro a coppie: confronto a coppie sulle storie focalizzandosi sul "genere" della storia che affrontano i servizi ("il classico caso sociale", il caso drammatico, il caso col finale a sorpresa, una storia fatta di non detti, una storia con padre – o altri – assenti...) e le emozioni che la storia ha suscitato
- ♣️ Restituzione al gruppo esponendo la propria narrazione oppure riportando il genere e le emozioni discussi in coppia



PUNTI DI ATTENZIONE

- Attenzione ai tempi! E' una tecnica che richiede importanti risorse.
- Oltre all'esercitazione di per sé è molto importante la riflessione successiva sulle premesse e l'attenzione posta in particolare alle modalità di scrittura (es. avverbi utilizzati)



7° Workshop Internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
 Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento **ESERCIZIO DI OSSERVAZIONE ETNOGRAFICA**

Territorio **Azienda USL di Modena – Casa della Salute di Castelfranco**



OBIETTIVO

Conoscere più approfonditamente il lavoro svolto da altri per comprendere le proprie premesse di lavoro e proporre miglioramenti nel proprio Servizio.
 Rafforzare i legami di rete organizzative attraverso anche l'individuazione di nuovi meccanismi di connessione.



CONTESTO DI UTILIZZO

Attraverso uno stage formativo si chiede a diversi professionisti di stare per diversi giorni in un altro Servizio, osservando in un modo consapevole l'organizzazione del lavoro svolto dagli altri, non per valutare ma per comprendere le proprie premesse di lavoro e proporre dei miglioramenti.



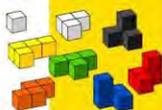
MATERIALI E SETTING

- ♣ Carta e penna per annotazioni
- ♣ Dispositivi di registrazione audio/foto/video



TEMPI

Min. 5 giornate lavorative



REGOLE E RUOLI

- ♣ L'esercizio si basa sullo stimolare un'osservazione reciproca e contemporaneamente riflessiva fra nodi di una rete
- ♣ Il partecipante mette in pratica un'osservazione consapevole cercando di liberarsi da preconcetti e da valutazioni
- ♣ Si annotano tutte le osservazioni su un taccuino in modo da poterle successivamente riorganizzare in una relazione finale
- ♣ Le riflessioni individuali sono socializzate solamente nel momento finale del percorso
- ♣ L'analisi della relazione finale dovrebbe portare anche a proposte di miglioramento



PUNTI DI ATTENZIONE

- Dare seguito e concretezza al miglioramento proposto dai partecipanti
- Coinvolgimento di tutta l'organizzazione per poi agire i miglioramenti proposti



7° Workshop Internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento

TOMBOLA DEI TALENTI

Territorio

Unione Terre di Castelli



OBIETTIVO

- Rompere il ghiaccio, “energizzare”, facilitare la vicinanza e la conoscenza reciproca, creare un clima “positivo”, stimolare la comunicazione e il lavoro di squadra
- Mappare i talenti e le risorse all'interno di gruppi / comunita'

CONTESTO DI UTILIZZO



- ♣ Gruppo di lavoro con operatori/ istituzioni
- ♣ Comunita' con residenti e cittadini
- ♣ Gruppi “misti” con istituzioni, operatori, associazioni, cittadini

MATERIALI E SETTING



- Kit di tessere della tombola, penne e colori
- Ogni tessera contiene una tabella con nove riquadri. In ogni riquadro è riportato un talento/competenza da ricercarsi tra i partecipanti (es. “Trova qualcuno che...conosce l'inglese, sa ascoltare, fa la raccolta differenziata, ama fotografare...)
- Uno spazio dove le persone possono muoversi in ordine sparso.

TEMPI

Min 30 minuti

REGOLE E RUOLI



- ♣ Consegnare ad ogni partecipante una tessera
- ♣ Ogni partecipante dovrà trovare tra i presenti i talenti richiesti dalla tessera, facendosi firmare il riquadro di riferimento in modo leggibile
- ♣ Chi completa per primo la tessera grida “tombola” e il gioco si interrompe
- ♣ Chi conduce dovrà verificare che nella tessera del vincitore vi sia una reale corrispondenza tra talento/persona
- ♣ Ogni riquadro va firmato da una persona diversa (nel caso in cui una persona abbia individuato all'interno di una tessera piu' caselle da firmare, ne dovrà scegliere solo una)
- ♣ Ogni partecipante potrà firmare un solo riquadro della propria tessera

PUNTI DI ATTENZIONE



- ♦ Far emergere a 360° le competenze, anche quelle inaspettate, di ogni partecipante (es in gruppi tra operatori, competenze non solo professionali, in gruppi di cittadini anche competenze professionali)
- ♦ Socializzare all'interno del gruppo i talenti “scoperti”
- ♦ Conservare la mappatura dei talenti per darsi l'opportunita' di attivare le persone nelle loro risorse



7° Workshop internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
 Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento

SCAMBIOTECA

Territorio

Comacchio



OBIETTIVO

- Migliorare la conoscenza reciproca, partendo dai punti di forza e dalle possibilità di scambio di potenzialità professionali
- Rafforzamento dell'identità interdisciplinare
- Rafforzamento dell'identità di gruppo



CONTESTO DI UTILIZZO

Tavoli/equipe di lavoro multiprofessionali

(Es. Incontro di tavolo sul tema Disturbi Specifici dell'Apprendimento e Bisogni Educativi Speciali)



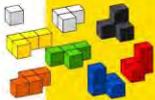
MATERIALI E SETTING

- ▲ Sala riunioni con tavolo
- ▲ Scheda CERCO-OFFRO
- ▲ Lavagna/folgi mobili su cui riportare i risultati



TEMPI

Tempo riunione/incontro



REGOLE E RUOLI

- ♣ Presentazione dell'esercizio, delle modalità e dei suoi obiettivi
- ♣ Compilazione delle schede CERCO/OFFRO (è consigliabile partire da casi reali per identificare le competenze necessarie)
- ♣ Condivisione in plenaria
- ♣ Proposta di modalità di condivisione successiva e di momenti in cui scambiare le competenze e i contenuti identificati



PUNTI DI ATTENZIONE

- ◆ Da valutare lo spazio per l'esercizio rispetto alle esigenze di tempo e le urgenze
- ◆ La condivisione successiva necessita di monitoraggio e manutenzione



7° Workshop Internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
 Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento **LE MAPPE DI CUI ABBIAMO BISOGNO**

Territorio **Servizio Sociale dell'Unione dei Comuni Cesena – Valle Savio**



OBIETTIVO

La mappa serve agli operatori come riflessione su casi (mappa monitor). Richiede uno sforzo di oggettivazione che permette di vedere tutti gli attori in gioco (operatore compreso) e le relazioni che li legano nella dimensione e intensità più verosimile possibile in base alle informazioni possedute. Anche nel rapporto con la famiglia oggetto di presa in carico si rivela utile sia in fase di valutazione che di progettazione (mappa "Io sono qui").



CONTESTO DI UTILIZZO

- presentazione di casi in equipe (ES.famiglie con problematiche socio occupazionali)
- percorso con utenti



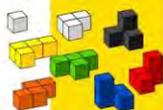
MATERIALI E SETTING

- ♣ fogli di carta, penne e pennarelli, fogli di lucidi da stampa e pennarelli indelebili
- ♣ ufficio/sala



TEMPI

In base alle tempistiche del servizio



REGOLE E RUOLI

- ♣ raccogliere il maggior numero di informazioni possibili
- ♣ condensarle nella mappa
- ♣ disegnare una mappa chiara e schematica che sia fruibile facilmente dai vari professionisti nel caso sia utilizzabile in equipe (è ipotizzabile anche un formato digitale)
- ♣ lasciare libertà nel caso la mappa sia disegnata dall'utente
- ♣ porre domande una volta definita la mappa (es. perché questo attore è qui? perché questo è più grande di quello?)



PUNTI DI ATTENZIONE

- Può essere interessante confrontare la mappa dopo un intervallo di tempo (uso dei fogli lucidi da stampa per sovrapporre le mappe)
- Può essere utile fare un elenco dei nodi prima di disegnare la mappa
- Non sovradimensionare graficamente i soggetti rispetto alle relazioni che li legano, sono i collegamenti che permettono di valutare la situazione



7° Workshop internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento

DIALOGO A DUE

Territorio

Ferrara



OBIETTIVO

Scopo dell'esercizio è stimolare uno scambio dialogico di prospettive per rinforzare e sostenere interazioni e scambi produttivi quando si lavora in gruppo



CONTESTO DI UTILIZZO

L'esercizio può essere proposto come apertura di qualsiasi momento di lavoro di gruppo (riunioni, equipe multiprofessionali, eventi partecipativi, OST, focus group, scambioteca, laboratorio sulle mappe, ecc..) e può coinvolgere qualsiasi persona presente (professionisti e non, operatori del privato sociale e del pubblico impiego, cittadini). Spesso è utilizzato come "rompighiaccio" per favorire l'attivazione delle persone, rendere l'ambiente meno "freddo/rigido", creare un clima più distensivo e di apertura al libero pensiero.



MATERIALI E SETTING

Dipende dal contesto. In linea generale sedie mobili, come luogo, soprattutto per eventi con molte persone, anche una sala ampia che permetta però alle persone di creare un ambiente ottimale per dialogare tranquillamente con l'altro. In un clima più informale e "caldo" vanno bene anche cuscini, divani, o panchine all'aperto in un parco. Inoltre se possibile meglio avere più spazi per permettere alle persone di creare - senza distrazioni o rumori - la loro interazione.



TEMPI

Da 5 a 20 minuti



REGOLE E RUOLI

Prima di un'attività /riunione/laboratorio si attiva un dialogo a due (o a tre se il gruppo è dispari) con queste premesse:

- ♣ non ci sono persone che ne sanno più di altre, tutte si mettono in gioco nel dialogo
- ♣ si attiva un "rispecchiamento" per capire "attraverso" l'altro: se riusciamo a capire l'altro riusciamo anche ad entrare maggiormente in contatto con le nostre posizioni, nel momento in cui si ascolta autenticamente l'altro si riesce a capire quanto quello che sta dicendo risuona in me

L'attivazione del dialogo può partire da diversi spunti, es.:

- ♣ dialogo sulle preoccupazioni (quali sono le tue preoccupazioni rispetto a questo caso/questione/processo?)
- ♣ dialogo conoscitivo (per lavorare con persone che si incontrano la prima volta) focalizzato su: cosa posso/voglio mettere io in questo percorso/progetto? Cosa mi aspetto da te?
- ♣ dialogo esplorativo focalizzato su: quando sei uscito da una situazione di comfort? A cosa ti è stato di aiuto?

Le coppie dialogano per un tempo che può variare a seconda del contesto, 5/10 minuti se l'esercizio è utilizzato come "rompighiaccio", anche 20 minuti se utilizzato per approfondire e condividere determinate tematiche., poi si ritorna nel gruppo o in plenaria.

Si può prevedere una restituzione al gruppo (ad esempio in grandi gruppi per permettere di fare sentire tutti partecipi e visti/ascoltati), oppure si può prevedere nessuna restituzione in gruppo (il dialogo rimane così uno stimolo per ciascuna persona coinvolta, che arricchirà di per se il successivo lavoro di gruppo).



PUNTI DI ATTENZIONE

Questa metodologia è utilizzata quindi per accorciare le distanze tra i partecipanti e il tema in discussione. Soprattutto quando si è in tanti in una riunione, è probabile il rischio che qualcuno monopolizzi la discussione e altri rimangano un passo indietro. Aprire con il dialogo a due riduce questo rischio e tende ad includere tutti. In alcuni contesti è ritenuto utile aggiungere al metodo così come previsto anche una forma di restituzione, con una parola o una frase breve, in modo che il conduttore abbia un rapido ritorno di ciò che si muove nel gruppo. Utile anche per guardare, con l'aiuto dell'altro di fronte a me, punti di vista diversi, sconosciuti, su un oggetto posto come oggetto dell'esercizio.



7° Workshop Internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
 Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento

DARE VOCE

Territorio

Unione delle Terre d'Argine



OBIETTIVO

In un più ampio programma di intervento l'obiettivo è quello di lasciar spazio alla creatività nel role playing cercando di avvicinare il punto di vista di persone con fragilità e vulnerabilità ed arrivare ad avere delle visioni comuni individuando risorse/sinergie realizzabili.



CONTESTO DI UTILIZZO

Tavoli tecnici di programmazione e ristrutturazione di Servizi (es. nuovo Piano di zona triennale)



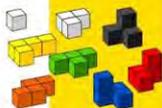
MATERIALI E SETTING

- ▲ Cartellina per ogni partecipante (con carta e penna) con spiegazione sintetica sul ruolo (e la definizione di persona in condizione di fragilità e vulnerabilità)
- ▲ Ambiente ampio con tavolo e sedie



TEMPI

1/2 giornata



REGOLE E RUOLI

- ♣ Introduzione del facilitatore (premessa di riferimento e regole base: silenziare/spegnere il cellulare, fare in modo di concedere a tutti la parola, evitare di creare dei dialoghi a due)
- ♣ Creazione di gruppi di discussione omogenei
- ♣ Individuazione di un volontario col compito di silente, che ricoprisse il ruolo di persona fragile (con materiale apposito che riporti esempi reali di persone che si trovano in situazioni di fragilità, spiegando il senso dell'ascolto attivo, con la richiesta di esporre quanto emerso dal gruppo alla fine dei lavori)
- ♣ Primo compito (30 min): *Discussione sul tema Quali sono gli interventi, le azioni e gli strumenti che potrebbero essere realizzati sul territorio rispetto all'avvicinamento al lavoro delle persone fragili?*
- ♣ Ristrutturazione di gruppi di lavoro misti
- ♣ Secondo compito (30 min): *Sulla base di ciò che è emerso, sviluppate delle sinergie per l'inserimento e/o il reinserimento lavorativo delle persone fragili...*
- ♣ Restituzione dei silenti (15 min ciascuno) e raccolta delle informazioni emerse su cartelloni
- ♣ Restituzione da parte del facilitatore dei concetti esposti in nuove discussioni per capire se quanto emerso risulta effettivamente condiviso dal gruppo e creando verbalmente delle connessioni tra i concetti espressi



PUNTI DI ATTENZIONE

- Iniziali difficoltà di interazione dovute anche dalla complessità insita nell'identificazione in un ruolo non proprio
- Necessità di motivazione da parte del facilitatore



7° Workshop internazionale
Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione
 Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare

Bologna, 19-23 febbraio 2018

Strumento

I.D.E.A.

CEFAL



OBIETTIVO

Si tratta di una proposta didattica ludica che fa leva su aspetti motivazionali e competitivi per affrontare l'apprendimento di lingue, aspetti culturali. L'esercizio mira a insegnare a comunicare in modo adeguato rispetto alla situazione.

Risulta un'attività che facilita l'uscita da fasi di silenzio o blocchi e per fare emergere e condividere saperi che appartengono a esperienze individuali e culturali.



CONTESTO DI UTILIZZO

contesti in cui ci sono persone che non parlano la lingua locale (es. classi scolastiche, percorsi per mediatori culturali, etc.)



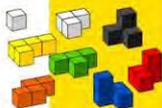
MATERIALI E SETTING

Kit gioco didattico I.D.E.A. (basate su carte lessico, luoghi, lessico specifico, azioni)



TEMPI

Min 2 ore



REGOLE E RUOLI

- ♣ Si può giocare individualmente o a gruppi
- ♣ Si sceglie un ambito (storia personale, salute, lavoro, socialità, scuola, cittadinanza)
- ♣ Il facilitatore conduce il gioco muovendo le pedine e definendo le tempistiche
- ♣ I partecipanti interagiscono in base alla carta pescata esercitando la propria competenza linguistica e culturale



PUNTI DI ATTENZIONE

- Si può procedere anche con produzione scritta nei livelli più avanzati
- Criteri utili alla valutazione delle produzioni sono efficacia, appropriatezza, correttezza, autonomia, creatività
- Il gioco è flessibile nell'applicazione delle regole e adattabile a seconda della competenza linguistica di partenza

Em busca de dispositivos sócio-organizativos para a qualificação dos serviços sanitários e sociais: uma contribuição reflexiva sobre a experiência observada¹

Ricardo Burg Ceccim

Introdução

O presente texto contempla a reflexão apresentada ao final da “Fiera degli strumenti: metodologie per la qualificazione dei servizi e delle organizzazioni sanitarie e sociali”, realizada em fevereiro de 2018, no interior do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, ocorrido no espaço formativo do ex-hospital psiquiátrico “Francesco Roncati”, hoje sede da Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, Bolonha/Itália. A “Feira dos Instrumentos” pretendia colocar em jogo diversos instrumentos de “formação situada”. Os apresentadores portavam uma estratégia dentre aquelas que usavam em seus projetos de formação em serviço e às ofertariam para participantes “exploradores” de suas possibilidades, ou seja, utilizariam da estratégia, não como uma “lição frontal”, mas como “ação experimental”. Por esta conotação de aprendizagem ativa, a Feira também continha a expressão “ginásio”. Em cada ginásio, seriam “exercitadas” aprendizagens ativas, sob três consignas: interrogar-se, posicionar-se e encontrar-se. A ideia era compreender a proposta de formação situada, estando dentro dela. A designação “feira” era a oportunidade de tomar contato com diferentes instrumentos e compreender que a formação em serviço não corresponde a uma aula “centrada do conteúdo”, mas a uma “situação de envolvimento”. Em cada ginásio, três “modalidades de exercício ginástico”. Por fim, a proposta se completava com dois recursos de pensamento: situação de estudo e situação problema.

Para a situação de envolvimento foram organizados 3 “ginásios” sob a consigna de três verbos reflexivos (tal como existem no idioma italiano): interrogar-se,

posicionar-se e encontrar-se. Em cada ginásio, três “modalidades de exercício”: três estratégias de formação situada. As consignas implicavam: discutir as premissas de ação (interrogar-se), discutir os processos de interação (posicionar-se) e a emergência de inovação (encontrar-se). A ginástica era presente no confronto, na discussão e na produção de diferença. “Etnógrafos” foram destacados no conjunto de participantes com a função de observar como os grupos se desenvolviam, quais foram as práticas adotadas, como debateram e como se envolveram. A ideia era “devolver” um conhecimento sobre o exercício. Reunidos os três ginásios, cabia aos “etnógrafos de improviso” a “situação de estudo”: contavam como observaram o “ginásio” e, assim, tematizavam a experiência. Por fim, uma “situação problema” ou problematização, assim designada: “em busca de uma teoria dos dispositivos sócio-organizativos para a qualificação dos serviços sanitários e sociais”, ou seja, ensejar uma compreensão possível da “formação situada” ou da “educação permanente em saúde” (terminologia desenvolvida no Sistema Único de Saúde, do Brasil). A problematização deveria emergir em ato, conforme a circulação pelos ginásios, o envolvimento em algum dos experimentos participativos e a escuta das etnografias. Esse era o meu papel. O texto que se segue provém da transcrição dessa etapa final, cuja encomenda previa “agregar um pouco de teoria”.

A ideia de ginásio (“palestra”)

Um primeiro aspecto interessante, desde o meu ponto de vista, é a metáfora do ginásio. A palavra em italiano é “palestra”, esta palavra em português tem um sentido bastante diverso. Palestra em português é uma preleção, o “treinador” é aquele que fala

¹ Una traduzione in italiano di questo testo si trova sulla pagina 227 della rivista.

(apresenta um conteúdo), enquanto o público é ouvinte, faz anotações e, como máximo, tem direito a algumas perguntas a que o palestrante responde como lhe convém. Palestra em italiano é o local do exercício físico, onde o “treinador” coloca corpos em movimento, enquanto o público atua suas possibilidades corporais e desenvolve habilidades físicas e competências de movimento. Palestra, em italiano, é o local da ginástica, ou seja, corresponde ao ginásio. O ginásio, para os gregos, era o local de atividade física e intelectual destinado aos jovens. Em italiano, se vai à palestra para fazer ginástica. Em português, se vai à palestra para ouvir e ao ginásio para fazer ginástica. No Brasil, ginásio era a escola secundária, também chamada “curso ginásial” (cursada após a escola primária). Fazendo uso do intercâmbio cultural, seria interessante o jogo de palavras com o jogo de sentidos: se vamos à palestra para aprender é porque aprender não é efeito de audiência a uma preleção, mas exercício do aprender junto a um mediador do conhecer, que busca desenvolver as habilidades cognitivas e as competências intelectuais. A boa lição não viria de um orador (palestrante), mas de um treinador de ginástica (ensino ginásial).

A “palestra” pode ser o local do “ensino ginásial”, aprendizado da eloquência ou letramento, local de conversa e discussão, desenvolvimento de exercícios ginásticos e habilidades de pensamento. Exercício mental: exercício de pensamento, mais que treinamento cognitivo. Exercício que coloca em questão a potência do corpo como potência de

pensamento, deixar que os afetos do corpo sejam portadores de pensamento, colocar o corpo pra jogo. Um exercício modifica o corpo, muda a respiração e o pulso, o corpo transpira. E com os aprendizados? O corpo não transpira, a respiração e o pulso não se modificam? Se posso perguntar quais são as potências de meu corpo na ginástica, considero que podemos perguntar quais são as potências de nosso pensamento quando vamos à escola. Na formação situada (ou Educação Permanente em Saúde) são desafiadas nossas potências de pensamento ou apenas transcorre o treinamento cognitivo passivo (ouvir e guardar)? A gente pode chegar numa outra pergunta: quais são as potências do meu pensamento? O quanto meu pensamento pode mudar? O quanto meu pensamento pode ser alargado? O quanto o meu pensamento pode desmanchar os saberes que eu já dispunha para, então, chegar em saberes sobre os quais eu nunca tinha me perguntado?

Capacidade de olhar e “sentir com”

Feito esse preâmbulo, comento o dia de hoje. No exercício proposto, uma coisa primeiro me chamou a atenção: nesta folha que todos receberam (Figura 1) existe uma informação escrita, uma orientação para o trabalho, mas existe ali também uma informação em desenhos. Temos pelos menos três “informes não textuais”: um corpo que se exercita, uma mochila com um cobertor e uma bússola, em seguida, um ponto de localização.

Le Palestre della Fiera

Posizionarsi	Incontrarsi	Interrogarsi
Ore 10.00 <i>Fombola dei talenti</i> presentato da Unione Terre di Castella	Ore 10.00 <i>Dialogo a due</i> presentato da Comune di Ferrara	Ore 10.00 <i>Il silenzio</i> presentato da Unione Gabetto Ceramico
Ore 11.00 <i>Scambiateca</i> presentato da Comune di Comacchio	Ore 11.00 <i>Dar Voce</i> presentato da Unione Terre d'Argine	Ore 11.00 <i>Il mare e le storie</i> presentato da Unione Bassa Reggiana
Ore 12.00 <i>Le mappe di cui ho bisogno</i> presentato da Unione Valle Savio	Ore 12.00 <i>I.D.E.A.</i> presentato da CEFAL	Ore 12.00 <i>Esercizio Etimografia organizzativa</i> presentato da AUSL Modena
Esploratori: Alessandra Bueno Luciane Cabral Luciana Carnavale Liliana Favu Sabrina Franceschini Antoninho Lunell Paulo Mendonça Giacomo Prati Diletta Priami Patrizia Selleri Erika Rodrigues	Esploratori: Luca Benecchi Giovani de Souza Franca Francia Gabriella Gallo Cinthya Kise Fernando Leles Cristiana Magni Lorena Malucelli Antonio Maturò Tatiana Menezes Monica Morangueira Adriana Pinto Marcia Santan	Esploratori: Carla Albuquerque Costanza Ceola Marcia Fernandes Vinicius Fillaak Claudemir Gribim Evrison Krum Davide Mazzoni Adriana Melo Roberto Nakamura Francesca Paron Rosa Eugenia Pesci Vincenza Pellegrino RobsonSilva
In: Auletta	In: Aula A	In: Aula Ex Cappella

Figura 1 – Os 3 ginásios da Feira de Instrumentos

A Figura 1 é portadora de alguns pressupostos: haverá algum esforço físico, atividade. Haverá um percurso, levaremos uma mochila. Levaremos alguns pertences, mas também cobertor e bússola. A gente pode ter que passar a noite, pode ter que buscar sozinho reorientação de caminho, levar a coberta é prudente e a bússola pode nos ajudar. Há um ponto de localização, então existirão lugares de estar e conhecer. A figura também distribuiu pessoas e durações. Foram configurados lugares, mas esse “mapa” não terá controle sobre os acontecimentos, o lugar segue vivo. O desafio feito foi colocar-se em cena. Até que a cena se desenrole não somos um coletivo. Para chegar a um coletivo temos que viver e “inventar” o lugar.

Um instrumento importante da ação nos lugares é o



Figura 2 – Olhar Reto e Olhar Oblíquo

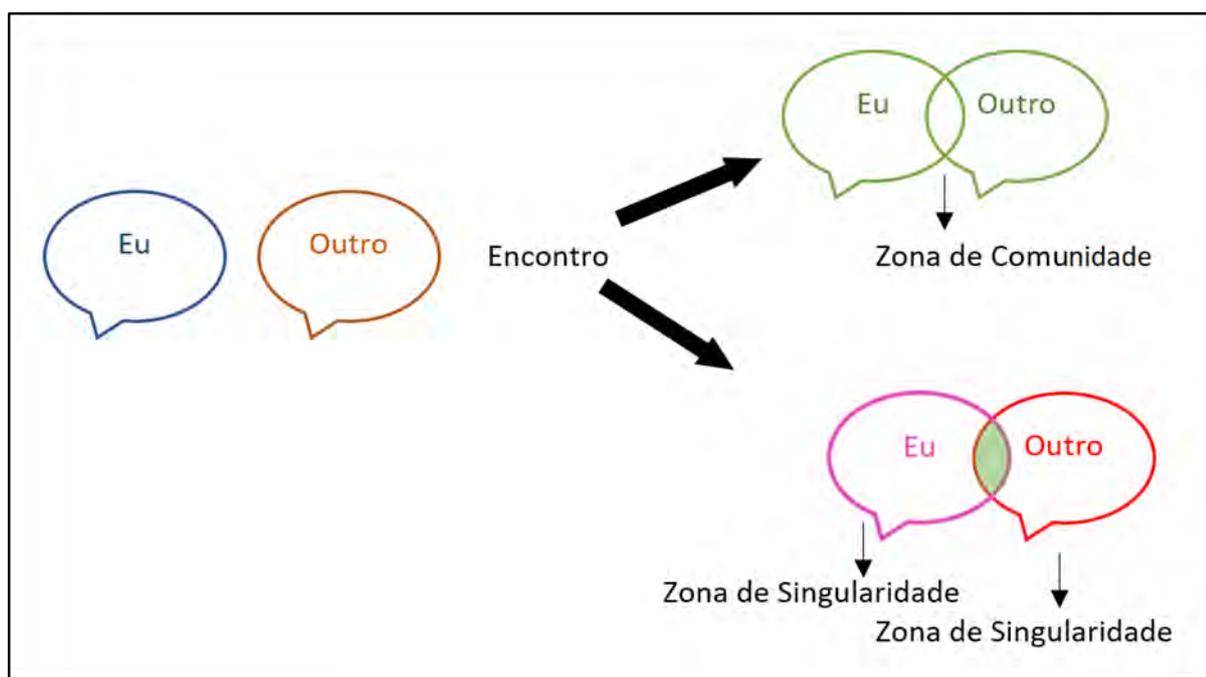
Essa é uma capacidade a desenvolver, a de ser capaz de ver. Alguns animais como a mosca, por exemplo, enxergam assim. O olho da mosca oferece uma visão panorâmica, que lhe permite acompanhar o entorno (à esquerda, à direita, acima e abaixo) e mover-se em várias direções. É muito difícil matar uma mosca porque ela não para de se mover, seu olho detecta até mesmo o menor movimento. Nós nos movemos muito pouco, em geral para frente, e enxergamos muito pouco, só o que está à frente. Podíamos fazer uma pergunta: será que a gente é capaz de se mover com esse nível de atenção? Já que não temos um olho de mosca, precisamos ativar sensibilidades. Nós experimentamos algumas coisas aqui, hoje, que permitem ajudar nosso olho a se modificar.

Agora, pensem que quanto mais eu copio uma técnica para aplicar, menos eu preciso desenvolver meu olho. Quando eu aprendendo uma técnica é para dizer: é viável, é possível, alguém fez, alguém tentou. Nós

olhar. Para onde olhamos? O que somos capazes de ver? Vemos as coisas grandes e as pequenas? Vemos o invisível? As coisas pequenas existem, mas nossa tendência é de não as ver. Às vezes, as vemos, mas não achamos que justificam importância. Em um exercício de percepção, treinamos o olhar focal, ver aquilo que importa. A gente faz, em geral, a imagem de que um olho olha para a frente, em linha reta e direta. Um olhar, entretanto, precisa de amplitude, capacidade de foco e entorno (que se alternam). Um olhar reto e um olhar oblíquo, olhar para a frente, mas também um olhar à espreita. Um olhar para o real, mas também um olhar para o virtual. Um olhar maduro, mas um olhar infantil. Um olhar para o foco, mas também um olhar para o campo de alcance da visão. Um para as evidências, mas também um olhar para o invisível (Figura 2).

trouxemos para cá, então, nos exercícios, algumas coisas importantes, eu acho. Primeiro que os exercícios chegaram aqui porque alguns de nós os utilizamos em cenas de formação em serviço, são provenientes de experiências concretas, constitutivas de lugar, são experimentos. Todos os instrumentos trazidos aqui eles vieram de uma região, ou de um serviço, ou de um grupo que pode dizer por que desenvolveu aquele instrumento, o que pretendia com aquele instrumento e como ele foi usado. Em suma, o mais importante não é o instrumento, mas todas essas questões que um grupo local se fez, desenvolveu e experimentou. Eu queria chamar atenção para isso. O que nós, afinal, fizemos aqui, não foi “repassar instrumentos”, produzimos encontro. Se produz assim, somos diferentes uns dos outros, mas produzimos coisas em comum. Quando produzimos o comum, não acontece que ficamos iguais, ficamos diferentes daquilo que éramos. Quando fazemos um comum o que acontece é que cada um de nós se torna mais diferente do que era

(Figura 3)

**Figura 3 – Processo de educo(trans)formação pelo Encontro**

É isso que eu queria que a gente pudesse entender, quando produzimos algo em comum, não interessa que fiquemos todos iguais e comecemos a fazer a mesma coisa. Interessa é que fiquemos mais diferentes do que nós éramos. Essa área de comum muda todo o tempo, pois se modificamos, fazemos novas comunidades, mudamos e mudam nossos comuns. Isso é a ressingularização permanente. Esse é o movimento necessário para o aprender ou para o fazer em rede. Não estamos lidando com coisas simples, embora a gente busque simplificar tudo ao máximo. Por exemplo, reduzir uma doença a uma única explicação e um tratamento a uma única conduta. Reduzir as aprendizagens a um único modo de aprender ou a didática a um único modo de ensinar. Qualquer doença em um corpo move várias coisas nesse corpo: quem vai ajudar a cuidar? O que vai mudar na rotina de vida e trabalho? Quais atividades deixarão de serem feitas? O que não se poderá comer mais? Todas essas coisas já mudam uma pessoa. Qualquer coisa que mude uma pessoa já vai sinalizando que nós estamos falando de uma coisa complexa. Todo o tema de fragilidade que já foi trazido aqui, não é porque existem pessoas mais e menos frágeis é porque não temos controle sobre nossas existências. Quando citamos pessoas em processos de vida muito diferentes dos nossos é só para mostrar que a produção da vida ultrapassa nossa compreensão atual e vai nos exigir sempre outras práticas, outros processos, outras instruções.

As instruções de hoje

Voltando as instruções (Figura 1), verificamos três verbos: posicionar-se, interrogar-se, encontrar-se. É interessante o verbo reflexivo. O verbo reflexivo faz afirmar que a ação é sobre o que nos acontece. Por exemplo, o encontrar-se é encontrar a si mesmo. A primeira margem sugerida foi “posicionar-se”. Há uma primeira possibilidade, a de que a gente pudesse responder “onde eu estou”, “onde eu trabalho”, “qual é a minha localização”, mas também é evidenciar meu ponto de vista, minha perspectiva, desde onde eu observo. Um pouco da nossa identidade, mas também um pouco de nossa maleabilidade, nossa permeabilidade, nossa disponibilidade. Sabermos quem somos, que coletivo(s) compomos. Quem é cada um de nós que trabalha nesse lugar? Quem é cada um de nós que veio para esse laboratório, que está desenhando esse lugar? Posteriormente, então, o interrogar-se: quem é cada um de nós? Em reunião, em pequenos grupos, em plenária. Apresenta-se a possibilidade de colocar-se em questão, fazer-se em margem de dúvidas: quais são as nossas necessidades, do nosso grupo, dos nossos usuários? O que cada um de nós precisa aprender junto? Quais são as coisas que devemos aprender hoje? Quais são as nossas necessidades de aprendizagem? Finalmente, encontrar-se, que é já um posicionar-se desde outro lugar, descobrir-se na ação.

Repensar a sequência: interrogar-se, encontrar-se e posicionar-se. O interrogar-se é não estar bem como está, alguma coisa não é bem desse jeito, falta alguma coisa, ou alguma coisa está incompleta, alguma coisa produz inquietação no corpo. Isso quero chamar de interrogar-se, sair do lugar onde estávamos, o lugar conhecido, o lugar onde nós sabemos qual é o nosso papel. O interrogar-se quando eu me faço perguntas sobre que lugar é esse e por que eu ocupo esse lugar ou desse jeito? Por que eu me apresento desse jeito? Não é só por quê, mas também interrogar o lugar onde eu estou. Qual é o lugar que está me perturbando? Quais são as perturbações? É colocar-se em questão, incomodar-se, desacomodar-se. Esse é um primeiro movimento, para que eu possa responder porque eu vim para cá. Eu tenho um incômodo, um desconforto ou alguma coisa que está me deixando inquieto. Esta inquietude, este desconforto é que gera o movimento de devir. Esse seria um primeiro lugar para que nós colocássemos a palavra interrogar-se. A segunda seria encontrar-se, que depois do desconforto seria como abrir suas percepções, usar daquele olho sobre o qual falei antes. O encontrar-se é sair do olho que focaliza suas percepções, é descobrir o olho da amplitude e das delicadezas (Figura 2). Posicionar-se passa a uma escolha ética e política. O que eu quero criar, que redes estou buscando, que redes estou compondo? Esta sequência: interrogar-se, encontrar-se e posicionar-se seria fazer-se questão, colocar-se em análise, encontrar-se com a amplitude, com tudo aquilo pode te colocar em desconforto consigo mesmo, em pulsação vital, então, posicionar-se em defesa da criação, da invenção, da recriação, da mudança, da novidade. O que precisa ser possível é entrar em novidade de si e de contextos. É necessário que se torne confortável se tornar diverso, que as percepções possam se modificar. Se minhas percepções se modificam, posso desnaturalizar certas posições e me re-encontrar? Isso é o encontrar-se, é o fazer em comum. Encontrar-se quer dizer que o outro vai modificar meu eu, “eu” como “outro de mim” (Figura 3).

O verbo reflexivo vem para colocar questões, perguntar sobre a disposição ao encontro e dizer por que neste lugar. Aqui mesmo, cada um apresentou uma posição sobre porque veio, porque havia uma interrogação, porque foi construído um instrumento de encontro e porque tinha algo para trazer. Tomou-se a posição de trazer. A forma onde a gente chega não é de onde a gente parte. Se a forma é onde a gente chega e já sabemos que ela é só uma forma, nós temos de retornar ao interrogar-se, e vamos ter que produzir outra forma. Nós sempre chegaremos em uma forma e sempre deformaremos essa forma na construção de

alguma outra que possa ser mais diferente e que produza outra zona de comunidade. Importante é que sempre buscamos uma forma e chegamos em uma forma. O passo seguinte é deformar e outro de nós virá.

Eu vou dar um exemplo, tem um pintor, Paul Klee, ele usa a expressão “formação” para dizer que nós sempre chegamos a uma forma, mas a forma é sempre formação. Não é uma forma que acabou, porque a gente segue produzindo formas. O pintor refere que a arte é formação e não forma. E ele dá um exemplo para compreender isso, que é: o silêncio exige o ruído, mas o ruído exige o silêncio. Esse movimento é contínuo, nós faremos isso sempre, o silêncio vai exigir que a gente componha ruídos, mas o ruído vai exigir que a gente retorne ao silêncio. No dia de hoje, um instrumento me chamou muito atenção: o silente, ou o silencioso. Que é um pouco dessa expressão do silêncio que exige um ruído, mas o ruído que vai exigir um silêncio. O silente é alguém que, em silêncio, observa. Seria uma palavra mais bonita que o silencioso em português, que seria ficar quieto. O silente, não está quieto ele só não está falando, não está produzindo ruído, mas ele está ali. Depois vem a narrativa. O silêncio e a narrativa. Ainda apareceu uma terceira palavra aqui: renarrar. São as mesmas três palavras que eu coloquei antes. O silêncio do interrogar-se, o narrar do encontrar-se e o renarrar do posicionar-se. O silencioso apareceu aqui como um possível usuário, que é aquele que em nossas reuniões de trabalho nunca fala, porque está do lado de fora do serviço, ele é o cliente do atendimento.

No ambiente de educação permanente em saúde, é preciso que o silente entre ou que reflitamos com os usuários que entram, ou nós vamos até o lugar onde os usuários estão falando e nós somos os silenciosos capazes de ouvir. Ou a gente vai ocupar também esse papel. Às vezes o silente é aquele que, em uma conversa, não fala do que aconteceu, mas ele diz: se fosse eu o usuário... Eu acho que foi essa a conversa que aconteceu aqui. É isso que o silente deve dizer: eu sou o usuário... Eu estou até agora ouvindo e agora como usuário eu vou dizer o que eu penso dessa reunião de trabalho. Quais coisas foram esquecidas? A quais coisas se deu muita importância e não são importantes para mim? Quais coisas eu deveria fazer, mas não tem acolhida aqui para eu fazer? Quais coisas não foram ditas, mas que eu já faço? Então, o silente vem para dizer de toda aquela conversa e práticas que aconteciam ali onde ele estava silencioso. Caso ele estivesse presente e falando, o que é mesmo que ele diria? Essas três coisas que eu peguei aí – silente, narrativa e renarrativa – que eu disse que poderia ser interrogar-se, encontrar-se e posicionar-se nos dão

um miolo com várias coisas dentro: os instrumentos, as trocas, os talentos, os cochichos o dar a voz. Vimos várias possibilidades em que a gente possa silenciar, observar e ouvir, várias formas de encontrar-se, vários instrumentos de encontrar-se. E, finalmente, posicionar-se, colocar-se em algum lugar depois dos efeitos que o encontro nos produziu.

Por fim, por que falamos de educação permanente em saúde? A expressão “educação permanente em saúde” (brasileira) coloca quais desafios? Ela foi conectada à expressão formação situada. A formação situada está conectada ao conceito de educação permanente em saúde porque ela diz do local, do território e do mundo das práticas, que precisa produzir efeito sobre nós. Não podemos aprender só com a literatura, nós precisamos aprender com os locais, com os encontros, com as pessoas, com as culturas, com as linguagens. Vários instrumentos, hoje, trouxeram as culturas, as linguagens, os lugares, os territórios, instrumentos estes vindos de uma cena de ação. Eles vieram dessa experiência situada.

A educação permanente em saúde tem um conceito que eu desenvolvi ao longo de um tempo, o de que 4 elementos necessariamente devem estar colocados para que a gente tome, não só a formação situada como alguma coisa relevante, mas a implicação com o sistema sanitário: 1) mudar as práticas de cuidado, colocá-las sob interrogação: é o correto o jeito como a gente está fazendo? Dá conta do outro? Seus interesses e modos de andar a vida? Muitas das nossas práticas são reguladas por instâncias que definem quais são as práticas permitidas e quais práticas são autorizadas que nem nos perguntamos sobre mudar

essas regras ou essas lógicas que organizam as práticas. Em um processo formativo, esses desenhos precisam ser colocados em interrogação. É desse jeito mesmo? Segue sendo desse jeito mesmo? O que aconteceria se fosse uma equipe de discussão? O que aconteceria se eu não tivesse só que responder a uma regra, mas que tivesse que responder ao que eu observo e ao que eu sinto? 2) Qual é o interesse do silente, do nosso usuário? O que é a cidadania em saúde e como anda o processo social? Então, não adianta perguntar a mim mesmo quais são as práticas que precisam ser mudadas, sem nenhuma conexão com o que o outro, o silente, sente ou com aquilo que ele fala. Precisa que eu coloque em dúvida as práticas e precisa que eu deixe o silente falar e que eu seja capaz de ouvir o silente. 3) É preciso também pôr em questão qual é a rede disponível, qual é a lógica da gestão? Qual é a lógica de organização dos serviços? No lugar onde eu estiver, há uma lógica de gestão da política, eu tenho de fazer essa pergunta para me posicionar como cidadão, não apenas como técnico. Preciso posicionar meus atos e papéis. 4) Estabelecer práticas formativas de maneira que tudo isso seja objeto de conversa, de troca e de interação. O que nós fizemos aqui, hoje, ao longo do dia, foi ouvir como é possível ensinar e aprender em redes de conversação, em “palestra”, mas não em “preleção”. Esse é um aprender muito diferente de uma conferência em que alguém fala e o outro escuta. Eu, agora e aqui, falo bastante, mas é ao final. Eu estou falando depois de um dia inteiro de trabalho que eu acompanhei, cuja função é devolver uma observação de produção. É diferente de eu ter sido a primeira pessoa a falar e o assunto encerrar. A formação pode ocorrer em território, sob a troca entre aqueles que estão em situação.

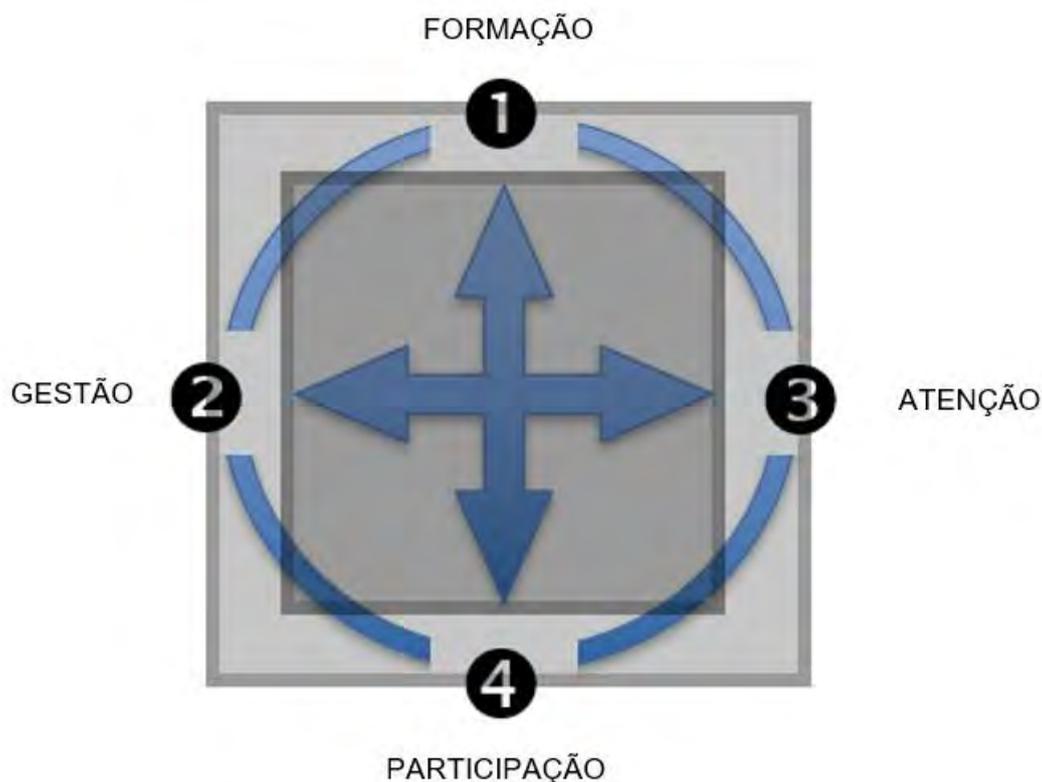


Figura 4 – O quadrilátero da formação reflexão situada.

Considerações finais

Se era para aportar alguma teoria, em busca de dispositivos sócio-organizativos para a qualificação dos serviços sanitários e sociais, a minha contribuição é sobre a formação situada e sobre a possibilidade de conexão com a noção de educação permanente em saúde que fazemos no sistema sanitário brasileiro nesse momento. Em cada ginásio, foram “exercitadas” aprendizagens ativas, sob as consignas de interrogar-se, posicionar-se e encontrar-se. Exercitamos a formação situada, estando dentro dela. A designação “feira” foi a oportunidade de tomar contato com diferentes instrumentos e compreender que a formação em serviço não corresponde a uma aula “centrada do conteúdo”, mas a uma “situação de envolvimento”. Em cada ginásio, três “modalidades de exercício ginástico”. Por fim, vivemos juntos alguns recursos de pensamento: a roda entre pares, a situação de estudo apresentada por “etnógrafos de plantão” e a situação problema para abrir uma

Da formação situada à educação permanente em saúde, apenas mais interrogações, encontros e posições: aprender com base em território e transposições, aprender a história das práticas e seu potencial de modificarem-se, aprender com o outro e deixar que nos faça mudar, aprender a política e colocar nosso trabalho a serviço da defesa de um mundo inclusivo, participativo e dos direitos. Ensinar e aprender é compor círculos de cultura, colocar esses círculos em rede, de modo que todas as práticas e todos os saberes possam experimentar o dobrar-se e desdobrar-se das composições, recomposições e inovações.

Depois de dizer tudo isso que eu disse, me resta agradecer pela oportunidade que me ofereceram, não de fazer essa restituição, mas pelo que me fizeram sentir neste dia. Neste ponto, eu devo agradecer a todos, foi uma grande oportunidade de aprender e de me colocar questões.

Álbum fotográfico





Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva / Laboratório Italo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva



Annali / Anais



VI WORKSHOP INTERNAZIONALE

“Pratiche Innovative per l’Assistenza Primaria: Esperienze Internazionali a Confronto per la Salute e il Benessere della Comunità”

“Práticas Inovadoras para a Atenção Primária: Experiências Internacionais Comparadas para a Saúde e o Bem-estar das Comunidades”

Bolonha, 20 a 24 Febbraio 2017

O programa / Il programma



6° Workshop internazionale
Laboratorio italo-brasiliano

**Pratiche innovative
per l'assistenza primaria:
esperienze internazionali a confronto
per la salute e il benessere
delle comunità**

20-24 febbraio 2017



6° Workshop Internacional
Laboratório Italo-Brasileiro

**Práticas Inovadoras
na Atenção Primária à Saúde:
experiências em confronto pela saúde
e o bem-estar das comunidades**

20-24 de fevereiro de 2017

lunedì 20 febbraio 2017 - Bologna

- 14.30 Saluti delle Autorità
KYRIAKOULA PETROPULACOS - ALESSANDRA SCAGLIARINI - GIORGIO PAGLIARINI - JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT
- 15.30 **Sessione** Politiche pubbliche in ambito sanitario e di welfare: quali le insidie e le ragioni per sostenerle
Introduce e modera MARIA LUISA MORO
Politiche sanitarie "pubbliche": quali gli elementi in gioco
ARTHUR CHIORO - video-intervista condotta da ALCINDO A. FERLA
Crisi economica, politiche d'austerità e salute
ROBERTO DE VOGLI
- 16.45 La cooperazione e il Laboratorio italo-brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in salute collettiva
Modera ARDIGÒ MARTINO
Intervengono ALESSANDRA SCAGLIARINI - LILIANA ANGEL VARGAS - ALESSIA BENIZZI - GUSTAVO IRICO
- 17.30 Chiusura dei lavori

AULA PRODI
ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
PIAZZA SAN GIOVANNI IN MONTE 2, BOLOGNA

segunda-feira 20 de fevereiro de 2017 - Bologna

- 14.30 Saudações das autoridades e boas-vindas aos participantes
KYRIAKOULA PETROPULACOS - ALESSANDRA SCAGLIARINI - GIORGIO PAGLIARINI - JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT
- 15.30 **Seminário de abertura** Políticas públicas no âmbito da saúde e do bem-estar social: quais as razões para sustentá-las e possíveis armadilhas
Introduz e modera MARIA LUISA MORO
Políticas de saúde "pública": quais os elementos em jogo
ARTHUR CHIORO - vídeo entrevista com ALCINDO A. FERLA
Crise econômica, austeridade e sistemas de saúde
ROBERTO DE VOGLI
- 16.45 A cooperação: o Laboratório Italo-Brasileiro de formação, pesquisa e práticas em saúde coletiva
Moderador ARDIGÒ MARTINO
Intervêm ALESSANDRA SCAGLIARINI - LILIANA ANGEL VARGAS - ALESSIA BENIZZI - GUSTAVO IRICO
- 17.30 Encerramento dos trabalhos

AULA PRODI
ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
PIAZZA SAN GIOVANNI IN MONTE 2, BOLOGNA

martedì 21 febbraio 2017 - Bologna

Laboratorio di pratiche. Le piazze dell'esperienza

“Le piazze dell'esperienza” è un laboratorio interattivo di pratiche, rivolto agli operatori e agli attori coinvolti nel lavoro di cura e assistenza territoriale e nella promozione del benessere di individui e comunità. Le attività di confronto teorico-metodologico degli scorsi anni hanno progressivamente coinvolto i Servizi e il territorio, dando sempre più protagonismo agli attori e ai processi locali da loro avviati e sostenuti.

Questa sessione si basa sul confronto tra esperienze, reso possibile tramite la delimitazione di “piazze” in cui le diverse esperienze saranno raggruppate. In parallelo alle attività di scambio, alcuni “esploratori” si addentrano tra le esperienze presentate cercando di tracciare delle mappe, ricostruire il filo conduttore e far emergere temi trasversali, riconoscere elementi di interesse, segnalare eventuali minacce o opportunità.

9.30 Apertura dei lavori

Coordinamento BRIGIDA LILIA MARTA - GIULIA RODESCHINI - FRANCESCO SINTONI

PIAZZE

- Interventi di comunità
- Territorializzazione dei servizi: le Case della salute
- Promozione della salute e qualità della vita
- Tras-formazione: come sostenere il cambiamento
- La salute mentale nel territorio
- Servizi di prossimità

17.00 Chiusura dei lavori

AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISAIA 90, BOLOGNA

terça-feira 21 de fevereiro de 2017 - Bologna

Laboratório de práticas. As praças da experiência

As praças da experiência são um laboratório interativo de práticas, dirigido aos operadores e aos atores envolvidos na produção do cuidado e na promoção do bem-estar dos indivíduos e da comunidade. As atividades de confronto teórico-metodológico dos últimos anos tem envolvido progressivamente os serviços e o território, provendo mais protagonismo aos atores e aos processos locais ativados e sustentados por eles.

Esta sessão se baseia no confronto entre experiências, tornado possível através da delimitação em “praças” nas quais as diversas experiências serão agrupadas. Em paralelo às atividades de troca, alguns “exploradores” se adentram em algumas das experiências presentes procurando traçar mapas, reconstruir o filo condutor e fazer emergir temas transversais, reconhecer elementos de interesse, apontar eventuais ameaças e oportunidades.

9.30 Abertura dos trabalhos

Coordenação BRIGIDA LILIA MARTA - GIULIA RODESCHINI - FRANCESCO SINTONI

PRAÇAS

- Interventos de comunidade
- Territorialização dos serviços: as Casas da Saúde
- Promoção da saúde e qualidade de vida
- Trans-Formação: como sustentar a mudança
- A saúde mental no território
- Serviços de proximidade

17.00 Encerramento dos trabalhos

AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA SANT'ISAIA 90, BOLOGNA

mercoledì 22 febbraio 2017 - Bologna

Processi di territorializzazione dei servizi e benessere della comunità: strategie di indirizzo e gestione

Il processo di territorializzazione non è soltanto un evento tecnico, ma un percorso di trasformazione della cultura dell'assistenza e della relazione tra servizi e territorio. Questo cambiamento culturale deve coinvolgere la committenza politica, i gestori, i professionisti e gli operatori, la comunità e i soggetti deputati alla formazione a tutti i livelli.

Il focus della sessione è promuovere il dibattito a partire da esperienze di territorializzazione esposte dal punto di vista dei differenti attori coinvolti. I punti essenziali sono costituiti da risolutività dei problemi, integrazione, continuità.

9.30 Apertura dei lavori

1 sessione

Integrazione tra politiche e tra servizi: gli elementi in gioco

Intervengono SANDRA FAGUNDES - KYRIAKOULA PETROPULACOS - KATIA SCHWEICKARDT

Discussione

13.00 Pausa pranzo

14.00 II sessione

Territorializzazione e capacità adattative per la risolutività dei problemi

Intervengono LUCA RIZZO NERVO - ANDRÉ ROSA BISCAIA - CRISTIAN FABIANO GUIMARAES - GABRIEL ESTABAN ACEVEDO

Discussione

17.30 Chiusura dei lavori

SALA 20 MAGGIO 2012

quarta-feira 22 de fevereiro de 2017 - Bologna

Processos de territorialização dos serviços e bem-estar da comunidade: experiências de práticas, gestão e avaliação nos territórios

O processo de territorialização não é apenas um evento técnico, mas um percurso de transformação da cultura do cuidado e da relação entre serviços e território. Essa mudança cultural deve envolver a representação política, os gestores, os profissionais e os operadores, a comunidade e as pessoas responsáveis pela formação em todos os níveis. O foco da sessão é promover o debate a partir da experiência de territorialização do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos.

Os pontos essenciais são constituídos de: resolutividade dos problemas, integração e continuidade.

9.30 Abertura dos trabalhos

Sessão 1

Integração entre políticas e serviços: os elementos em jogo

Intervêm SANDRA FAGUNDES - KYRIAKOULA PETROPULACOS - KATIA SCHWEICKARDT

Discussão

13.00 Pausa almoço

14.00 Sessão 2

Territorialização e capacidade de adaptação para a resolução de problemas

Intervêm LUCA RIZZO NERVO - ANDRÉ ROSA BISCAIA - CRISTIAN FABIANO GUIMARAES - GABRIEL ESTABAN ACEVEDO

Discussão

17.30 Encerramento dos trabalhos

SALA 20 MAGGIO 2012

giovedì 23 febbraio 2017 - Bologna

Cooperazione inter-istituzionale e sostenibilità dei processi a sostegno del cambiamento

Nel contesto demografico, epidemiologico, sociale, culturale, economico e politico attuale occorre costruire pratiche assistenziali e percorsi di ricerca e formazione che siano in grado di superare la frammentazione dei servizi e l'allentamento dei legami sociali nella comunità. La sostenibilità dei processi di trasformazione della cultura dell'assistenza dipende, dunque, dalla capacità di realizzare azioni cooperative orizzontali, inter-istituzionali, multi-situate e multi-locali, capaci di mettere in relazione differenti esperienze e pratiche.

Obiettivo della sessione è sviluppare una riflessione su queste tematiche, approfondendo il ruolo della cooperazione inter-istituzionale nella produzione e nel trasferimento della conoscenza, e nel monitoraggio dei processi di implementazione delle nuove pratiche.

9.30 I sessione

Esperienze brasiliane

Intervengono TULLIO BATISTA FRANCO - JOSÉ IVO PEDROSA

Discutono con MASSIMO FABI - ELENA GAMBERINI

II sessione

Esperienze della Regione Emilia-Romagna

Intervengono VINCENZA PELLEGRINO - DAVIDE FESTI - BRUNA ZANI

Discutono con ADRIANA GIANNINI - LEOPOLDO SARLI

13.30 Pausa pranzo

Presentazione dei prodotti del Laboratorio italo-brasiliano

14.30 I prodotti della cooperazione

Introduce e modera RITA MARIA FERRELLI

Intervengono JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT - ARDIGÒ MARTINO - MARIA AUGUSTA NICOLI

AULA MAGNA

quinta-feira 23 de fevereiro de 2017 - Bologna

Cooperação inter-institucional e sustentabilidade dos processos de apoio à mudança

No contexto demográfico, epidemiológico, social, cultural, econômico e político atual faz-se necessário construir práticas assistenciais e atividade de pesquisa e formação que sejam capazes de superar a fragmentação dos serviços e o declínio dos laços sociais na comunidade. A sustentabilidade dos processos de transformação da cultura do cuidado depende, portanto, da capacidade de realização de ações cooperativas horizontais, inter-institucionais, multissituadas e multi-locais, capazes de relacionar diferentes experiências e práticas.

O objetivo desse encontro é desenvolver uma reflexão sobre essas temáticas, aprofundando o papel da cooperação inter-institucional na produção e transferência de conhecimento e no monitoramento dos processos de implementação das novas práticas.

9.30 Sessão 1

Experiências brasileiras

Intervêm TULLIO BATISTA FRANCO - JOSÉ IVO PEDROSA

Discutem com MASSIMO FABI - ELENA GAMBERINI

Sessão 2

Experiências da Região Emilia-Romagna

Intervêm VINCENZA PELLEGRINO - DAVIDE FESTI - BRUNA ZANI

Discutem com ADRIANA GIANNINI - LEOPOLDO SARLI

13.30 Pausa almoço

Apresentação dos produtos do Laboratório Italo-Brasileiro

14.30 Os produtos da cooperação

Introduz e modera RITA MARIA FERRELLI

Intervêm JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT - ARDIGÒ MARTINO - MARIA AUGUSTA NICOLI

AULA MAGNA

venerdì 24 febbraio 2017 - Bologna

Attività satelliti

10.00 - 13.00

VISITE AI SERVIZI DI BOLOGNA, MODENA E FERRARA

14.00 - 17.00

TAVOLI TEMATICI PARALLELI DI COOPERAZIONE E CO-PROGETTAZIONE

Lo spazio aperto permette l'incontro libero tra le esperienze raccontate/emerse nella settimana e l'approfondimento di specifiche tematiche di cooperazione e co-progettazione già avviate.

Tavolo di cooperazione tra Paesi del Mediterraneo:

strategie di cooperazione tecnico-scientifica tra Paesi dell'area mediterranea

Intervengono ARDIGÒ MARTINO - RITA FERRELLI - PIGI PERDIKAKI - MARTIN CORREA
ALESSIA MARCHI - FRANCESCO GIROTTI - WIM VAN LERBERGHE

CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
VIA SAN GIACOMO 12, BOLOGNA

Tavolo sui processi partecipativi nelle politiche pubbliche

Intervengono FREDERICO VIANA MACHADO - GABRIEL CALAZANS BAPTISTA
FABRIZIA PALTRINIERI - VITTORIA STURLESE - DANIELA FARINI
REFERENTI DEI CASI COMMUNITY LAB/PROGRAMMAZIONE LOCALE PARTECIPATA

AULA 216C
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

sexta-feira 24 de fevereiro de 2017 - Bologna

Atividades Satélite

10.00 - 13.00

VISITAS AOS SERVIÇOS DE BOLOGNA, MODENA E FERRARA

14.00 - 17.00

MESAS TEMÁTICAS DE COOPERAÇÃO E CO-PLANEJAMENTO

O espaço aberto permite o encontro livre entre as experiências relatadas/emersas na semana, assim como o aprofundamento de temáticas específicas de cooperação e co-planejamento já iniciadas.

Mesa de cooperação entre os países do Mediterrâneo:

estratégias de cooperação técnica e científica entre países da área mediterrânea

Intervêm ARDIGÒ MARTINO - RITA FERRELLI - PIGI PERDIKAKI - MARTIN CORREA
ALESSIA MARCHI - FRANCESCO GIROTTI - WIM VAN LERBERGHE

CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
VIA SAN GIACOMO 12, BOLOGNA

Mesa temática: processos participativos nas políticas públicas

Intervêm FREDERICO VIANA MACHADO - GABRIEL CALAZANS BAPTISTA
FABRIZIA PALTRINIERI - VITTORIA STURLESE - DANIELA FARINI
REFERENTES DOS CASOS DO COMMUNITY LAB/PROGRAMAÇÃO LOCAL PARTICIPADA

AULA 216C
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VIALE ALDO MORO 21, BOLOGNA

RELATORI

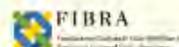
GABRIEL ESTEBAN ACEVEDO - Secretano di Salute della città di Córdoba, Argentina
GABRIEL CALAZANS BAPTISTA - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ALESSIA BENIZZI - Coordinamento delle Politiche europee, programmazione, cooperazione, valutazione, Regione Emilia-Romagna
ANDRÉ ROSA BISCAIA - Unita Salute della famiglia "Marginal" - Centri di salute di Cascais, Lisbona, Portogallo
ARTHUR CHIORD - ex Ministro della salute, Brasile - Universidade Federal de São Paulo, Brasile
MARTIN CORREA - Universitat Rovira i Virgili, Taragona
ROBERTO DE VOGLI - Università di Padova
MASSIMO FABI - Direttore generale Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
SANDRA FAGUNDES - ex Assessore della salute, Estado do Rio Grande do Sul - Dirigente del Grupo Hospitalar Conceição, Brasile
DANIELA FARINI - Staff Community Lab, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
ALCINDO A. FERLA - Rede Unida, Brasile
RITA MARIA FERRELLI - Istituto superiore di sanità
DAVIDE FESTI - Università di Bologna
TULLIO BATISTA FRANCO - Pro-rettore Risorse umane, Universidade Federal Fluminense, Brasile
ELENA GAMBERINI - Direttrice Unione Bassa reggiana - Referente Anci regionale Emilia-Romagna
ADRIANA GIANNINI - Responsabile Servizio Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Regione Emilia-Romagna
FRANCESCO GIROTTI - Area Relazioni internazionali, Università di Bologna
CRISTIAN FABIANO GUIMARÃES - Direttore Dipartimento di gestione della tecnologia dell'informazione, Segreteria di salute, Estado do Rio Grande do Sul, Brasile
GUSTAVO IRICO - Segretario di Estensione Comunitaria, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
FREDERICO VIANA MACHADO - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ALESSIA MARCHI - Area Relazioni internazionali, Università di Bologna

BRIGIDA LILIA MARIA - Staff Community Lab, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
ARDIGÒ MARTINO - Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna
MARIA LUISA MORO - Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
MARIA AUGUSTA NICOLI - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
GIORGIO PAGLIARINI - Università di Parma
FABRIZIA PALTRINIERO - Staff Community Lab, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
JOSÉ IVO PEDROSA - Universidade Federal do Piauí, Campus Parnaíba, Brasile
VINCENZA PELLEGRINI - Università di Parma
PIGI PERDIKAKI - Greek College of Physicians
KYRIAKOULA PETROPOULACOS - Direttore generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna
LUCA RIZZO NERVO - Assessore Sanità e welfare, Comune di Bologna - Anci regionale Emilia-Romagna
GIULIA RODESCHINI - Staff Community Lab, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
LEOPOLDO SARLI - Università di Parma
ALESSANDRA SCAGLIARINI - Pro-rettore per le relazioni internazionali, Alma Mater Studiorum Università di Bologna
JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT - Coordinatore Rede Unida - Fundação Oswaldo Cruz (Fio Cruz), Amazonia, Brasile
KATIA SCHWEICKARDT - Assessore all'educazione, Comune di Manaus, Brasile
FRANCESCO SINTONI - Centro Studi e ricerche in salute internazionale e interculturale (CSI-DIMEC), Università di Bologna
VITTORIA STURLESE - Staff Community Lab, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
WIM VAN LERBERGHE - ex Direttore Dipartimento Risorse umane, Organizzazione mondiale della sanità
LILIANA ANGEL VARGAS - Pro-rettore per le relazioni internazionali, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasile
BRUNA ZANI - Università di Bologna

Il Laboratorio Italo-brasiliano - impegnato in attività di ricerca, formazione e cooperazione tra servizi e Università - dal 2014 organizza eventi internazionali di incontro tra i due Paesi. Gli obiettivi della collaborazione sono facilitare la produzione di conoscenze a partire dalle esperienze realizzate, monitorare e valutare i progetti in andamento, programmare le attività di cooperazione tecnica e scientifica locali e internazionali.

Il Laboratorio di febbraio 2017 intende dedicare particolare spazio ad incontri tecnici di cooperazione tra Europa e Brasile e ad incontri tematici dedicati alle sfide attuali di territorializzazione dei servizi sanitari e di welfare.

Il Workshop è organizzato in collaborazione con FIBRA, Fondazione culturale italo-brasiliana.



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Brigida Lilia Marta - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
 brigidalilia.marta@gmail.com - <http://assr.regione.emilia-romagna.it>

Francesco Sintoni - Centro Studi e ricerche in salute internazionale e interculturale, Università di Bologna
 sintofra@gmail.com

ISCRIZIONI

La partecipazione agli eventi è gratuita

IN TUTTI GLI EVENTI È PREVISTA LA TRADUZIONE

Il Laboratorio Italo-brasiliano e lo spirito che anima la cooperazione

Maria Augusta Nicoli¹,
Francesco Sintoni²,
Brigida Lilia Marta³,
Alcindo Antonio Ferla⁴.

Le esperienze che uniscono Italia e Brasile rispetto al tema della salute sono numerose, sia da un punto di vista storico-politico che socio-culturale.

La relazione che collega i due paesi in questo campo ha radici profonde, a cominciare dall'influenza che la riforma sanitaria italiana ha avuto sulla brasiliana¹. La riforma italiana, culminata nel 1978 con la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, è stata il risultato di un ampio movimento sociale e culturale con caratteristiche molto simili a quelle assunte dal movimento sanitario brasiliano, concretizzatosi in un progetto politico riformista e nella costruzione del Sistema Unico di Salute (SUS) nel 1988². Tanto nello scenario italiano, quanto in quello brasiliano l'agitazione socio-culturale della seconda metà del XX secolo ha permesso di ripensare criticamente la medicina sociale e la salute pubblica. In questo contesto è emerso in Brasile un nuovo campo del sapere, denominato Salute Collettiva^{3,4}, che ha tratto le proprie origini dal movimento riformista della medicina sociale italiana. Tale paradigma coniuga i saperi biomedici con quelli provenienti dalle scienze umane e sociali, promuovendo un approccio interdisciplinare, multiprofessionale e integrato al tema della salute. La relazione storica esistente tra le esperienze di riforma sanitaria italiana e brasiliana e il consolidarsi di strategie simili volte alla legittimazione dei principi di universalità, integralità e partecipazione sociale, costituiscono un importante elemento per

comprendere la rilevanza della cooperazione tra i due paesi. I due sistemi sanitari hanno inoltre consolidato, nell'arco degli anni, un modello organizzativo incentrato sull'assistenza primaria (prima in Brasile con il Programma/Strategia Salute della Famiglia⁵, recentemente in Italia attraverso le Case della Salute), determinando una ulteriore convergenza tra i due sistemi.

Considerando questi traits-d'union, tra la Regione Emilia-Romagna e diversi stati del Brasile a partire dal 2011 sono stati avviati dei progetti di cooperazione che hanno permesso di implementare specifici meccanismi di confronto e scambio in ambito sanitario. Tali progetti hanno nel tempo guadagnato profondità e consistenza fino ad arrivare alla costituzione del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva⁶. Il Laboratorio può essere pertanto inteso come un dispositivo di cooperazione inter-istituzionale in Salute Collettiva e Assistenza Primaria, che ha progressivamente interessato più di 15 università, enti e servizi di salute di entrambi i paesi.

A livello regionale coinvolge la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna, l'Università di Bologna e l'Università di Parma; a livello brasiliano sono coinvolti il Dipartimento di Assistenza Primaria del Ministero della Salute,

¹ Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna.

² Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna. Ausl della Romagna.

³ Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Ausl di Bologna.

⁴ Università Federale del Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasile.

¹ Berlinguer G. Medicina e politica. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

² Berlinguer G. Uma reforma para a saúde. In: Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GW de S. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988. pp. 1-106.

³ Paim JJ, Almeida-Filho N. Saude Coletiva. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014.

⁴ Guimarães CF, O Coletivo na Saúde, Serie Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, Rede Unida Editora, 2016.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

⁶ Martino A. et al. La costruzione del Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva come strumento di lavoro in salute tra Italia e Brasile. In Franco T B, Ceccim R B (a cura di), Prassi in Salute Globale: azioni condivise tra Brasile e Italia. Serie Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale, Porto Alegre, 2016 Rede Unida Editora, 2016.

L'Associazione Rede Unida e numerose Università Federali, Fondazioni e Istituzioni di ambito sanitario di 8 stati del Brasile (Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Federal da Paraíba; Universidade Federal do Amazonas; Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul; Fundação Oswaldo Cruz Manaus; Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo; etc.).

Il Laboratorio sviluppa ricerche e scambio di esperienze nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, con particolare focus su pratiche e politiche di Assistenza Primaria in Salute; metodologie innovative di formazione; strategie per l'innovazione nella gestione e nella valutazione del sistema dei servizi, alimentando collaborazioni scientifico-accademiche tra ricercatori, studenti, professionisti, gestori, comunità e movimenti sociali.

Promuove attivamente la circolazione di informazioni chiave per lo sviluppo dell'insegnamento e della ricerca applicata ai servizi, e organizza corsi, seminari e conferenze. Il Laboratorio, inoltre, si pone come obiettivo lo sviluppo di nuovi approcci, strumenti e metodi per affrontare le sfide introdotte dai cambiamenti globali contemporanei, a partire dalla valorizzazione delle esperienze locali come punto di partenza per la produzione di strategie trasformative di gestione e organizzazione dei servizi.

A tal fine, il Laboratorio utilizza un approccio metodologico finalizzato alla costituzione di piattaforme internazionali che favoriscono la connessione e lo scambio tra esperienze e buone pratiche dei differenti contesti locali. Tale approccio promuove inoltre l'interazione tra professionisti,

gestori, ricercatori e studenti, stimolando il confronto relativo a problematiche comuni e lo sviluppo di strumenti organizzativo-gestionali a partire dalle esperienze dei singoli territori (per approfondimenti, si rimanda al testo di Maria Augusta Nicoli, *Le piazze dell'esperienza: la voce dei territori*).

Elemento qualificante e distintivo di questa esperienza è l'enfasi posta su percorsi di scambio internazionale, sia in contesto accademico, sia all'interno dei servizi.

Dal 2014 ad oggi il Laboratorio ha messo in luce come la creazione di ponti tra il locale e il globale, il contatto e il confronto diretto tra pratiche possa rappresentare una risorsa importante per la formazione dei professionisti sociali e sanitari e lo sviluppo di nuove competenze.

Ulteriore elemento peculiare è che, differentemente ai tradizionali schemi di cooperazione internazionale allo sviluppo, il Laboratorio Italo-Brasiliano si basa su relazioni orizzontali e solidali tra gli attori coinvolti, e su uno scambio reciproco di risorse. Questo aspetto inedito, nel suo piccolo, contribuisce a modificare la relazione storica che esiste tra i paesi europei e quelli latino-americani.

Dal lavoro in cooperazione è emerso come le principali problematiche che interessano attualmente i sistemi dei servizi alla persona abbiano radici comuni, basate su processi globali, riscontrabili nei territori coinvolti. Le strategie e gli strumenti sviluppati nei differenti contesti, quindi, possono rappresentare importanti risorse da mettere in rete per la qualificazione e l'innovazione dei diversi sistemi locali.

Esperienze multi-locali a confronto: metodologie di lavoro in rete

Ardigò Martino¹.

Il contesto epidemiologico contemporaneo è fortemente influenzato da due fattori molto peculiari: la transizione demografica¹ e l'attuale fase della globalizzazione². Tali fattori modificano radicalmente i processi di salute e malattia, e con essi le strategie di promozione della salute e di erogazione dei servizi sanitari.

Nello specifico, l'invecchiamento della popolazione produce un aumento della prevalenza delle condizioni croniche, che necessitano di una presa in carico longitudinale e pazienti complianti e motivati a modificare i propri stili di vita in modo da ritardare la progressione del quadro. Inoltre, l'età avanzata predispone alla comparsa di multi-morbidità che necessita di approcci integrati multi-disciplinari e inter-settoriali.

Per quanto riguarda la fase attuale della globalizzazione, questa è caratterizzata da una massificazione dei trasporti di persone e di beni e da una radicale trasformazione delle comunicazioni, con effetti rilevanti sugli stili di vita e sull'esposizione a fattori di rischio dovuti a componenti simboliche e materiali, individuali e contestuali. Altri aspetti rilevanti riguardano gli effetti delle attività umane sull'ambiente, il quadro economico e finanziario globale e il ruolo dello stato nazionale nella tutela dei diritti.

Al netto di questi macro fattori, in ragione dei flussi di persone, merci, informazioni; delle trasformazioni socio-culturali; dei fattori di rischio ambientali, politici ed economici; nonché delle caratteristiche tipiche delle condizioni croniche di salute, si osserva a livello locale un quadro epidemiologico molto variabile, in cui i determinanti di salute sono distribuiti in maniera più frammentaria e imprevedibile rispetto al passato.

Per una presa in carico che tenga conto di questa complessità, occorre quindi considerare non soltanto gli aspetti oggettivi ma anche le dimensioni soggettive, i vissuti, le percezioni individuali, che producono rappresentazioni sociali del malato e della malattia uniche e differenti a seconda del contesto.

Per quanto riguarda i fattori di rischio ambientali e strutturali invece, diventa necessario comprendere come i processi globali interagiscano con i contesti locali e come queste interazioni influenzino i determinanti non sanitari di salute.

Come ampiamente dimostrato, questi ultimi si distribuiscono in una matrice in cui le caratteristiche ambientali ed individuali si intrecciano, sviluppando una trama nella quale “territori geografici” ed “esistenziali” si sovrappongono. Per semplificare potremmo dire che in uno stesso territorio geografico (nello stesso “sito”) possono esistere modalità di incontro, di relazione e stili di vita molto differenti, dipendenti da una grande quantità di variabili sia soggettive che ambientali. Pertanto non è possibile trattare questi “siti” come luoghi in cui i fattori di rischio sono distribuiti in maniera omogenea e standardizzabile, benché ogni “sito” possa esprimere caratteristiche specifiche, facilmente riconoscibili e misurabili anche dal punto di vista epidemiologico. Allo stesso tempo i vari “territori esistenziali” presenti all'interno del medesimo “sito” possono condividere caratteristiche epidemiologiche molto simili a quelle presenti in altri “siti”, rafforzando l'idea che nel contesto della globalizzazione i “territori esistenziali” possono facilmente connettere persone e gruppi di persone anche appartenenti a luoghi geograficamente molto distanti.

Pertanto i servizi devono tenere conto della necessità

¹ Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna.

¹ WHO. Global status report on noncommunicable diseases. Geneve, 2011

² Martino A, Salute Globale ed effetti sulla salute. In AA.VV Salute Globale in una prospettiva comparata Brasile Italia, Rede Unida Editrice, 2016 Porto Alegre.

di contestualizzare gli interventi, in modo che questi possano rispondere efficacemente agli specifici determinanti di salute che si realizzano alle intersezioni tra geografia e traiettorie di vita.

A tale scopo pare appropriato realizzare interventi fortemente legati al territorio (modello della Comprehensive Primary health Care della WHO³) e centrati sulla persona e sulle sue reti di relazioni (People's centered integrated care, WHO⁴).

Il set di informazioni necessarie per operare in questo scenario è rappresentato da un mix tra conoscenze evidence-based standardizzate, prodotte attraverso metodologie prevalentemente quantitative, e conoscenze sviluppate “in prossimità” del contesto e delle persone che lo vivono. In questo ultimo caso però è necessario dotarsi di apposite metodologie quali-quantitative di produzione delle conoscenze locali, con una spiccata vocazione traslazionale, tentando cioè di rispondere a precise necessità dei servizi e della comunità, e prestando particolare attenzione alle strategie di trasferimento di tali conoscenze nelle pratiche e negli assetti organizzativi e normativi.

Alla luce di quanto detto, l'approccio utilizzato all'interno del Laboratorio Italo-Brasiliano ha portato a sperimentare e sviluppare una metodologia di lavoro innovativa, che consente l'emersione delle conoscenze e delle competenze contestuali nonché la loro capacità di dialogo con quelle prodotte in altri contesti. Tale metodologia associa le esperienze di ricerca-intervento e di formazione-intervento riconoscendo l'importanza del ruolo della ricerca nella comprensione dei processi di salute e malattia a livello locale, così come la centralità dell'analisi degli intrecci tra luoghi geografici ed esistenziali, e i loro effetti sulla salute di individui e comunità. Questo approccio è definito multi-locale e multi-situato.

Da un punto di vista teorico, la ricerca multi-situata non rappresenta una novità, dal momento che può essere definita come un particolare tipo di ricerca etnografica, nata negli anni '80 all'interno della ricerca antropologica interdisciplinare. Viene utilizzata estesamente in studi di tipo sociale che coinvolgono i processi della globalizzazione, soprattutto per quel che concerne la cooperazione internazionale e i

processi migratori. Tale approccio risponde all'esigenza di allargare l'orizzonte di osservazione a tutti i luoghi e contesti che fanno parte della storia dei soggetti o dei processi in analisi, superando la dicotomia tra globale e locale, nonché la separazione tra locale e locale nel contesto globalizzato. La metodologia multi-situata permette, quindi, di superare l'idea di comunità chiuse, rigidamente separate da confini definiti, adottando una prospettiva più dinamica di interazioni e influenze multiple e reciproche. L'approccio multi-locale invece tende ad evidenziare come tali influenze dipendano anche da reti di relazioni definite dai “territori esistenziali”, strutturati in base a fattori culturali, sociali, economici e politici, che al contrario tendono a connotare rigidamente spazi chiusi all'interno del contesto sociale⁵.

Questo è particolarmente rilevante in ambito socio-sanitario, dove è riscontrabile una storica frammentarietà tra servizi, professionisti, gestori e utenti; tra cure “ufficiali” ed altri settori della cura. In questo contesto, l'oggetto di analisi dell'approccio multi-situato e multi locale è la produzione di significati, simboli, immaginari, ma anche fattori strutturali e processuali che hanno effetto sulla salute di soggetti e comunità, tenendo in considerazione l'integrazione dei piani micro (quotidiano dei differenti contesti studiati), meso (ambito gestionale e organizzativo di riferimento, profilo di comunità e del territorio) e macro (contesto storico, politico e sociale).

Nell'ambito della cooperazione del Laboratorio Italo-Brasiliano, questo approccio richiama due ulteriori presupposti: 1) l'esistenza di una trasversalità rispetto alle problematiche riscontrabili nei servizi di differenti contesti locali (tanto nelle Case della Salute delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, quanto nelle Unità di Salute e nei servizi di assistenza primaria degli stati brasiliani); 2) la maggiore efficacia delle strategie di analisi ed intervento quando vengono coinvolti e mobilitati differenti attori dello stesso territorio (gestori, professionisti, ricercatori, universitari, pazienti e cittadini).

Le attività del Laboratorio Italo-Brasiliano coinvolgono contesti caratterizzati da servizi pubblici e universalistici, incentrati su processi di

³ Primary Health Care Now More Than Ever, WHO, Geneva 2008 http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

⁴ Sixty-ninth World Health Assembly: Framework on integrated, people-centred health services Report by the Secretariat http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1

⁵ Martino A; Marta BL; Guimarães C; Canini A. Processos globais, contextos locais: extensão comunitária, territórios em transformação e formação em saúde. Com- Unidade: experiências extensionistas. 1ed.São Paulo: Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2014, v., p. 58-72.

territorializzazione e assistenza primaria. Ciò da un lato permette l'identificazione di criticità comuni influenzate da determinanti strutturali che gravano indistintamente sui servizi dei due paesi (transizione epidemiologica, effetti della globalizzazione, flussi migratori, crisi economica); dall'altro favorisce lo scambio di buone pratiche esportabili e/o ri-adattabili, fornendo ulteriori prospettive attraverso cui analizzare il proprio contesto.

Tale approccio, grazie al focus specifico su formazione-intervento, permette inoltre

l'acquisizione di competenze, che vengono attivamente “restituite” al campo, determinando un processo di capacitazione all'interno di contesti di pratiche concrete e quotidiane, e favorendo l'ampliamento delle reti e delle connessioni tra luoghi e settori differenti.

La cooperazione internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano, in questo senso, è il dispositivo attraverso cui vengono riconosciuti i punti di forza sviluppati nei rispettivi territori loco-regionali, e incentivata la creazione di reti locali tra loro interconnesse.

Le piazze dell'esperienza: la voce dei territori

Maria Augusta Nicoli¹.
Vanessa Vivoli¹
Fabrizia Paltrinieri²

Presentazione:

La grande trasformazione sociale in cui siamo immersi chiama i Servizi a ricostruire il consenso dei cittadini verso la propria azione, promuovendo la partecipazione nelle politiche sanitarie e di welfare.

In tal senso, alcune questioni emergono come cruciali:

- l'importanza di andare verso i cittadini, mediante interventi di comunità, strategie di territorializzazione e servizi di prossimità;
- generare nuove risorse in collaborazione con i cittadini per la promozione della salute e qualità della vita;
- favorire la costruzione di contesti che consentano l'elaborazione collettiva dei disagi individuali, promuovendo la salute mentale e della comunità;
- sostenere lo sviluppo di nuove competenze trasversali a supporto del cambiamento, rafforzando l'integrazione inter-istituzionale e interprofessionale all'interno dei servizi.

Per fronteggiare tali sfide, nei differenti territori del Brasile e della Regione Emilia-Romagna sono stati avviati processi istituzionali caratterizzati da un elevato grado di innovazione, strettamente correlata alla capacità degli attori sociali di generare strumenti integrati di intervento e partecipazione, al tempo stesso di formazione, ricerca e pratica, sia in ambito programmatico che di gestione (es. servizi di prossimità, Case della Salute).

Le attività di confronto teorico-metodologico degli scorsi anni, portate avanti all'interno del Laboratorio Italo-Brasiliano, hanno visto il progressivo coinvolgimento di servizi e territorio, attribuendo sempre più protagonismo agli attori e ai processi locali da loro avviati e sostenuti.

Nel febbraio 2017, durante il 6° Workshop internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano, dal titolo "Pratiche innovative per l'assistenza primaria: esperienze internazionali a confronto per la salute e il benessere delle comunità", è stata organizzata la giornata "*Le piazze dell'esperienza*", un laboratorio interattivo di pratiche, rivolto agli operatori e agli attori coinvolti nel lavoro di cura e assistenza di differenti territori di Italia e Brasile. Il laboratorio, basato sul confronto tra esperienze, è avvenuto all'interno di sette diverse "piazze" tematiche. Attraverso l'utilizzo di poster, i partecipanti hanno potuto presentare e mettere a confronto le attività realizzate nei rispettivi territori, dialogando con colleghi provenienti da realtà differenti per ripensare e integrare le proprie pratiche.

La metodologia:

La metodologia, utilizzata è quella delle "piazze dell'esperienza", messa a punto dall'equipe che opera all'interno dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna in relazione all'innovazione sociale delle politiche pubbliche in ambito sanitario e sociale.

La metodologia si basa sulla necessità di creare un setting di confronto "orizzontale" basato sull'ascolto attivo dei diversi partecipanti all'evento. Viene completamente rivisitata la classica forma seminariale¹ che prevede la presentazione di relazioni e un pubblico che ascolta, oppure che relega la parte espositiva delle esperienze dopo gli interventi teorico-concettuali.

L'obiettivo è quello di cogliere cosa le pratiche stanno

¹ Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Area Innovazione sociale.

² Servizio politiche per l'infanzia sociale.

costruendo in termini di nuovi saperi e nuove prassi pertanto viene strutturato un laboratorio interattivo e si crea uno spazio in cui le esperienze possano raccontarsi e interagire con interlocutori che rappresentano le interfacce istituzionali di riferimento (es. amministratori degli enti locali), interfacce organizzative (es. dirigenti dei settori che hanno un collegamento con le pratiche che vengono raccontate, oppure operatori di servizi affini) e con interfacce che rappresentano le comunità di riferimento (associazioni e altre forme di società civile)

La metodologia prende il nome da “le piazze” per richiamare metaforicamente lo “spazio pubblico”² che appartiene alla cultura italiana. -La piazza- è il luogo dove tradizionalmente si attua quella alchimia che porta anche sconosciuti a ritrovarsi per discutere di politica, di attualità e altro ancora, con una dinamica mobile che permette a tutti di sostare e prendere parte al confronto che si genera. È importante la sottolineatura che si tratta di “spazio” – “pubblico” per richiamare la necessità di un processo di elaborazione che scaturisce dal gruppo e nel gruppo dei partecipanti. La tematizzazione e l’elaborazione dei contenuti non rimane confinata e incastonata nella singolarità degli individui. “La piazza” inoltre si trasforma e riesce a scomporsi in nuclei denominati “capannelli” (piccoli gruppi di discussione) permettendo anche una scomposizione dei temi per ritornare “corpo unico” in cui tutti riconfluiscono in un unico gruppo di discussione.

Ecco allora che per creare questa dinamica sono stati identificati alcuni elementi di base per riprodurre la metodologia delle piazze.

Il primo passo è definire in base all’argomento che si vuole affrontare la suddivisione per aree tematiche e inviare una richiesta di adesione accompagnata da una scheda che permetta la presentazione in funzione del tema da affrontare. La scheda quindi viene modulata sulla base delle necessità del confronto e solitamente è chiamata “carta d’identità” dell’esperienza

Il secondo passo è rappresentato dalla identificazione

degli esploratori che sono individuati all’interno di quelle tipologie di interfacce richiamate sopra. Gli esploratori hanno il compito di giocare una funzione al di fuori del loro ruolo tradizionale, mettendo i panni dell’etnografo. Come tale più che esporre il suo punto di vista si mette in ascolto, formula domande, sollecita riflessioni. L’esperienza in questo modo non solo viene valorizzata come fonte di dati importanti ma anche come soggetto che può portare innovazione e conoscenza. Agli esploratori viene quindi mandata una scheda informativa e l’invito a prendere parte ad una delle piazze tematiche individuate.

Nelle diverse edizioni in cui si è utilizzato la metodologia delle piazze, sono state introdotte modifiche per rendere la dinamica più efficace nel creare sintesi utili al processo, come ad esempio la possibilità di riferire i contenuti prodotti nelle diverse piazze in “una unica piazza grande” è stata agevolata dalla presenza di “sintetizzatori”.

Per concludere:

Così nel Laboratorio italo-brasiliano si è riservata una giornata strutturata secondo la metodologia delle “piazze”, identificandole in base ai temi che si intendevano affrontare e che hanno guidato alla scelta delle esperienze da coinvolgere.

Bibliografia:

- ¹ Marianella Scalvi *L’arte di ascoltare e mondi possibili*, Editore Bruno Mondadori, Milano 2003
- ² Sennet R. *Il declino dell’uomo pubblico*, Editore Mondadori, Milano, 2002.

I temi de le piazze dell'esperienza

Francesco Sintoni¹,
Brigida Lilia Marta²

Le voci dei territori hanno fatto eco a diversi temi di grande rilevanza per il pensiero e il fare nel sistema sanitario e sociale. Faremo una breve presentazione, che sarà seguita da una sintesi.

Interventi di comunità

Nell'attuale contesto, caratterizzato dalla triplice transizione epidemiologica, demografica e sociale, si assiste a una trasformazione dei principali bisogni della popolazione e alla conseguente necessità di adattare e innovare l'offerta dei servizi. La partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento della comunità appare come una fondamentale risorsa per l'analisi dei bisogni e la co-costruzione di programmi e interventi sostenibili, integrati nella vita quotidiana delle persone e implementati in maniera condivisa. Inoltre, in ottica di equità ed inclusione, un approccio partecipativo può restituire voce anche a quelle fasce di popolazione più vulnerabili/fragili spesso escluse dalla vita attiva della comunità.

Gli interventi di comunità partono dal presupposto che la salute sia un processo multidimensionale e condizionato da differenti determinanti, e che siano quindi necessarie competenze multidisciplinari e integrate sia all'interno dei servizi sia a livello territoriale.

La cultura della partecipazione e della responsabilità sociale è antica e radicata sia nel contesto della Regione Emilia-Romagna, dove viene attivamente incentivata negli atti di pianificazione regionale, che in Brasile, in cui organi partecipativi quali i Consigli federale, statali e locali di salute sono stati istituiti attraverso atti di carattere costituzionale.

A partire dalla ricchezza di esperienze presente nei

due contesti, il Laboratorio Italo-Brasiliano si è proposto di mettere in rete alcune sperimentazioni significative, sviluppando ulteriori connessioni.

Le esperienze di seguito presentate affrontano alcune tematiche condivise tra i due contesti: come mantenere vivi ed effettivi gli spazi di partecipazione, evitandone la burocratizzazione e la strumentalizzazione; quali strumenti utilizzare per promuovere il coinvolgimento e la valorizzazione dell'esperienza e delle istanze delle fasce più vulnerabili della popolazione; come avvicinare il piano istituzionale a quello comunitario per l'elaborazione condivisa di programmi e politiche; come superare la frammentazione dell'offerta dei servizi, in particolar modo quelli sociali e sanitari. Vengono inoltre illustrate modalità attraverso cui favorire spazi di ascolto e creazione di legami e condivisione, come strumento di promozione del benessere e dell'empowerment individuale e comunitario. Infine, vengono presentate buone pratiche ed esperienze di progettazione partecipata istituzionale, caratterizzate dal coinvolgimento progressivo e sostanziale della popolazione.

Territorializzazione dei servizi e Case della Salute

Conseguentemente al cambiamento dello scenario epidemiologico e sociale, sia in Italia che in Brasile assistiamo all'emergere di nuove sfide per i sistemi dei servizi, che necessitano l'introduzione di nuovi strumenti e maggiore flessibilità. Al fine di garantire risposte adeguate e nel contempo equità d'accesso, occorre implementare servizi basati su una logica di integrazione a tutti i livelli, attraverso programmi e azioni trasversali, che tengano in rete i servizi e la

¹ Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna.

² Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna.

comunità nel suo complesso e permettano di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, più soggetti e istanze sociali. I nuovi modelli organizzativi proposti pertanto sono costituiti da reti integrate di professionisti e servizi. In questo contesto, territorializzare i servizi significa attribuire crescente protagonismo al territorio, e costruire un'offerta basata su un'attenta analisi della domanda e dei bisogni di salute, specifici per ogni contesto locale. Il processo di territorializzazione non deve essere inteso quindi soltanto come un'azione tecnica, ma come un percorso di trasformazione della cultura dell'assistenza e della relazione tra servizi e territorio, attraverso il coinvolgimento di committenza politica, gestori, professionisti, operatori, comunità e soggetti deputati alla formazione a tutti i livelli. Di seguito vengono presentate alcune esperienze di territorializzazione nei contesti italiano e brasiliano, analizzando questioni cruciali quali capacità di risoluzione dei problemi e delle istanze della popolazione, integrazione dei servizi e continuità della presa in carico. Vengono descritte esperienze italiane in cui il modello della Casa della Salute è presentato come opportunità per connettere e coordinare settori della comunità e dell'assistenza, raccogliendo la sfida della trasformazione dei servizi. Nelle esperienze descritte, la Casa della Salute si è configurata come nuovo luogo di riferimento per la creazione di legami e reti con il territorio, producendo modelli organizzativi sperimentali e integrati e assetti clinico-assistenziali innovativi quali l'Ospedale di Comunità. Altre esperienze evidenziano come sia possibile, a partire da servizi organizzati sui bisogni di varia natura (psicologica, socio-sanitaria, etc) strutturare percorsi integrati, orientati al rispetto del progetto e dei desideri di vita dei cittadini. In tal senso, emerge come prerogativa necessaria lo sviluppo di competenze e capacità di accoglienza e di ascolto dei bisogni, che permettano la ricomposizione della rete dei servizi ed una presa in carico globale ed inter-professionale, flessibile ed adattata alle esigenze concrete. A tal fine, vengono presentati nuovi servizi dedicati quali il Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario; l'ambulatorio H12, l'Ospedale di comunità; nonché strategie formative, di monitoraggio e valutazione continua per la qualificazione dei servizi e l'accompagnamento in percorsi di co-progettazione.

Sono infine presentate le principali caratteristiche della Strategia di Salute della Famiglia e delle politiche di Assistenza Primaria brasiliana, enfatizzando alcune innovazioni organizzative. Tra queste, emerge l'importanza dell'approccio integrato attraverso cui equipe multidisciplinari offrono proattivamente assistenza clinica e servizi di sanità pubblica, georeferenziati e capillari sul territorio. Figure

caratteristiche sono gli agenti comunitari di salute, professionisti di raccordo tra sistema dei servizi e la popolazione, responsabili dell'identificazione dei bisogni e di azioni di promozione, prevenzione e vigilanza. Rilevante inoltre è il ruolo del sostegno allo sviluppo dei servizi, che può essere offerto dai governi statali, nel contesto brasiliano, anche attraverso figure professionali di interfaccia dedicate all'integrazione.

Promozione della salute e qualità della vita

La definizione globalmente condivisa di Promozione della Salute si rifà alla *Carta di Ottawa per la promozione della salute* del 1986. Tale concetto è stato più volte riaffermato a livello globale, sia in indicazioni di carattere politico-sanitario (Comprehensive Primary Health Care, modello Health2020, Sustainable Development Goals) che tecnico-scientifico (Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna; Política Nacional da Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde).

In ognuna di queste indicazioni la salute viene intesa come oggetto complesso, la cui promozione dipende dall'integrazione di più politiche, sociali, sanitarie, ambientali, culturali etc, volte alla costruzione di contesti che favoriscano inclusione e coesione, pari opportunità, equità e giustizia sociale.

Tale idea di promozione del benessere dei cittadini, riconducibile all'idea di Salute in tutte le politiche, fa parte sia della cultura brasiliana che di quella italiana, in quanto paesi con sistemi pubblici universalistici di stampo solidaristico.

Le esperienze raccolte nell'ambito del Laboratorio Italo-Brasiliano riaffermano la centralità degli spazi e dei luoghi non prettamente sanitari per la promozione della salute. Palestre e scuole possono configurarsi come spazi di intervento e risorse importanti e inedite a servizio della comunità e dei sistemi assistenziali. Tali spazi favoriscono uno spostamento del focus dalla prevenzione dei comportamenti a rischio alla promozione del benessere nei contesti di vita.

Le esperienze mostrano inoltre che figure non sanitarie possono giocare un ruolo decisivo anche nella ridefinizione degli interventi. Altre esperienze mettono in luce come sia possibile strutturare concreti percorsi di promozione del benessere e delle autonomie a partire dall'ascolto, dalla condivisione e

rielaborazione delle proprie fragilità, mediante strategie di contrasto all'isolamento. Anche da queste esperienze sono emersi strumenti e metodi di lavoro particolarmente funzionali: utilizzo di figure di facilitazione; pratiche di co-gestione; peer education, autoformazione e formazione permanente; valutazione e auto-riflessività; auto-mutuo-aiuto.

Servizi di prossimità

I cambiamenti caratteristici della nostra epoca e il contesto di rapide trasformazioni dovute ai processi della globalizzazione e alla crisi economica evidenziano sempre più la presenza di condizioni di vulnerabilità, fragilità e disagio multidimensionali, spesso poco visibili ai servizi.

Per poter rilevare efficacemente tali condizioni è auspicabile sviluppare nuove competenze e nuovi modelli intersettoriali dinamici di promozione della salute e presa in carico. A tal fine occorre dare “nuovi nomi a nuovi problemi”, per superare le tradizionali forme di categorizzazione e di erogazione dei servizi. Interessante notare difatti che la maggior parte di queste problematiche ha radici plurime, complesse e difficilmente inquadrabili, che necessitano di un'analisi inter-generazionale e in prospettiva life-course, coinvolgendo non solo l'individuo ma il suo nucleo di supporto/riferimento e strutturando interventi sostenibili e flessibili al cambiamento.

Occorre affrontare il tema, quindi superando le tradizionali logiche contingenti per costruire risposte articolate a bisogni complessi a cui spesso si sommano anche problemi legati a dipendenze, disagio mentale, condizioni di deprivazione materiale e relazionale.

In questo contesto, la sfida dei servizi di prossimità è quella di rendersi veramente “prossimi” alle problematiche dei soggetti, “andando verso” i luoghi e i contesti di vita per meglio coglierne i segnali, sviluppando strumenti per un'attenta lettura e rilevazione multidimensionale dei bisogni espressi e inespressi e dei fattori di marginalizzazione che limitano l'accesso ai servizi. A partire da una visione integrata e inter-funzionale dei problemi è possibile l'attivazione di una rete di risorse sociali, sanitarie e territoriali, formali e informali, volte al miglioramento dell'autonomia e della qualità della vita dei soggetti e alla realizzazione di interventi condivisi e non normativi. Ciò può avvenire in particolare valorizzando le connessioni già esistenti e le sinergie

presenti nel contesto di riferimento della persona e della sua comunità.

A tale scopo è imprescindibile investire nel lavoro di comunità, aprendosi al territorio e alla cittadinanza, con l'obiettivo di uscire dall'autoreferenzialità, stimolare lo scambio e attivare nuove risorse e sinergie.

Le esperienze raccolte all'interno del Laboratorio Italo-Brasiliano descrivono la variabilità delle condizioni di fragilità attuali, e le possibili modalità di lavoro integrato, tra istituzione, servizi e popolazione di riferimento. Tra le strategie usate, emergono: sottoscrizione di protocolli di intesa tra enti municipali, università e terzo settore; investimenti in buone dotazioni informatiche; sviluppo di competenze e strumenti per la mappatura del territorio e per il lavoro in nuovi setting di continuità assistenziale (strada, ambulatori mobili, centri di accoglienza e di volontariato, etc.) Dalle esperienze inoltre sono individuabili alcune caratteristiche peculiari degli interventi di prossimità: flessibilità organizzativa e gestionale; bassa soglia di accesso; attività integrate con componente informativa e formativa. Gli esempi riportati esortano ad abbandonare l'approccio assistenzialista, per investire sul capitale sociale della comunità e lavorare con i nuovi concetti di equità, mutuo-aiuto, welfare generativo, elaborazione collettiva del disagio individuale. Vengono considerati servizi di prossimità anche quelle strategie organizzative che permettono di migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti attraverso interventi “prossimi” al loro contesto di vita, quali ad esempio strategie di teleconsulenza e di utilizzo di piattaforme virtuali di supporto all'assistenza primaria attivabili presso contesti domiciliari e territoriali.

Tras-formazione: come sostenere il cambiamento

La frammentazione riscontrabile nel sistema dei servizi non dipende soltanto da processi storico-politici, ma anche dal tradizionale impianto formativo universitario, caratterizzato da una rigida suddivisione dei percorsi tra i differenti settori disciplinari. Ciò ha prodotto una netta separazione di ruoli, competenze e responsabilità, con importanti ricadute nella capacità dei professionisti di mantenere una visione globale sui problemi. Nel contesto attuale appare invece necessario sviluppare competenze trasversali e condivise, capacità di lavoro in equipe e di interazione

in reti, nonché flessibilità e adattamento costante ai bisogni. A tal fine è importante che la ricomposizione “strutturale e funzionale” dei servizi sia affiancata da una profonda trasformazione della cultura dell’assistenza, a partire dai processi formativi. Numerose esperienze raccolte all’interno del Laboratorio Italo-Brasiliano mettono in luce alcuni elementi chiave per sostenere questo tipo di innovazione:

1. Strutturazione di percorsi di formazione situata multidisciplinare che rispecchino l’integralità dell’assistenza, mediante collaborazioni tra università e servizi sociali e sanitari del territorio. Tali immersioni negli scenari di pratiche costituiscono il presupposto per la costruzione di nuove rappresentazioni degli studenti rispetto alle loro aspirazioni professionali;
2. Superamento dei modelli individualistici e ospedale-centrici di formazione universitaria, adottando approcci integrati e interprofessionali, maggiormente aderenti al contesto socio-epidemiologico attuale;
3. Introduzione di elementi di co-progettazione della didattica, attraverso il coinvolgimento degli studenti e di persone invitate in virtù della loro esperienza diretta dei fenomeni sociali analizzati, restituendo protagonismo agli attori oggetto di studio. Tale approccio promuove un processo rigenerativo per tutti i coinvolti: aumenta l’autoconsapevolezza del corpo discente; legittima i saperi generati dall’esperienza e le voci del territorio; rafforza il mandato sociale dell’accademia;
4. Sviluppo di percorsi di riflessione e progettazione inerenti agli aspetti organizzativi del sistema dei servizi, valorizzando il confronto tra studenti e operatori come stimolo per l’innovazione delle professioni e dei processi assistenziali.

Nelle esperienze di seguito descritte sono identificabili alcuni metodi e strumenti a sostegno di tali processi di innovazione, quali l’organizzazione di visite e viaggi di istruzione nei servizi; l’attivazione di scambi internazionali per l’approfondimento di altri modelli formativi e socio-assistenziali; la

possibilità di attivare tirocini extracurricolari sul territorio in strutture non classicamente intese come ambiti di formazione (dormitori per cittadini senza fissa dimora; mense di distribuzione pasti etc); co-docenza e produzione di materiali di documentazione e comunicazione.

La salute mentale nel territorio

Sia in Italia che in Brasile è consolidato ormai da tempo un approccio umanizzato e integrato all’assistenza dei soggetti con sofferenza mentale. I percorsi di cura vengono personalizzati secondo i bisogni e le condizioni dei soggetti, e finalizzati alla valorizzazione delle risorse individuali e comunitarie a supporto del recupero del maggior livello di autonomia possibile. Sulla scorta di questo approccio, le esperienze a confronto nel Laboratorio Italo-Brasiliano propongono ulteriori prospettive interpretative del fenomeno della sofferenza mentale, con ricadute importanti nell’ambito dell’offerta dei servizi. Un elemento centrale è il riconoscere la necessità di considerare i vissuti, i saperi e le riflessioni che discendono dall’esperienza soggettiva della sofferenza mentale, come aspetto necessario a inquadrare il fenomeno e definire migliori approcci al problema. Il protagonismo dei soggetti e la loro legittimazione può favorire l’individuazione di percorsi inediti di vita e promozione del benessere. Molte delle esperienze di seguito descritte rappresentano un territorio di confine che permette di risignificare categorie predefinite della sofferenza mentale; uno spazio abitabile in cui si costruiscono ponti e connessioni. Le esperienze mettono in luce come un approccio non assistenzialista, mirato alla valorizzazione dei soggetti, abbia permesso di strutturare percorsi di formazione professionale, principalmente in ambito artistico, fornendo ai soggetti coinvolti strumenti e abilità espressive e comunicative, volte alla risocializzazione e al contrasto della stigmatizzazione spesso associata a tale sofferenza. In tal senso attività di editoria, teatro, arte burattinaia, collettivi di artisti, radio comunitarie, costituiscono potenti elementi trasformativi culturali e sociali, non solo per gli utenti dei servizi, ma anche per l’intera comunità.

Tali esperienze, in alcuni casi, hanno permesso l’emersione di talenti e la possibilità di strutturare vere e proprie competenze professionali.

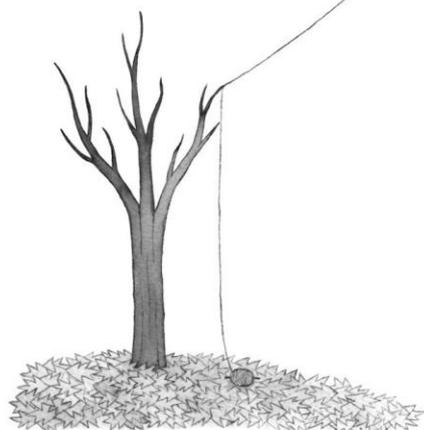
SFIDE ATTUALI DELLA PARTECIPAZIONE SOCIALE IN SALUTE A PORTO ALEGRE

Frederico Viana Machado | Gabriel Calazans Baptista | Alcindo Antônio Ferla
phredvm@gmail.com | g.calazans.baptista@gmail.com | ferlaalcindo@gmail.com

Ricercatori della Rete Governo Collaborativo in Salute dell'Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUZIONE: La partecipazione sociale è una direttrice operativo-organizzativa importante per il Sistema Unico di Salute (SUS) in Brasile. Organismi partecipativi, come per esempio i Consigli di Salute, sono stati pertanto creati per permettere la democratizzazione delle relazioni tra Stato e società e il perfezionamento delle politiche pubbliche. Numerosi studi discutono il funzionamento di questi spazi, che nonostante si siano posti l'obiettivo di essere inclusivi e partecipativi, "nella pratica" hanno avuto uno scarso impatto sul processo di elaborazione delle politiche sanitarie (...), inoltre, nell'implementazione pratica, le decisioni prese vengono spesso ridotte o controllate (KOHLER & MARTINEZ, 2015)". In questo contesto, alcuni Consigli Locali di Salute (CLS) dei servizi di assistenza primaria, hanno cercato di intraprendere un percorso di de-burocratizzazione, ampliamento e rinnovamento delle modalità di relazione con gli utenti, proponendosi come risorsa per la qualificazione dei servizi e per la loro permeabilità alle richieste e necessità delle comunità.

OBIETTIVO: il processo di ricerca si propone di investigare la strutturazione e lo sviluppo di queste istanze partecipative nella città di Porto Alegre, offrendo indicatori, teorie e proposte di azione che contribuiscano all'implementazione di una strategia di gestione coerente alle esigenze dei territori e alle potenzialità dei CLS. Obiettivi della ricerca sono: il miglioramento dei principali indicatori socio-sanitari; un approfondimento del dibattito rispetto alla democratizzazione dello Stato e alla trasformazione della realtà sociale mediante la partecipazione della cittadinanza. I risultati verranno comparati con alcune esperienze attualmente realizzate in Italia, come strategia di ampliamento della prospettiva di analisi e potenziamento delle possibilità di pensare al funzionamento dei CLS e delle altre pratiche di partecipazione sociale in Brasile.

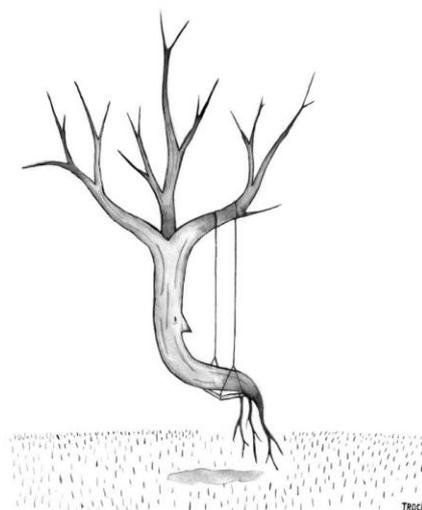


METODOLOGIA:

- 1ª Fase** – Analisi di documenti/bibliografica e Mappatura del Campo;
- 2ª Fase** – Caratterizzazione e analisi dei CLS. Verrà applicato un questionario ai coordinatori di tutti i CLS delle Unità Basiche di Salute di Porto Alegre.
- 3ª Fase** – Analisi delle Dinamiche di Interazione e Politiche attraverso studi etnografici con scrittura di diario di campo e interviste semi-strutturate in casi specifici.
- 4ª Fase** – Integrazione, Devoluzione e Disseminazione dei Risultati.

RISULTATI PRELIMINARI:

- Attraverso l'applicazione di un questionario pilota stiamo realizzando la mappatura del campo. Questo strumento verrà perfezionato per la seconda fase;
- I contatti iniziali indicano che la maggior parte dei CLS funzionano in modo burocratico e con poca partecipazione degli utenti, come individuato in letteratura;
- Tuttavia, alcune esperienze hanno mostrato di aver raggiunto una maggiore articolazione con le necessità espressa dalle comunità e, oltre a sviluppare strategie di mobilitazione della cittadinanza, hanno affrontato questioni che oltrepassano il campo specifico delle politiche di salute, problematizzando la questione abitativa, il trasporto pubblico e il crescente problema della violenza urbana.



TROCHE



La comunità che cura: una ricerca azione parte per promuovere salute nella zona di Pescarola

Marianna Parisotto, Martina Riccio, Valeria Gentilini, Marianna Bettinzoli, Nadia Maranini,
Chiara Bodini, Francesca Cacciatore, Anna Ciannameo, Ilaria Camplone, Angelo Lorusso



Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) - APS
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
Contatti: e-mail csi.aps@inventati.org

PARTNER DI PROGETTO

Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) – APS; Università di Bologna (Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia); Associazione Dispositivi Psico-sociali; Coordinamento Volontariato Lame (CVL)

INTRODUZIONE

Come Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) – APS, associazione di promozione sociale, stiamo svolgendo da inizio 2015 un **progetto di ricerca azione partecipata multidisciplinare** nella zona di Pescarola, nella periferia bolognese. L'area di Pescarola è prevalentemente abitata da persone in condizioni di vulnerabilità, in particolare per la concentrazione di edilizia popolare con elevato numero di anziani e stranieri, e persone con difficoltà sociali ed economiche; i problemi di salute, accentuati dalla precarietà economica e sociale, si accompagnano a una tendenza all'isolamento, sia nella relazione tra inquilini sia nel rapporto con i servizi territoriali.

Il progetto intende **co-costruire con gli abitanti spazi di partecipazione** in cui raccogliere i bisogni sociali e le domande di salute rilevanti per la cittadinanza e, contemporaneamente, **avvicinare ai servizi socio-sanitari presenti nel territorio fasce di popolazione** che, pur in condizione di bisogno e fragilità, non incontrano nelle strutture esistenti una presa in carico adeguata.



Fig. 1. Dove voi per stare bene? Mappa realizzata dai bambini seguiti dal centro socio-educativo della zona.

ATTIVITÀ

Le principali attività svolte sono:

1. **L'analisi di contesto:** l'analisi quantitativa dei dati demografici del Comune di Bologna evidenzia come la zona di Pescarola sia interessata da un fenomeno di **invecchiamento della popolazione**, a differenza di quanto avviene nel Comune e nel quartiere di appartenenza. Rispetto ai problemi sanitari e l'accesso ai servizi, si è svolta una prima valutazione utilizzando il protocollo dei Profili di Nucleo di Cure Primarie; è in programma un'analisi epidemiologica per ampliare l'indagine. L'analisi qualitativa si è svolta tramite l'osservazione partecipante e le interviste ai medici di medicina generale e alla pediatra di libera scelta. La partecipazione con cadenza regolare alle attività delle/i volontari/e ha facilitato la costruzione di una relazione di conoscenza e di fiducia; questo ha permesso, durante momenti di scambio informale, l'**emersione dei problemi e delle difficoltà**. Le interviste ai medici riportano una grossa domanda di antidepressivi, ansiolitici e antidolorifici. Per alcuni professionisti, **i principali problemi di salute sono sociali e non sanitari**. Emerge inoltre la **difficoltà di accesso** ai servizi sociali e sanitari in modo appropriato rispetto ai bisogni.
2. La mappatura partecipata dei determinanti sociali di salute e delle risorse formali e informali disponibili per gli abitanti (servizi socio-sanitari, trasporti, servizi scolastici ed educativi, spazi di aggregazione). Sono stati organizzati laboratori all'interno di attività già consolidate (centro socio-educativo per minori, corso di italiano per donne straniere). Attraverso l'utilizzo di mappe e forme di espressione visive e creative si è tentato di approfondire **i significati legati alla salute e le possibilità/ostacoli che il territorio offre rispetto ai bisogni di vita** degli/le abitanti.
3. La creazione di relazioni e sinergia con i servizi, le istituzioni e le associazioni del territorio per la costruzione di un tavolo intersettoriale di confronto che, con cadenza regolare, veda la partecipazione del presidente di quartiere, di responsabili e operatori dei servizi educativi, sociali e sanitari, del Comitato dei cittadini residenti, del CVL e di altre realtà associative che agiscono nella zona di Pescarola per **rafforzare le reti e promuovere la collaborazione** tra soggetti, realtà e istituzioni presenti nel territorio, così da poter **ripensare i percorsi assistenziali sulla base dei bisogni** di salute emersi dalla ricerca-azione.

METODOLOGIA

La ricerca si avvale largamente dell'approccio della **ricerca azione partecipata (PAR)** svolta in contesti di comunità, per la quale la partecipazione è vista come uno strumento per superare la dominazione professionale, ridurre la dipendenza dai servizi, promuovere principi democratici e l'emancipazione dei soggetti. La **natura intrinsecamente emancipatoria** della PAR risiede nel suo essere un processo che include attivamente le persone che vivono un problema, rendendole co-ricercatori/trici tramite le loro stesse azioni. Chi conduce la ricerca assume quindi una posizione differente rispetto a quella che occupa nella ricerca tradizionale, ovvero un ruolo di facilitazione volto a **creare le condizioni affinché possano emergere i 'saperi dell'esperienza' di tutti coloro che partecipano**.

Come ci mostra la spirale della PAR, portare avanti questo tipo di processi necessita di un **atteggiamento flessibile e aperto all'incertezza** delle dinamiche che possono prodursi e dei relativi esiti, e richiede una **rialutazione continua e riflessiva delle azioni** progettate e realizzate. Il progetto non intende rappresentare un'alternativa alle risorse esistenti ma favorirne una maggiore mobilitazione e un migliore utilizzo. Contribuendo ad avvicinare il piano istituzionale e quello comunitario, il progetto pone le basi per **l'elaborazione condivisa di politiche** maggiormente rispondenti alle necessità della popolazione.

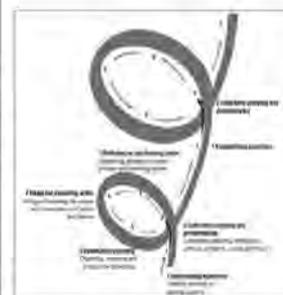


Fig. 2. Il processo spirale e ciclo della ricerca azione partecipata. (Fonte: Lowenson R et al. (2014) Participatory action research in health systems: a methods reader. IAHSC, AHPSP, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare)

UNA COMUNITA' CHE CURA

TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA SISTEMICA

Spazio di ascolto, di parola, di condivisione e creazione di legami.

Don Massimo Ruggiano, Maura Fabbri, Giovanna Esena, Gian Paolo Perrella

Indirizzo e-mail: gianperrella@gmail.com

“Animazione di gruppi di ascolto, di parola e creazione di legami in progetti di supporto e volontariato”

La creazione del progetto del gruppo di accoglienza e di ascolto ha avuto la sua finalità principale nella promozione del benessere dell'individuo, della ricerca della sua identità e della sua evoluzione personale.



La pratica:

La Terapia Comunitaria Integrativa Sistemica favorisce la condivisione di esperienze tra le persone; attraverso lo scambio e il mutuo sostegno emergono possibili vie di uscita per problemi individuali e collettivi.

Tale approccio permette alla comunità di co-costruire soluzioni a problemi che le persone da sole non sono in grado di trovare.

La metodologia:

Si tratta di uno spazio di ascolto, di parola, di condivisione e di creazione di legami, funzionante secondo regole precise. L'approccio permette, a partire da un'esperienza individuale condivisa, di elaborare un insieme di soluzioni sulla base della condivisione di esperienze vissute in un clima di ascolto, di libertà e assenza di giudizio. Parlare in prima persona di sé e del proprio sentire all'interno della ruota comunitaria suscita, attraverso l'ascolto attivo, diverse risonanze con le storie di ciascuno e attiva processi di identificazione.

Fondamenti teorici e linee guida:

- Il Pensiero Sistemico
- La Teoria della Comunicazione
- Antropologia Culturale
- Resilienza
- La Pedagogia di Paulo Freire
- Il modello partecipativo





La Tana di Grogh

Autori
Comune di Torrile

Da quale esigenza siamo partiti?

L'azione progettuale parte da un luogo positivo, già popolato, in cui si svolgevano attività educative laboratoriali rivolte a bambini/ ragazzi, anche con disabilità. Queste esperienze si sono messe a disposizione dell'intera comunità allo scopo di favorire attraverso un percorso partecipato, utilizzando il metodo del community lab, la creazione di una rete solidale attorno alle difficoltà ma anche alle risorse della comunità.

L'obiettivo è trasformare la «Tana di Grogh» in una «casa della comunità» in cui poter progettare insieme con la rete le azioni di supporto alla fragilità delle famiglie.

L'azione favorisce il riconoscimento alla comunità o parte di essa di competenza ed autonomia, anche nelle forme della collaborazione partecipata; rafforza la coesione sociale e lo spirito di solidarietà nei confronti dei soggetti più fragili, promuove la cultura dell'agio e del protagonismo dei bambini, ragazzi e giovani, persone disabili ed anziani.



Descrivere la pratica/l'azione progettuale

Il progetto 'La tana di Grogh', realizzato dal Comune di Torrile (PR), è un dispositivo locale attivato nell'ambito dell'Accordo di Programma per l'adozione del Programma Attuativo annuale 2016 del Piano di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale del Distretto di Parma. 'La tana di Grogh' fa parte dunque di una programmazione di tipo socio-sanitario ed in essa si inserisce, contribuendo a perseguire alcuni obiettivi centrali del Programma. In particolare fa parte dell'area di programmazione "Immaginare e sostenere il futuro (nuove generazioni e responsabilità familiari)"

Si rimanda al Manifesto della 'Tana di Grogh', in particolare alla sezione descrittiva della 'Tana di Grogh' e a seguenti paragrafi: 1) Perché la Tana e cosa è la Tana?; 2) Per chi è la Tana?; 3) Come si accede a La Tana? 4) Come si può contribuire al «progetto» la Tana?; 5) Come si sostiene la Tana?; 6) Come è organizzata la Tana?; 7) Cosa ci sta nella Tana? 8) Da cosa partire per «popolare» la Tana (alcune prime idee e proposte condivise).

http://www.comune.torrile.pr.it/sites/drupal_lepida_torrile/files/manifesto%20tana.pdf

La metodologia: quali strumenti utilizzati per implementare la pratica/l'azione progettuale ?

Per lo sviluppo dell'azione progettuale è stata utilizzata la Cabina di Regia allargata, tipico strumento della tecnica del Community Lab, che ha visto coinvolti in maniera progressiva e dinamica Soggetti attivi del Territorio (Servizi comunali, servizi ASL, Scuola, Servizi educativi locali, Parrocchia, Oratorio, Associazioni di volontariato, Coop. Soc.li, cittadini, Volontari del servizio civile nazionale, ecc).

COLLETIVO “LE MARIE DEL COLLE” Per l'Empowerment e il benessere della donna US Osmar Freitas/GDGCC/SMS/POA

VIEIRA, M. S.; STEFANELLO, K. P.; MARTINI, D.; ALVES, P. F.O.

Nel 2015 è stato avviato un progetto pilota del collettivo femminile “Le Marie del Colle” con l'obiettivo di rafforzare i legami con il servizio sociale e di moltiplicare i contenuti sociali e di salute, nella città di Porto Alegre. Un ulteriore obiettivo è stato quello di costruire insieme alla comunità un gruppo di lavoro per la valorizzazione della donna nella società, l'importanza del suo benessere e della sua emancipazione, nonché il suo inserimento nelle discussioni di interesse comunitario.



Per la sua approvazione, il progetto è stato presentato all'equipe di Salute della Famiglia, ai gestori dei servizi e all'equipe di assistenza sociale, che insieme hanno costituito un gruppo di facilitatori degli incontri.

Le attività vengono svolte mediante incontri settimanali presso uno spazio ceduto dal Centro Comunitario 'Boa Esperança'. I temi trattati riguardano l'inclusione e l'aumento della qualità di vita e del benessere della donna, attraverso discussioni aperte, seminari, dibattiti, gruppi di lavoro e interventi diretti sia all'interno, sia all'esterno della comunità.

Uno degli obiettivi secondari è stato promuovere un maggior utilizzo di fitoterapici da parte dei membri della comunità: attualmente infatti vi è un consenso nel Ministero della Salute rispetto a sicurezza, qualità ed efficacia dell'utilizzo di alcune piante medicinali. Nel corso delle attività è aumentato il contatto degli utenti con i fitoterapici, mediante seminari dimostrativi e il rifornimento delle piante che venivano coltivate nell'orto comunitario. Un obiettivo ulteriore è stato stimolare un cambiamento nelle abitudini di vita della popolazione, evitando una medicalizzazione eccessiva e promuovendo un maggior contatto con la salute e l'autocura di sé.



Il collettivo porta una nuova prospettiva di vita per le donne che vi partecipano e l'intenzione è quindi non solo di mantenerlo, ma di rafforzarlo con nuove iniziative, cercando di affrontare tematiche sociali, educative e di supporto per la risoluzione dei bisogni espressi.

Attualmente lavoriamo interscambiando esperienze con gruppi di altre comunità e gruppi intersettoriali, facendo di ogni Maria una fonte di sapere e di aiuto per il prossimo.

Durante ogni incontro viene presentato e discusso un tema di interesse del gruppo, o questioni che emergono a partire dalle necessità quotidiane. Fino ad ora sono state discusse le seguenti questioni:

1. Seminario sulla Politica Nazionale di Salute Integrale per la popolazione Nera; 2. Presentazione sul tema razza/colore e specificità inerenti all'assistenza; 3. Sensibilizzazione sulla salute della donna; 4. Orientamento sulla pianificazione familiare e MTS; 5. Discussioni su sessualità, genere e emancipazione femminile, Salute Orale, Anemia Falciforme, Importanza dell'esecuzione dei controlli Pre-natali e presentazione del gruppo di gestanti dell'unità; 6. Presentazione sui diritti della donna, contrasto alla discriminazione di genere e altri tipi di violenza; 7. Seminario sui diritti dei lavoratori e previdenziali; 8. Presentazione di opportunità di lavoro, corsi per imprenditoria, inserimento sociale e partnership; 9. Seminari di alimentazione sana (Certificazione UFRGS); 10. Seminari di riciclo e sostenibilità (Certificazione Rede Criar); 11. Seminario e partecipazione alla composizione dell'orto comunitario; 12. Seminari di artigianato; 13. Partecipazione a fiere culturali con presentazione di lavori manuali e generazione di reddito.



Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Portomaggiore: la psichiatria nella rete della Comunità

G. Rossi, F. Bonsi, R. Garbini, G. Marmugi, G. Targa, P. Carozza – Azienda USL di Ferrara

g.rossi@ausl.fe.it

Obiettivo è di fornire ai cittadini un miglior servizio di cura integrato con il progetto di vita attraverso percorsi e processi di integrazione fra tutte le Agenzie del Territorio di Portomaggiore che si occupano delle persone sia come utenti di Servizi che come attori del proprio territorio.

Obiettivi:

- Inserimento dei cittadini con patologia psichiatrica nel tessuto sociale per favorire lo sviluppo dei percorsi di vita e il mantenimento dei ruoli sociali
- Favorire le reti di cura e servizi in rapporto a bisogni e momenti di vita specifici
- Gestione della marginalità di diversa natura/origine
- Implementare l'integrazione dei servizi: dalla centralità dei servizi alla centralità della persona



Le aree dei percorsi integrativi

- DAI SM DP
- Casa della Salute
- Comuni
- Servizi sociali
- Cooperative ---Scacco matto
- Cittadini utenti --- CLUB
- Contesto di vita



STRUMENTI e METODI

- Tavoli sociali
- Percorsi di coprogettazione
- Collaborazione con MMG
- Gestione dei disturbi cronici
- Supporto fra pari
- Abitare supportato
- Facilitatori sociali

Parole chiave:

- Fluidità d'accesso e comunicazione tra cittadini e rete
- Prossimità
- Condivisione dei progetti
- Qualità di vita
- Da cittadino-problema a cittadino-risorsa

1- La psichiatria di comunità tra scienza e soggettività. P. Carozza F. Angeli Ed. 2010
2- Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona P. Carozza F. Angeli Ed. 2014
3- Il recovery dalla disabilità. R.P. Liberman – G. Fioritti Ed. 2012
4- Modalità assistenziali e organizzative integrate fra il sistema delle cure primarie e il sistema della Salute Mentale-Dipendenze Patologiche nella Casa della Salute – Determina RER DG n. 4446/2014

Accoglienza alla Salute

Preso in carico del cittadino dal primo momento in cui afferisce alla Casa della Salute.

di Bertilla Mazzanti, Micaela Pandini, Salvatore Strano

Obiettivi

- Prendere in carico i bisogni sociosanitari in modo multiprofessionale.
- Creare una rete di servizi a supporto dell'accoglienza e della gestione interprofessionale
- Orientare l'accesso ai servizi nella loro globalità,
- Favorire integrazione e flessibilità delle postazioni Front Office



Descrizione

L'area dell'Accoglienza è costituita da:

area di analisi della domanda di salute, gestita dall'Infermiere per accogliere valutare e tradurre il bisogno, individuando le risposte appropriate all'interno dei servizi socio-sanitari.

punto informativo gestito dal volontariato del territorio di riferimento, al quale l'utente accede per informazioni di carattere generale o per informazioni inerenti la disponibilità e la logistica dei servizi sanitari socio sanitari e assistenziali.

punto URP al quale l'utenza si rivolge per richiedere informazioni ed essere orientati sui servizi e su quanto necessario a garantire la tutela dei diritti del cittadino, e vengono raccolti reclami suggerimenti segnalazioni.

sportello sociale dove l'assistente sociale valuta il reinserimento sociale di coloro che vivono situazioni temporanee di disagio, utilizzando le opportunità presenti nel territorio



Metodologia

Istituzione di un gruppo di lavoro costituito da professionisti per valutare le richieste provenienti dall'accoglienza, predisporre percorsi adeguati e gestire in modo integrato i casi complessi.

Formazione continua agli Operatori dell'area accoglienza per gestire con sicurezza il processo comunicativo.

Monitoraggio

Numero di pazienti che accedono all'area accoglienza

Tipologia di richieste all'area accoglienza

Numero pazienti presi in carico dai professionisti tramite accesso all'accoglienza

Somministrazione e valutazione di questionari di gradimento



Gestione integrata dei percorsi di assistenza primaria: l'esperienza di Castelfranco Emilia - Modena

Antonella Dallari, Massimo Fancinelli, Emanuela Malagoli, Nadia Marchesini, Elena Zini

Da quale esigenza
siamo partiti?

Castelfranco si trova in terra di confine tra Bologna e Modena, il confine può divenire luogo di separazione o luogo di integrazione. Qui ha avuto origine il tortellino che nella forma e nella sostanza (ripieno bolognese avvolto in una sfoglia modenese) simboleggia l'integrazione.



I progetti che presentiamo sono finalizzati a rispondere ai bisogni attuali della popolazione:

- **Punto Unico di Accesso Socio Sanitario (PUASS)** per una valutazione e gestione sociale e sanitaria degli utenti con bisogni complessi
- **Ospedale di Comunità (OSCO)** per favorire il rientro al domicilio, fornendo al paziente e alla sua famiglia le competenze necessarie
- interventi rivolti alla **salute degli adolescenti** e alla loro partecipazione attiva

Azioni di
integrazione

tra
professionisti



tra servizi

nella comunità



Strumenti

PUASS: sperimentazione UVM di I livello, adozione di nuovi strumenti di valutazione, interviste

OSCO: interventi formativi, sperimentazione primary care, somministrazione PREM, cartella informatizzata

Progetto adolescenti: mappatura servizi, focus group, strumenti web, foglio informativo tra PLS e MMG



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale
**Casa della Salute
Chiaravalle Centrale**



IL PUA: costruito su i bisogni della persona

Mario Staglianò - Antonella Drosi - Gisella Barbaro - Franceschina Sorace

La domanda organizzativa: da quale esigenza siamo partiti?

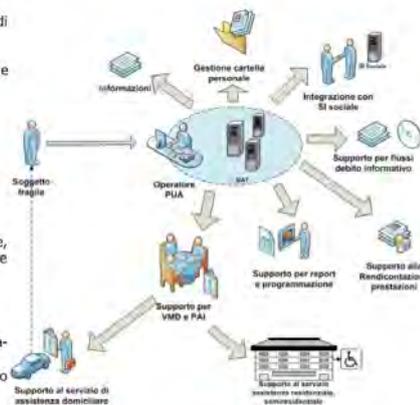
Il processo di invecchiamento della popolazione sta assumendo dimensioni rilevanti segnando quella che gli esperti chiamano "transizione epidemiologica" (il passaggio dalla prevalenza delle malattie infettive al crescente peso delle malattie croniche e degenerative).

La L. 328/2000 e le linee d'indirizzo tracciate dal D.Lgs. 502/1992, hanno favorito l'attivazione di modalità operative di integrazione socio-sanitaria:

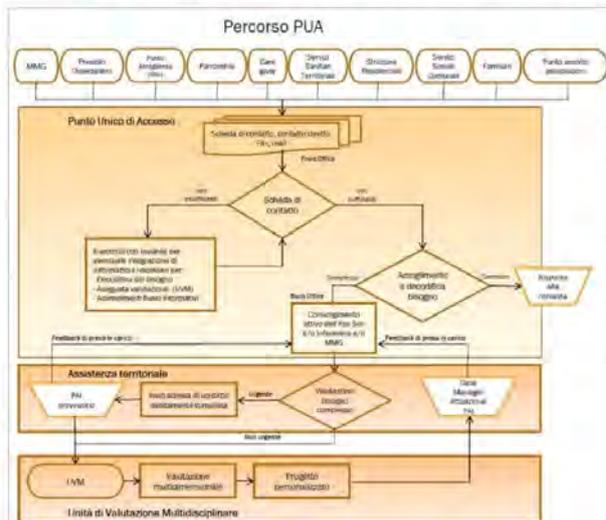
- i **Punti Unici di Accesso (PUA)** quali "moduli organizzativi integrati con i servizi sociali, diretti all'orientamento e alla presa in carico del cittadino";
- la **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** per l'accesso a servizi a elevata integrazione sanitaria;
- l'elaborazione di un **Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)** di intervento da parte delle UVM;
- la verifica nel tempo da parte dell'UVM degli esiti del percorso definito.

Il PUA si caratterizza quale "modalità organizzativa finalizzata a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Garantisce l'apertura a tutte le persone che vi si rivolgono, ponendo comunque una particolare attenzione a:

- persone cronicamente affette da patologie multiple;
- persone di età avanzata e con problematiche socio-economiche;
- persone straniere, anche temporaneamente presenti, che presentano problematiche sanitarie e/o sociali, complicate da difficoltà di relazione con i servizi per motivi linguistico-culturali;
- persone di minore età con situazioni di disagio e/o condizioni di salute, che ne ritardino od ostacolano lo sviluppo psico-fisico e sociale.



La risposta della ricerca: che cosa emerge? Come utilizzarlo?



Il Punto unico d'accesso rappresenta nei fatti lo strumento per razionalizzare e coordinare l'accesso ai servizi esistenti sul territorio secondo criteri di efficacia ed equità, con appropriatezza degli interventi e dei percorsi assistenziali individuati.

Il PUA si attiva su richiesta dell'utente o della sua famiglia, dei Servizi Sociali comunali o dell'ASL, a seguito di richiesta di un MMG o di un medico ospedaliero nei casi di dimissioni protette.

Attraverso i percorsi evidenziati nell'immagine gli operatori PUA, garantiscono:

- **attività' di informazione**
- **attività' di orientamento**
- **attività' di accompagnamento**

La metodologia: quali strumenti per rispondere alla domanda?

- Ricerca epidemiologica delle patologie prevalenti
- Mappatura delle associazioni del comprensorio
- Integrazione collaborativa Forum dei Cittadini e Punto di ascolto
- Ricerca della criticità di accesso ai servizi territoriali della Casa della Salute
- Definizione del percorso integrato di cura del paziente fragile

- Definizione degli indicatori di qualità del percorso di cura
- Realizzazione di strumenti per la valutazione degli indicatori
- Realizzazione percorso per la gestione del reclamo
- Monitoraggio della qualità percepita
- Formazione caregiver





FORUM DEI CITTADINI

Gruppo di Lavoro: Associazioni componenti il Forum
Coordinatore: Giorla Giorgio **Portavoce:** Tino **Giovanna Segretario:** Giotta Angela

La domanda organizzativa: da quale esigenza siamo partiti?

Il Forum dei Cittadini intende, al fine di ottemperare a quanto descritto nel proprio Statuto, suscitare nei cittadini potenzialità latenti e capacità di resilienza che contribuiscono ad affrontare situazione problematiche o complesse (problemi di salute; pratiche amministrative) e a promuovere una migliore capacità relazionale sia a livello individuale che collettivo.



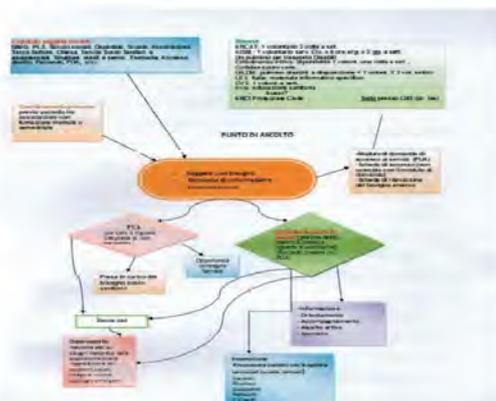
"nel diventare più maturo scoprirai che hai due mani" una per aiutare te stesso, l'altra per aiutare gli altri.

PUNTO DI ASCOLTO

La risposta della ricerca: che cosa emerge? Come utilizzarlo?

All'interno del contesto della Casa della Salute, tutti i cittadini, in forma libera o associata, collaborano con gli operatori al fine di raccogliere e farsi portavoce dei bisogni psico-fisico-sociali della comunità.

Nello specifico ci si interfaccia con il PUA, con i Medici di base, Medici Specialisti, Scuole, Enti locali e Parrocchie, con l'intento di raggiungere tutte le categorie di cittadini che esprimono situazioni di difficoltà ed essere partner decisionale con i vertici Aziendali .



La metodologia: quali strumenti per rispondere alla domanda?

Nel Punto di Ascolto opera un gruppo di volontari che è stato formato all'utilizzo di specifiche metodologie di ascolto e analisi dei bisogni per percepire meglio le istanze dei cittadini, confrontandosi anche con studenti, docenti, Sindaci e varie altre categorie della società. La finalità è quella di proporre e realizzare attivamente progetti che possano rispondere al meglio alle problematiche identificate, e contribuire al raggiungimento del benessere psico-fisico-sociale della persona. Coerentemente, è in fase di attivazione presso la Casa della Salute un progetto stilato dai cittadini e dalle Associazioni presenti all'interno del Forum, con la finalità di dare servizi ai soggetti non autosufficienti (consegna farmaci, consegna spesa, disbrigo pratiche amministrative)

Mirian Ribeiro Conceição
 Dottoranda del Programma di Bioetica, Etica Applicata e Salute Collettiva –
 UFF/UFRJ/FIOCRUI/UERJ
 Relatore: Túlio Batista Franco
 Universidade Federal Fluminense - RJ



UNITÀ BASICHE DI SALUTE E EQUIPE DI ASSISTENZA PRIMARIA

Assistenza Primaria

Il Sistema Unico di Salute (SUS) così come proposto dalla Riforma Sanitaria Brasiliana, in consonanza e sotto l'influenza del contesto internazionale, ha avuto come principale punto di riferimento l'Assistenza Primaria in Salute, elemento chiave per la trasformazione del modello assistenziale. Ciò nonostante, il percorso di consolidamento del SUS ha mostrato caratteristiche proprie e già negli anni '90, mediante la creazione del Programma degli Agenti Comunitari di Salute (PACS) e del Programma di Salute della Famiglia (PSF), ha optato per l'utilizzo del termine Assistenza Basica. Solamente nel 2012 questa esperienza guadagna lo status di Politica Nazionale (PNAB – Politica Nazionale di Assistenza Basica), riunendo numerose esperienze accumulate durante gli anni di implementazione del SUS.

Fondamenti e Diretrici



Unità Basiche di Salute (UBS)

Le UBS sono il luogo prioritario dell'azione delle equipe di Assistenza Primaria. Sono presenti in due modalità: UBS senza Strategia di Salute della Famiglia (ESF) e UBS con ESF. Le UBS hanno in dotazione minima: ambulatori medici, ambulatori odontoiatrici, sala medicazioni, sala vaccinazioni, sala per screening, farmacia (magazzino e distribuzione), reception e spazi di amministrazione, gestione e archivio.

Le Unità Basiche Fluviali (UBSF), altre importanti strutture di garanzia di accesso all'assistenza, sono imbarcazioni con materiali necessari per assistere specificamente le popolazioni riverberine, più frequentemente nelle regioni amazzoniche a Nord e Centro-Ovest

Equipe di Assistenza Primaria

Sono definite equipe di Assistenza Primaria le differenti configurazioni di equipe multiprofessionali che rappresentano l'ambito di azione dei professionisti che lavorano nelle UBS.

Riferimenti bibliografici:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acessado em: 12/02/2017.
 Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: Fevereiro /2017.

A partire dalle necessità e dalle caratteristiche del territorio di riferimento viene effettuata la definizione del numero di equipe e in alcuni casi anche la composizione dei professionisti che dovranno costituirle. Le possibili composizioni sono: Equipe di Salute della Famiglia; Equipe del Consultorio di Strada e il Nucleo di Supporto alla Salute della Famiglia.

Equipe di Salute della Famiglia

L'Equipe di Salute della Famiglia (ESF) é composta comunemente da: un medico di medicina di famiglia e comunità, un infermiere, due OSS e 5-6 agenti comunitari di salute. Questi ultimi sono responsabili per un territorio con al massimo 400 persone. Inoltre, a questi professionisti generalmente si aggregano le Equipe di Salute Orale, costituite da un Odontoiatra e un Igienista Dentale o Assistente di Poltrona.

Equipe del Consultorio di Strada

Sono responsabili dell'assistenza della popolazione senza fissa dimora e sono vincolati a una UBS o a un Nucleo di Supporto alla Salute della Famiglia (NASF). Ne esistono tre modalità differenti sulla base dei dati censuari specifici per questa popolazione. Possono essere costituiti dalle seguenti categorie professionali: infermiere, psicologo, assistente sociale, terapeuta occupazionale, medico agente sociale, OSS, igienista dentale.

Nucleo di Supporto alla Salute della Famiglia

Il NASF sono equipe multiprofessionali legate alla ESF, il cui obiettivo è espandere l'ampiezza e la portata delle azioni e dei servizi di Assistenza Primaria, nonché la loro risolutività. La composizione di queste equipe é definita sulla base di criteri di priorità identificati sia dall'analisi dei dati epidemiologici, sia sulla base delle necessità locali e delle equipe con cui dovranno lavorare. I professionisti che possono essere coinvolti sono i seguenti: agopunturista; assistente sociale; educatore fisico; farmacista; fisioterapista;



fonoaudiologo; ginecologo; omeopata; nutruzionista; pediatra; psicologo, psichiatra; terapeuta occupazionale; geriatra; internista; medico del lavoro; veterinario; arte-educatore; igienista o altri professionisti laureati in area sanitaria o con una specializzazione o dottorato in salute pubblica.



Tessiture di Supporto alla Gestione del SUS: il rafforzamento della gestione statale nell'Assistenza Primaria del Rio Grande do Sul

Ricardo Heinzelmann^{1,2}, Károl Cabral³, Sandra Fagundes³, Alexandre Amorim⁴, Liane Beatriz Righi¹

1 – Universidade Federal de Santa Maria; 2 – Centro Universitário Franciscano; 3 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 4 – Universidade Federal da Fronteira Sul

ricardo.dab@gmail.com

Durante quattro anni di amministrazione (2010-2014), le azioni della **Segreteria Statale di Salute del Rio Grande do Sul, nell'ambito dell'Assistenza Primaria**, si sono concentrate su quattro assi principali:

1- **Supporto Istituzionale**, adottando una concezione che ha reso possibile nuove relazioni dialogiche e interattive;

2- **Valutazione e Monitoraggio**, attraverso attività realizzate a partire dai dati e dalle informazioni raccolte nel quotidiano del lavoro di assistenza. Tali informazioni, pur essendo insufficienti per supportare tutti i cambiamenti desiderabili, sono essenziali per ri-orientare le pratiche assistenziali, e costituiscono un presupposto fondamentale per l'innovazione. Questo principalmente perché consentono di realizzare un monitoraggio diretto dei bisogni di salute della popolazione, dei processi di lavoro interprofessionali e degli esiti ottenuti;

3- **Educazione Permanente**, supportata da una riflessione critica applicata alle pratiche professionali, realizzata assieme a professionisti che convivono quotidianamente nei servizi allo scopo di trasformare le pratiche e riorganizzare i processi di lavoro a partire dai bisogni espressi;

4 – **Cofinanziamento da parte dello Stato**, che mira a ridurre le iniquità all'interno dello Stato stesso e a prioritizzare l'ampliamento, il consolidamento e la qualificazione dell'Assistenza Primaria, mantenendo come principi guida la promozione dell'equità e della qualità nei servizi.



Si è cercato di rendere maggiormente orizzontali i processi decisionali mediante l'applicazione di una logica di co-gestione. A tale scopo sono stati creati spazi deliberativi collegiali in ogni nucleo di lavoro ed è stata istituita un'assemblea mensile per favorire la partecipazione dei professionisti. Infine è stato implementato un collegio dei gestori che si riunisce in incontri periodici e vede la partecipazione dei rappresentanti dei nuclei, del coordinatore e del sostituto-coordinatore. La co-gestione è stata potenziata, e contemporaneamente ha a sua volta potenziato l'azione del supporto istituzionale.

Il supportare e l'essere supportati collettivamente ha permesso una maggiore visibilità alle necessità peculiari emerse nei vari territori. I gestori, nella misura in cui acquisavano consapevolezza dei bisogni (proprio a partire dal supporto istituzionale che stavano offrendo), hanno acquisito capacità di sintesi tra i desiderata e le necessità, dando vita a proposte e soluzioni molto ricche, intense e diversificate.

Palestre della Salute a Esteio

Ana Paula Macedo

Diogo Domingos - Gilson Abreu de Menezes - Tiago Sperb Machado

Gestione della Sanità Pubblica

apgmsus@gmail.com

Promozione, prevenzione e trattamento

Nel contesto brasiliano, l'attuale profilo epidemiologico e le nuove logiche organizzative in ambito di Sanità Pubblica e Assistenza Primaria necessitano di un rinnovamento delle pratiche professionali, e della ridefinizione dei campi di intervento e delle competenze richieste. In questo senso, acquista una forte rilevanza l'offerta di nuove possibili modalità di lavoro nel Sistema Unico di Salute (SUS), con un focus specifico nell'ambito della prevenzione e promozione della salute. A partire da questa constatazione la Segreteria Municipale di Salute di Esteio (SMS) ha creato tre Palestre della Salute e ha avviato una partnership con le équipes della Strategia di Salute della Famiglia, offrendo azioni collettive integrate e lezioni del Metodo Pilates.

Descrizione dell'esperienza: Il progetto, elaborato e realizzato dalla Segreteria Municipale di Salute conta con il supporto di un Laureato in Educazione Fisica capacitato nelle predette discipline, che assiste gli utenti delle tre palestre. L'esperienza è cominciata da poco più di un mese, ma vede già la partecipazione di più di 100 persone. Il pilates è una modalità di esercizio fisico che favorisce consistenti miglioramenti in vari ambiti, tra cui postura e allineamento corporeo, flessibilità, forza addominale e aumento dell'ampiezza articolare. Oltre a ciò, si osservano anche miglioramenti nel benessere psico-sociale.



Conclusione: attraverso la creazione di questi spazi e dalle testimonianze dei partecipanti è stato possibile osservare che le palestre sono diventate risorse importanti all'interno della rete dei servizi di Assistenza Primaria, configurandosi come nuovo spazio di accoglienza e promozione del benessere. Si è inoltre osservata una riduzione della richiesta di assistenza per problematiche relative a sensazioni di isolamento sociale, algie aspecifiche e generalizzate e altri disturbi analoghi.



RIVOLUZIONE CO-PEER-NICANA: PER UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE



Angelo Lorusso^{1,2}, Federica Castellazzi³

¹ Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) – Associazione di Promozione Sociale

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Dipartimento di Scienze Biomediche e NeuroMotorie (DIBINEM) - Università di Bologna

³ Dipartimento di Sanità Pubblica - U.O.C. Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio - Azienda Usi di Bologna

Peer Education Bologna

PeerEd Bologna

peer.ed.bologna@gmail.com

Background

L'esperienza qui esposta rappresenta l'evoluzione di un percorso iniziato alcuni anni fa (2008) da alcuni studenti della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, che si sono aggregati in un **gruppo di auto-formazione** su tre macro-argomenti inerenti il loro percorso di studi: alcool, sostanze e MTS/contraccezione, con l'obiettivo era intraprendere un'opera di divulgazione dei tre temi sopracitati nelle scuole superiori di Bologna. Solo dopo un lungo percorso, guidato dal **Centro di Salute Internazionale (CSI)**, sono iniziate le collaborazioni con le scuole aderenti al progetto, denominato *Peer Education per la Salute*.

Il gruppo è composto da persone provenienti da diversi contesti ed esperienze formative, e basa la sua attività sul presupposto che **la salute è un bene comune e la sua promozione richiede uno sforzo collettivo, che non ha ragione di essere esclusivamente un "problema" medico**. Visto in quest'ottica, questo gruppo informale può essere considerato una sorta di "palestra della multidisciplinarietà" che guarda alla salute nella sua complessità, integrando diverse visioni.

Al tempo stesso, attraverso la **co-costruzione di un percorso formativo che vede coinvolti tutti i soggetti interessati alla promozione della salute nel contesto scolastico** è stato possibile "triangolare" entità apparentemente distanti come Scuola, AUSL e Università e farle dialogare, in linea con i principi sanciti dalla Risoluzione di Vilnius (2009) e con i valori della Rete delle Scuole che Promuovono la Salute in Europa (SHE).



Brainstorming alla lavagna. Immagine tratta da uno dei video promozionali del gruppo, girato all'inizio dell'A.S. 2015/16 all'interno del Liceo Scientifico Statale "N. Copernico" (Bologna).

Attività

La proposta «di base» consiste in una serie di **interventi di 4 ore** (suddivisi in due incontri da due ore ciascuno) **su ognuno degli argomenti trattati dal gruppo**, a seconda degli interessi specifici di ciascuna scuola. Gli incontri sono quindi rivolti a studenti di tutte le classi, dalla prima alla quinta, avendo cura di variare le modalità di interazione e il tipo di informazioni trasmesse a seconda del target. Le scuole superiori di Bologna attualmente coinvolte nell'attività sono cinque.

In questi anni di attività il gruppo ha maturato una consapevolezza importante sul proprio ruolo, **spostando il focus dalla prevenzione dei comportamenti a rischio alla promozione della salute e del benessere a scuola**. In particolare questo è stato possibile in un contesto, il **Liceo Scientifico Copernico**, in cui alla proposta "classica" se ne è affiancata una "alternativa", qui dettagliata:

1. Grazie alla preziosa collaborazione del docente referente per l'educazione alla salute e alla disponibilità del dirigente scolastico è stato possibile avviare un percorso di formazione per studenti di classe quarta auto-selezionati (già "discenti" del progetto di peer education nell'anno scolastico precedente) affinché si formassero sugli stessi temi trattati dai *peer senior* e li affiancassero negli incontri con gli studenti di classe terza.
2. Questa impostazione è stata proposta all'AUSL di Bologna, che per la realizzazione del progetto *Scuole libere dal fumo* ha avviato una collaborazione con i *peer senior*: Lo scorso anno è stato formato un gruppo di studentesse di classe terza le quali, con modalità in parte sovrapponibili a quelle del progetto di peer education già esistente, hanno costruito in collaborazione con i formatori un intervento che è stato proposto a cinque classi prime. A partire da quest'anno scolastico, il fumo è stato aggiunto agli argomenti sui quali si formano le studentesse e gli studenti di quarta, e gli interventi si svolgeranno, oltre che nelle classi prime, anche nelle classi terze aderenti al progetto.
3. Il Liceo Copernico si è distinto positivamente anche perché ha **facilitato l'integrazione** tra tutti i soggetti operanti nel contesto scolastico sui temi della salute: è stata infatti promossa la creazione di un **"Tavolo di Coordinamento per la promozione della salute"** a cui partecipano, oltre al docente referente per la salute e ai rappresentanti d'istituto, gruppi informali, istituzioni, enti, cooperative e associazioni che prestano la loro opera all'interno della scuola. Obiettivo di questo tavolo di coordinamento è la promozione del dialogo tra i partecipanti e della contaminazione reciproca di competenze e conoscenze.
4. È stata data particolare attenzione alla **creazione di un contesto in cui la salute sia un tema centrale**, anche attraverso la promozione di momenti di condivisione e di sensibilizzazione degli studenti e dei docenti: ne è un esempio la **"Giornata della Salute"** tenutasi il 27 aprile 2016 durante l'assemblea d'istituto, in cui tutti i soggetti partecipanti al tavolo hanno animato gli spazi della scuola con giochi, quiz, punti informativi, performance creative e improvvisazioni sui rispettivi ambiti di intervento. La Giornata sarà riproposta anche quest'anno, a fine aprile.
5. Nell'ottica di un sempre maggiore coinvolgimento di tutto il contesto scolastico, per quest'anno è stata **proposta agli insegnanti una formazione di 8 ore a cura del Tavolo di Coordinamento** (suddivisa in tre incontri pomeridiani) sulla salute e i suoi determinanti e sull'importanza della promozione del benessere a scuola. L'obiettivo è quello di creare consapevolezza nel corpo docenti circa i percorsi di promozione della salute attivati a scuola, cercando di integrarli il più possibile con i percorsi curricolari. Le tre giornate di formazione si svolgeranno a marzo.

Metodologia

Il gruppo promuove e utilizza la **metodologia della peer education**: forma (e si forma) sia sulla parte contenutistica che sul metodo, approfondendo e rielaborando elementi di pedagogia, comunicazione e didattica non formale. Il **progetto di formazione dei peer junior è stato ribattezzato ironicamente Co-Peer-nico** ed è stato realizzato negli ultimi tre anni scolastici con ottimi risultati: non solo gli studenti di terza hanno mostrato grande entusiasmo per gli incontri tenuti dai loro coetanei, ma non sono state rilevate differenze significative tra le due modalità di intervento in termini di gradimento e di efficacia nella comunicazione del messaggio. Questo **meccanismo virtuoso, «a cascata»**, dà la possibilità non solo di creare un ricambio di anno in anno, ma può anche fornire nuovi peer educator universitari una volta che gli studenti hanno concluso il loro percorso scolastico.

L'esperienza del gruppo di Bologna, in particolare quella nel Liceo Copernico, richiama l'**importanza della costruzione di un contesto favorente la promozione della salute**: questo è possibile solo unendo gli sforzi di tutti i soggetti che a vario titolo si occupano di salute all'interno della scuola. È fondamentale in tal senso la coltivazione di relazioni produttive, anche partendo dall'informalità. **La costruzione e la cura della relazione tra i peer educator**, soprattutto tra i *senior* e i *junior*, è uno degli elementi più rilevanti per la riuscita di questo progetto, in quanto solo attraverso la creazione di un gruppo affiatato e motivato è possibile promuovere consapevolezza all'interno del contesto scolastico sui temi riguardanti la salute degli adolescenti.



Il logo del gruppo, disegnato da una studentessa del Liceo Scientifico Statale "N. Copernico".



I gruppi per uditori di voci

Tumini Erminia - Bignami Valentina

Società Cooperativa Sociale Il Martin Pescatore ONLUS

e.tumini@ilmartinpescatore.org; v.bignami@ilmartinpescatore.org;
m.lambertini@ilmartinpescatore.org;

Da quale esigenza siamo partiti?

«Dal capire quale rapporto ha l'uditore con le voci»

Il Centro Diurno di Casalecchio, attraverso la conduzione di un gruppo di uditori di voci vuole dare agli stessi la possibilità di riconoscere, fronteggiare e condividere il sintomo mediante uno scambio di esperienze in un ambiente privo di giudizio.

Sostanzialmente: Il gruppo di uditori di voci ha l'intento di promuovere all'interno dei percorsi riabilitativi il lavoro sulle voci per una maggiore consapevolezza e riflessione; per affrontare i problemi e i bisogni con più strumenti; per promuovere processi di sostegno, cambiamento e lotta allo stigma sia interno che esterno delle persone. Obiettivo principale è trovare metodologie per convivere e fronteggiare le voci.

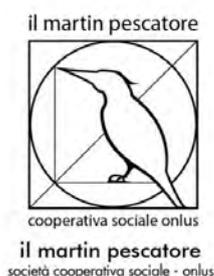


Descrivere la pratica/l'azione progettuale

Il gruppo uditori di voci si incontra da sempre tutti i venerdì dalle 9.30 alle 10.30 presso il Centro Diurno di Casalecchio gestito dalla Coop Il Martin Pescatore. All'interno del gruppo sono presenti due figure facilitatrici, svestite del loro status professionale. Nel gruppo si incentiva l'ascolto, l'empatia, l'empowerment, l'accettazione, in un processo di maturazione continua. Il confronto esperienziale, l'ambiente privo di giudizio, il sostegno, la collaborazione, i principi dell'Auto-Mutuo-Aiuto ed indicazioni di carattere pratico sono alla base del gruppo e del suo continuo lavoro.

La metodologia: quali strumenti utilizzati per implementare la pratica/l'azione progettuale ?

Dialogo con le voci
Apertura verso l'esterno
Verbalizzazione degli incontri
Principi dei gruppi AMA
Esercizi sulla gestione delle voci



Casa Martino Progetto di Turismo Sociale

I Martin Pescatore Società Cooperativa Onlus

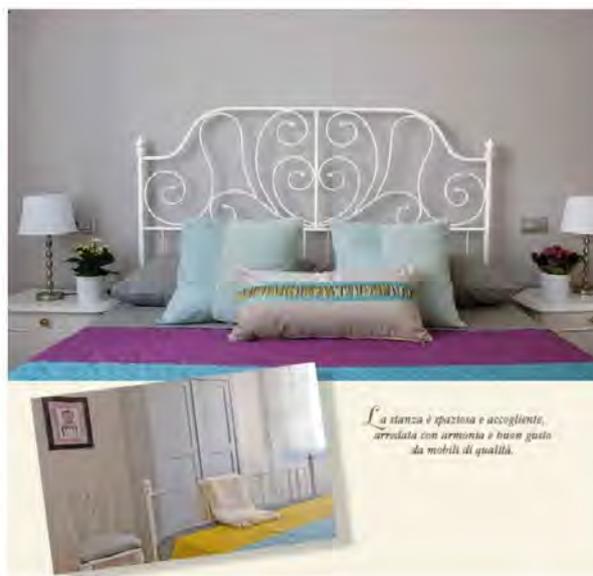
casamartino@ilmartinpescatore.org



- **Contesto:** area dell' "abitare supportato" di persone con disagio psichico.

- **Obiettivo generale:** acquisizione di maggiori autonomie e benessere, favorendo l'inclusione sociale e ogni possibile elemento di risoluzione del disagio.

- **Obiettivi specifici:** realizzazione di un'esperienza di accoglienza integrata, unendo in un unico contesto abitativo il servizio residenziale con quello di ospitalità turistica; promozione di nuove occasioni di socializzazione (valore sociale dell'accoglienza turistica) e acquisizione di nuove abilità e competenze.



L'azione progettuale ha consentito l'apertura dell'**Affittacamere Casa Martino**.

Personae in condizione di fragilità si sono messe in gioco in un'attività innovativa, accogliendo i turisti nel loro luogo di vita. Ciò ha dato loro la possibilità di acquisire competenze professionali legate all'attività turistica: capacità di accoglienza, gestione e comprensione dei bisogni degli ospiti, capacità comunicative. Inoltre l'esperienza consente di socializzare con persone provenienti da tutto il mondo, facilitando l'integrazione e l'accrescimento del benessere percepito.

Il progetto ha previsto una divisione dei compiti: le persone con disagio psichico si occupano prevalentemente dell'accoglienza dei turisti, seguendo una prassi operativa sviluppata con l'esperienza e il supporto degli educatori. Questi ultimi invece gestiscono le prenotazioni e tutto il lavoro di back-office, seguendo le linee guida del manuale operativo nato dall'esperienza e dal lavoro d'equipe. Di ciò fa parte anche l'attività di promozione della struttura ricettiva, attraverso la distribuzione di flyer, l'inserimento dell'annuncio in siti turistici, la promozione presso partners selezionati.

Gli strumenti che hanno consentito la realizzazione del progetto sono stati: studio di esperienze simili; partecipazione ad un percorso formativo ad hoc; riunioni di gruppo e d'equipe; monitoraggio costante dell'andamento con analisi delle criticità e valutazione di strategie operative; presenza sul campo di operatori e coordinatore; pubblicazione on-line dell'annuncio.



FAREASSIEME PER MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA

Marco Pizzirani, Venturini Sonia

ASSOCIAZIONE IDEE IN CIRCOLO

zerostofanomezeincircolo@gmail.com

www.associazioneideeincircolo.wordpress.com Pagina FB Associazione Idee In Circolo

Da quale esigenza siamo partiti? Dalla necessità di costruire progetti in collaborazione con la cittadinanza al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi della salute mentale

Proponiamo:

attività finalizzate alla socializzazione e al coinvolgimento di persone che hanno attraversato percorsi di salute mentale, ma anche cittadini interessati ai temi proposti.

Le attività principali promosse dall'associazione sono:

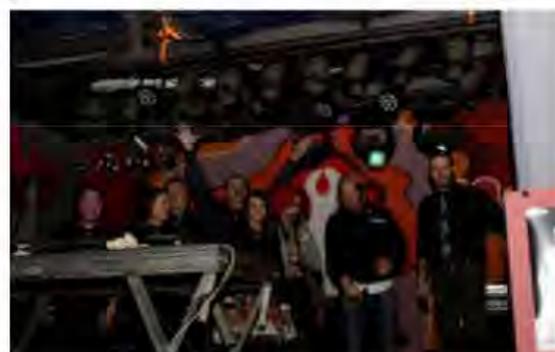
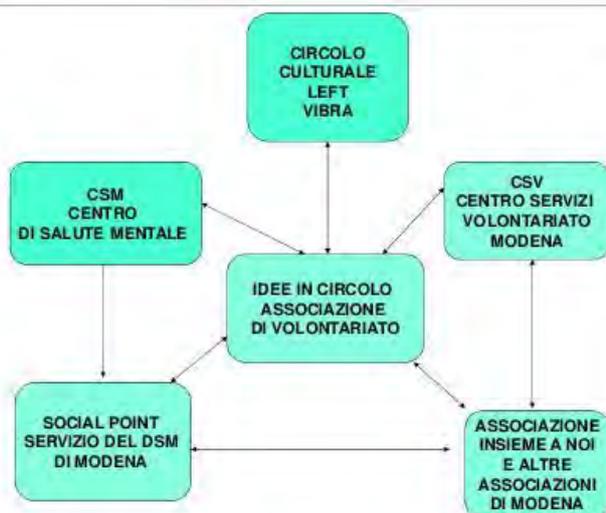
- Coristica (corso di pizzica, corsi di lingue, corso di cucina, corso dj...)
- Gruppi AMA (Auto Mutuo Aiuto)
- Partecipazione e promozione ad eventi e convegni su temi legati alla salute mentale (Convegno Parole Ritrovate nell'ambito di Mât, serate musicali «Notte da Matti», incontri ed eventi in rete di Parole Ritrovate, SMA, CUFO, Cooprogettazione con i servizi, attività di sensibilizzazione con le scuole, Gruppo redazionale «Fuori come va», progetto «Dicono di noi», Coordinamento regionale ESP)
- Progetto «Abitare leggero» Casa Paola
- Progetto Utenti Esperti
- Collaborazione con progetto Radio Liberamente

A cosa serve la Pratica:

- Promuovere il protagonismo degli utenti ed incentivare un percorso di Recovery
- Favorire la socializzazione e l'autostima di persone che attraversano esperienze di disagio psichico
- Sensibilizzare la cittadinanza ai temi della salute mentale
- Lotta allo stigma
- Favorire legami di rete tra associazioni, servizi ed enti locali
- Sensibilizzazione ad un percorso condiviso di buone pratiche tra utenti e operatori del servizio

Metodologia

- Assemblea settimanale
- Incontri mensili Parole Ritrovate
- Autoformazione
- Promozione degli eventi sui social (pagina FB e sito)
- Collaborazione con i giornali locali
- Redazione e circolazione di materiale informativo (verbali dell'assemblea, report incontri di Cooprogettazione e Parole Ritrovate, CUFO, SMA....)
- Coinvolgimento diretto tramite passaparola
- Invii diretti da parte del servizio di salute mentale e Social Point



Come costruire un sistema integrato d'interventi rivolti alle NUOVE VULNERABILITA' URBANE

Protocollo d'intesa per l'assistenza alle popolazioni con vulnerabilità sociale

Per delineare e implementare un progetto di assistenza alle popolazioni con vulnerabilità sociale sottoscritto dal Comune di Bologna, l'Azienda USL, l'Università degli Studi e le Associazioni di volontariato.

PRINCIPALI OBIETTIVI DEL PROGETTO

- CONOSCENZA delle popolazioni con vulnerabilità sociale, delle caratteristiche socio-demografiche
- e dei fattori che possono limitarne l'accesso all'assistenza.
- Integrazione concreta negli interventi tra le istituzioni e le associazioni di volontariato
- EQUITÀ nell' ACCESSO alle CURE
- Rimozione degli ostacoli, sociali, culturali e amministrativi che limitano la possibilità di assistenza



Nell'ambito della città di Bologna, la popolazione che attualmente vive in **CONDIZIONE DI MARGINALITA' SOCIALE** può essere schematicamente classificata in **5 gruppi**:

1. **Popolazione "di strada"** non residente (circa 600 persone presenti, prevalentemente stranieri, con un flusso annuale di 1.200/1.300 persone e con punte di 1.500 durante i mesi invernali);
2. **Popolazione Rom** (circa 200/250 persone che cambiano ciclicamente);
3. **Stranieri** temporaneamente presenti **senza permesso di soggiorno** e/o in situazione giuridica di presenza irregolare;
4. **Neocomunitari** che non hanno copertura sanitaria;
5. **Richiedenti asilo e titolari di protezione** umanitaria o internazionale in situazione di accoglienza nell'area metropolitana in SPRAR, in CAS (Centri Accoglienza Straordinaria) circa 1.600 posti in accoglienza in circa 90 strutture o in transito presso Hub Regionale Mattei (circa 270 posti), per i quali sono già in atto interventi socio sanitari specifici.
6. **Rom e Sintì**

NUOVI "SETTING " DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE:

La strada e i luoghi di vita delle persone senza fissa dimora
dove è necessario assicurare un ascolto dei bisogni e un orientamento/accompagnamento ai servizi,
Grazie agli interventi di Prossimità e ai Servizi di strada

Gli ambulatori
in particolare quelli gestiti dalle associazioni di volontariato quali "SOKOS" e "Confraternita della Misericordia"
In un sistema di coordinamento e interscambio delle informazioni e in un ottica di co-presenza in carico delle persone

I Centri di accoglienza diurni e notturni
Che diventano luogo di riferimento per la continuità delle cure, di dimissioni protette post ricovero e di assistenza infermieristica e/o medica per ai bisogni indifferibili ed urgenti degli ospiti

I luoghi di ricovero sanitario o sociosanitario
con particolare attenzione ai posti di casa di riposo/CRA
per la presa in carico e il sostegno di persone con bisogni assistenziali complessi

Febbraio 2017, Federica Marchesi Raffaella Campalastri

UN SERVIZIO PER TOSSICODIPENDENTI Di Riduzione del Danno a Bassa Soglia d'Accesso

Del Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche
Azienda USL di Bologna
Febbraio 2017, Federica Marchesi Raffaella Campalastri

Si rivolge a persone con problemi di tossicodipendenza:

- Senza fissa dimora
- Residenti in altri comuni con domicilio precario
- Immigrati senza titolo di soggiorno regolare
- Comunitari con domicilio e/o lavoro precari
- Utenti provenienti da altri Ser.T.



RISORSE

- 2 camper attrezzati ad ambulatori mobili
- Una sede ambulatoriale fissa
- Una buona dotazione informatica
- Fornitura di farmaci e presidi sanitari
- Fondi per inserimenti in programmi di Pronto Soccorso Sociale

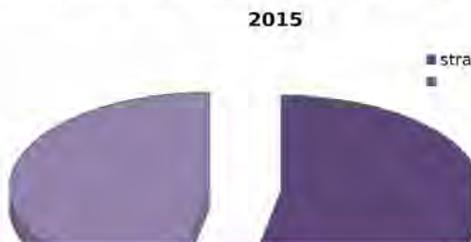
... A BASSA SOGLIA di ACCESSO L'accesso al Servizio è facilitato nei MODI, TEMPI e LUOGHI di fruibilità:

Non è richiesto un documento di riconoscimento valido;
Non è richiesta alcuna tessera sanitaria;
L'inizio del trattamento è concomitante con la prima visita medica e in media avviene nell'arco delle 48 ore dal primo contatto;
Le persone possono presentarsi in qualsiasi momento nell'arco di apertura del Servizio;
Le sedi, le soste dell'ambulatorio mobile, sono prossime ma non concomitanti con i contesti urbani frequentati da tossicodipendenti.

DATI 2015

- 9660 Siringhe scambiate
- 450 Profilattici distribuiti
- 60 Fiale di Naloxone distribuite
- 8 Contatti in media in un ora di servizio
- 182 Totale utenti in carico

Nel 2014 la proporzione tra italiani e stranieri era già così rappresentata



ATTIVITA' e INTERVENTI

- Trattamenti farmacologici con Metadone
- Controlli dello stato di salute e dei trattamenti
- Distribuzione e scambio di materiale di profilassi (siringhe, naloxone, profilattici)
- Councelling di educazione sanitaria relativo ai danni derivanti dall'uso di sostanze
- Screening ematici
- Prevenzione malattie infettive e MTS
- Colloqui di sostegno psico - educativi
- Colloqui info-educativi di prevenzione dei comportamenti a rischio derivanti dall'uso di sostanze
- Inserimento in percorsi comunitari di pronta accoglienza "Programma di Pronto Soccorso Sociale"
- Segretariato sociale in collaborazione con il sistema integrato Servizi Socio-Sanitari
- Orientamento e accompagnamento alla rete locale dei servizi che rispondono ai bisogni primari (Centri di accoglienza notturni, Centri diurni, mense ecc...)
- Accompagnamento in percorsi di rientro al contesto di provenienza (rimpatri volontari o rientri presso il Comune di residenza)



Accordi di Comunità: dal progetto al processo

Comune di Parma, Forum Solidarietà, Consorzio di Solidarietà Sociale

m.tanzi@comune.parma.it - c.pongolini@forumsolidarieta.it

Da quale esigenza siamo partiti?

Contesto

- Consapevolezza condivisa dai diversi attori locali, pubblici e privati, rispetto alla necessità di abbandonare l'approccio assistenzialista per investire sul capitale sociale della comunità di riferimento;
- Forme emergenti di vulnerabilità e precarietà sociale;
- Necessità di mettere a sistema un insieme crescente di reti e di forme di scambio e/o mutuo aiuto spesso chiuse e autoreferenziali;
- Necessità di garantire percorsi di valorizzazione delle risorse locali e comunitarie in modo che siano davvero per tutti.

A cosa serve la pratica all'interno degli Enti coinvolti?

- A consolidare la partnership pubblico-privato;
- Ad avere una visione integrata e interfunzionale dei problemi, una flessibilità nell'interpretazione dei ruoli, una ampliata capacità di raccogliere segnali dal contesto e una disponibilità e prontezza di risposta ai cambiamenti;
- A stimolare l'attivazione di nuove esperienze a partire dalla libera intraprendenza dei cittadini, interlocutori attivi nel rapporto con le istituzioni.



Descrivere la pratica

Obiettivi

- generare nuove risorse corresponsabilizzando cittadini e forze della società civile;
- cercare collaboratori (più che utenti) con cui gestire i problemi;
- andare verso i nuovi vulnerabili che sono restii a mostrare le loro fragilità;
- favorire la costruzione di contesti in cui sia possibile un'elaborazione collettiva dei disagi individuali;
- individuare oggetti di intervento utili, circoscritti e non stigmatizzanti;
- dare nomi nuovi a problemi nuovi e dunque andare oltre le categorie tradizionali di utenti stratificatesi nel tempo per evitare di erogare un welfare di nicchia, in grado di intercettare solo quelli che, per abitudine, disperazione o scaltrezza, sono in grado di accedere ai servizi.

Risultati

1. Risultato: costituzione di luoghi di analisi condivisa e co-progettazione
Azione: istituzione di tavoli di rete corrispondenti alla dimensione territoriale del polo socio-sanitario e composti da referenti di Enti pubblici, associazioni, enti ecclesiali, scuole
1. Risultato: integrazione dei linguaggi e dell'operatività pubblico - privato sociale
Azione: coordinamento dei tavoli e del processo affidato a una coppia di operatrici di differente provenienza professionale, settore Welfare dell'Amministrazione comunale e Ente di terzo settore partner;
2. Risultato: attivazione dei cittadini;
Azione: stimolo di microazioni condotte volontariamente dai cittadini e nell'ambito delle quali gli utenti dei servizi pubblici possono trovare/auto costruirsi risposte a bisogni che non possono essere presi in carico dall'assistenza sociale (es. socializzazione, ma anche risparmio, piccola formazione, passavo x casa e lavoro, ... presso le *Botteghe Tuttofare* o il *Nido delle mamme*)
3. Risultato: prosecuzione dell'assistenza sul territorio;
Azione: costituzione di presidi di volontari dediti alla relazione d'aiuto anche funzionale ai servizi pubblici (es. *Volontari porta a porta* e assistenza post-ricovero, supporto ai cittadini x compilazione modulistica x accesso a bandi, o iscrizione scolastica, ecc ...)

La metodologia: quali strumenti utilizzati per implementare la pratica?

1. Istituzione di tavoli di rete corrispondenti alla dimensione territoriale del polo socio-sanitario e composti da referenti di Enti pubblici, associazioni, enti ecclesiali, scuole;
2. Coordinamento professionale dei tavoli territoriali;
3. Stimolo di microazioni condotte volontariamente dai cittadini;
4. Costituzione di presidi di volontari dediti alla relazione d'aiuto.

TELECONSULENZA IN ASSISTENZA PRIMARIA IN BRASILE

Autrice: Paula Ferraz Coelho

Co-autori: Remo Teixeira Coelho; Thiago Augusto Santos Saragiotto; Cleo Borges

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT

paulasferraz_@hotmail.com

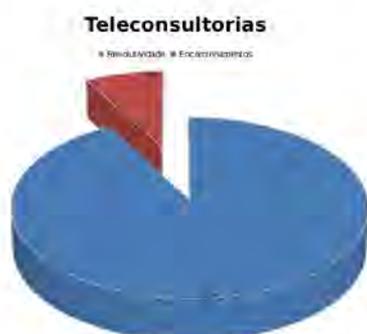


La possibilità di richiedere teleconsulenze in Telesalute Brasile, Reti in Assistenza Primaria, fa parte del Programma di Riqualificazione delle Unità Basiche di Salute (UBS) del Governo Federale.

L'obiettivo è aumentare la risolutività dell'Assistenza Primaria e promuoverne l'integrazione con il resto della rete dei servizi assistenziali. Persegue un miglioramento della qualità assistenziale, l'ampliamento dei servizi offerti dalle equipe e l'aumento delle competenze cliniche, a partire dallo sviluppo di azioni di supporto all'assistenza e di educazione permanente dei professionisti. Sono interventi strutturati come reti di servizi, che articolano l'azione delle segreterie statali di salute, le università e i servizi al fine di aumentare la qualificazione delle equipe.



Sono state richieste un totale di 26 teleconsulenze da parte di quattro specializzandi del corso di Medicina di Famiglia e Comunità di Cuiabá – Mato Grosso (Brasile) nel periodo compreso tra agosto e novembre 2016. I casi sono stati trasmessi attraverso la piattaforma virtuale Telesalute in momenti distinti ed in seguito valutati e risposti da teleconsulenti diversi, tutti appartenenti alla stessa università (HUJM). Delle 26 richieste una ha avuto risposta entro le 24 ore successive, 9 dopo 72 ore (come previsto dal programma), 8 dopo 4 giorni e 8 dopo 5 o più giorni di latenza. Le risposte erano basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, adattate alle realtà locali e ai principi dell'Assistenza Primaria. Nel 92% dei casi i bisogni espressi sono stati risolti e soltanto in due casi è stato necessario l'invio presso un centro specializzato. La maggioranza degli utenti è stata trattata nell'ambito dell'Assistenza Primaria e ciò ha permesso di evitare la realizzazione di esami diagnostici non necessari o di invii precoci.



CONCLUSIONI

- Aumento della competenza clinica del Medico di Famiglia e Comunità;
- Maggiore risolutività dell'Assistenza Primaria;
- Riduzione invii e costi;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza medica;
- Integrazione dell'Assistenza Primaria con la rete dei servizi.



VI SEMINARIO INTERNAZIONALE A DEL LABORATORIO ITALO-BRASILIANO DI FORMAZIONE, RICERCA E PRATICHE IN SALUTE COLLETTIVA.
20-24 febbraio 2017 Bologna



Progetto Home Care Premium

*Teresa Barberio - ** Franco Caccia - ***Maurizio Rocca



Progetto sperimentale di cura a domicilio rivolto a pensionati / dipendenti pubblici e loro familiari di primo grado, realizzato nel Distretto di Catanzaro per rispondere alla crescente domanda di cura della non autosufficienza

“Nessun posto è migliore della tua casa”



MISSION
DEL
PROGETTO



MIGLIORARE LA QUALITA' DI VITA DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E SPERIMENTARE UN MODELLO GENERATIVO DI RISORSE DI CURA, ATTIVABILI PRESSO I CONTESTI DOMICILIARI E TERRITORIALI: *Comuni, volontariato, vicinato, gruppi di auto-mutuo aiuto*

- A) Contributo in denaro, fino ad un massimo di € 1.200 mensili, destinato alle famiglie beneficiarie per il pagamento della cura dell'Assistente Familiare;
- B) Servizi di supporto, domiciliari ed extra-domiciliari, per il sostegno delle autonomie e della socializzazione della persona in cura.



BENEFICI
DEL
PROGETTO
HOME CARE PREMIUM

LE ATTIVITA' DEL PROGETTO

INFORMAZIONE e CONSULENZA

Stampa e diffusione materiale informativo; Incontri presso i Comuni del Distretto.
Apertura Sportello Sociale HCP;
Azioni di supporto alle famiglie ed ai Care-givers

SELEZIONE/FORMAZIONE DI ASSISTENTI FAMILIARI

Corso di formazione di n. 80 ore rivolto a 60 partecipanti;
Costituzione di un registro distrettuale di Assistenti Familiari, disponibile anche on-line sul sito www.asp.cz.it;
Corso di formazione, della durata di 20 ore, per la regolarizzazione delle "badanti" già presenti nei nuclei dei beneficiari HCP

COSTRUZIONE PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATI

Valutazione a domicilio del grado di non autosufficienza (Scheda ADL/IADL), effettuata dalle assistenti sociali del distretto;
Monitoraggio PAI;
Revisione PAI con l'utilizzo della scheda sperimentale ideata dal gruppo di lavoro HCP del distretto di Cz Lido.

PRESTAZIONI INTEGRATIVE

(erogate dalla coop. MULTISERVIZI)
Figure e servizi professionali integrati:
• OSS
• Solievo domiciliare;
• Servizio di trasporto assistito
• Ausiloteca virtuale per l'informazione e la consulenza alle famiglie per la scelta di ausili/domotica

AZIONI INNOVATIVE

La sfida della gestione della non autosufficienza richiede innovazione di IDEE e la sperimentazione di nuovi PROCESSI organizzativi



SALA MULTIMEDIALE



I numeri del progetto HCP

- Persone beneficiarie: n. 160 1° anno 120 2° anno, 130 3°anno, per un totale di 410.
- Contratti di lavoro: n. 315
- Ore di assistenza: n. 12 h a settimana (valore medio)
- Comuni coinvolti: 13 su 15 (86%)

INFO: Telefono 0961- 734213; 7033001; **posta elettronica:** adomicilioclido@libero.it

*Assistente sociale Coordinatrice - **Dirigente-sociologo, responsabile progetto HCP - ***Direttore del Distretto di Catanzaro Lido



Università verso il Servizio Sanitario Italiano

UniVerSSI

Università di Bologna

universsiunibo@gmail.com - Facebook: [UniVerSSI](#)

Da quale esigenza siamo partiti?

UniVerSSI è un gruppo di studenti e giovani professionisti provenienti da diversi percorsi universitari che nasce dall'esigenza di interrogarsi sulla propria formazione.

"Il nostro percorso universitario ci prepara per affrontare le sfide della nostra professione?" "Siamo in grado di lavorare con e per la salute?" "Conosciamo il contesto dove andremo ad operare?" "E gli altri professionisti con i quali collaboreremo?"

La **formazione universitaria**, in particolar modo nel mondo delle **professioni sanitarie**, si basa ancora su dei **modelli individualistici clinico ed ospedale-centrici**. Questo tipo di approccio risulta **antiquato e poco efficace** nel determinare delle risposte adeguate ai bisogni di salute attualmente espressi dalla popolazione, che richiedono in misura sempre maggiore un **approccio territoriale e interprofessionale**.

La necessità di fuoriuscire dall'ambito accademico per avvicinarsi alla realtà e acquisire anche delle capacità di relazione con il contesto e con la complessità ha spinto pertanto questo gruppo a costruire **un processo pedagogico in grado di colmare i vuoti lasciati dalla formazione curricolare**.

Descrivere la pratica

Il gruppo nasce fin dall'inizio come un **laboratorio multidisciplinare** di studenti di **Medicina e Chirurgia**, ma anche di **Scienze Infermieristiche, Antropologia, Psicologia** e qualunque altra figura in formazione interessata a conoscere e approfondire **la salute intesa in senso ampio, la sua difesa, la sua produzione e promozione ed il funzionamento dei servizi predisposti a queste missioni**.

Questo tipo di approccio non solo permette di analizzare in maniera più completa le tematiche affrontate, ma rappresenta un **dispositivo formativo** concreto che permette di **promuovere le capacità relazionali necessarie al lavoro in gruppo**, come sempre più spesso richiesto in ambito assistenziale.

Per poter soddisfare l'obiettivo formativo proposto, il gruppo organizza diverse attività:

- **Autoformazione**, necessaria ad acquisire gli strumenti necessari per l'analisi dei servizi osservati.
- **Visite all'interno dei servizi** aperte a tutti gli studenti interessati, effettuate grazie alla partecipazione al bando per i viaggi di istruzione della Scuola di Medicina e Chirurgia.
- **Incontri organizzativi**, che rappresentano essi stessi uno strumento formativo.
- **Tirocinio extracurricolare sul territorio** presso un centro diurno per senza fissa dimora.



La metodologia: quali strumenti utilizzati per implementare la pratica?

- **Focus group** per la definizione degli obiettivi e delle strategie atte a soddisfarli
- **Diari di campo collettivi** durante le visite ai servizi e successiva analisi tematica dei contenuti e loro rielaborazione
- **Interviste** ai partecipanti e ai facilitatori
- **Autovalutazione** del percorso svolto da parte dei partecipanti



Settore delle Scienze Neurologiche
Medicina di Neurologia e Cure e Cure di Assistenza



LE RAPPRESENTAZIONI/L'IMMAGINARIO DEGLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA: INDAGINE SULLE ESPERIENZE DI TIROCINIO NEI SERVIZI DI CURE PRIMARIE/UNITÀ SANITARIE. CONFRONTO TRA BRASILE E ITALIA

Dott.ssa R. Pesci, dott. D. Cenerelli, dott.ssa O. Valentini, dott. S. Benini, dott.ssa S. Scalorbi, Università degli Studi di Bologna
Prof.ssa E. R. M. Duarte, studentessa K. Weingaertner del Mauro, Università di Rio Grande Do Sul - Facoltà di Infermieristica

BACKGROUND: L'apprendimento situato (Lave e Vagner) nei contesti di tirocinio è alla base della costruzione delle rappresentazioni/immagini che guidano lo studente allo sviluppo delle competenze professionali, all'acquisizione dell'identità professionale e alle scelte di carriera.

FINALITÀ: Tale studio si inserisce all'interno delle riflessioni volte ad approfondire il ruolo della cooperazione inter-istituzionale nella produzione e nel trasferimento della conoscenza, coinvolgendo, in modo particolare, i contesti dell'assistenza e della formazione accademica.

OBIETTIVO: Comprendere l'immaginario/le rappresentazioni che gli studenti si costruiscono sull'assistenza infermieristica nei contesti del Dipartimento Cure Primarie (DCP) e nelle UNITÀ SANITARIE (US)



TIROCINIO



OBIETTIVO SPECIFICO:

- A) definire i concetti di immaginario/rappresentazioni e descrivere i quadri teorici di riferimento
- B) analizzare e confrontare l'evoluzione storica e normativa che sostiene la formazione e l'assistenza infermieristica in Brasile e in Italia
- C) descrivere il percorso di apprendimento clinico dello studente all'interno del DCP dell'ASL di Bologna e nelle US in Brasile entro il quale si costruiscono le rappresentazioni professionali
- D) descrivere e analizzare l'immaginario/rappresentazioni degli studenti in infermieristica nei contesti di tirocinio oggetto di indagine

Metodologia:

- mixed methods
- **ricerca quantitativa** per misurare il gradimento e gli apprendimenti significativi (in termine di attività/sviluppo competenze e cultura professionale) degli studenti al termine dell'esperienza di tirocinio sul territorio;
- **ricerca qualitativa:** per raccogliere le rappresentazioni/vissuti legati all'esperienza di tirocinio nei contesti in esame

Strumenti:

- *questionari* (gradimento, apprendimento)
- *focus group*
- *diario degli apprendimenti significativi in tirocinio*

Partecipanti

- Studenti frequentanti il Corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bologna, Polo di Bologna, iscritti al III anno di Corso e in tirocinio negli ambiti del DPC (200 studenti)
- Studenti in Infermieristica dell'Università federale di Rio Grande Do Sul in tirocinio nelle US

Periodo di indagine:
FEBBRAIO-SETTEMBRE 2017



UNIVERSITÀ DI PARMA



LEZIONI APERTE

PER UNA VALORIZZAZIONE DEI SAPERI ESPERENZIALI

Silvia Vesco - Ciac onlus
 Salah Mohammadi - Ciac onlus
 vincenza.pellegrino@unipr.it



CO - PROGETTAZIONE DELLA DIDATTICA

Ricercatori e scienziati sociali ripensano le docenze universitarie: coinvolgono persone scelte per la loro esperienza diretta dei fenomeni sociali analizzati, sia in quanto professionisti sia in quanto protagonisti in prima persona.

Le lezioni sono aperte a tutta la cittadinanza interessata

Questa collaborazione per la didattica tra università, servizi sociali e associazioni del territorio vuole "dare forza" al sapere di chi vive direttamente l'esperienza, "aprendo" i saperi accademici a nuovi attori e dimensioni



IL CICLO DI LEZIONI

Lezioni aperte dei Corsi di Sociologia della Globalizzazione e di Politiche Sociali in collaborazione con

Centro Interculturale di Parma, tavolo Sguardi Incrociati "Femminismi plurali e le diverse declinazioni della emancipazione femminile nel mondo"; partecipano alle docenze le donne migranti delle associazioni

Ciac Onlus "Aree di crisi, movimenti di persone, forme di protezione" operatori del sistema di protezione internazionale e rifugiati hanno affiancato ricercatori e scienziati sociali per riflettere insieme sulle migrazioni forzate, in un diverso confronto tra saperi e discipline accademiche.

LA CO - PROGETTAZIONE COME PROCESSO GENERATIVO

PER GLI OPERATORI:
 - Riconoscimento del proprio sapere
 - Autoriflessione sul proprio lavoro
 - Co - apprendimento

PER I MIGRANTI/ RIFUGIATI:
 - Testimonianza
 - Rileggere il proprio vissuto in una narrazione più ampia

PER GLI SCIENZIATI SOCIALI:
 - Oltre la ricerca azione (visione complessiva)
 - L'università reale luogo di scambio con la realtà circostante

GLI STRUMENTI



CO - DOCENZA

il ciclo di incontri prevede lezioni sempre in presenza di operatori e rifugiati

FOCUS GROUP

In preparazione alle lezioni sono stati organizzati momenti di condivisione tra i diversi gruppi di rifugiati.



Incontri Afghani



MIGRABILIA MEDIA LAB

Laboratorio di documentazione e comunicazione di Ciac Onlus

L'influenza della Salute Collettiva sui corsi di laurea e la relazione tra Università e Servizi Sanitari

Wojciekowski Carla Fabiane, Guimaraes Cristian Fabiano, Feix Leandro da Fonte, Trois João Fernando, Lara Lutiane de, Baptista Gabriela, Felipe Cristiane Berto, Dorneles Bruna Vieira

Presentazione

Il Servizio-Scuola di Psicologia del Centro Universitario Metodista – IPA svolge un ruolo di supporto alle attività del corso di Psicologia, basato su due principali caratteristiche curriculari – la salute collettiva e i diritti umani. Si tratta di una clinica-scuola che offre agli studenti l'opportunità di articolare gli aspetti dell'insegnamento accademico con le attività all'interno dei servizi sócio-sanitari, mediante collaborazioni realizzate con la cittadinanza e le istituzioni di Porto Alegre, Rio Grande do Sul – Brasile.

Allo scopo di superare la frammentazione storicamente imposta ai saperi dell'area salute, il corso di Psicologia dell'IPA si pone come principio guida quello di offrire una formazione diretta all'integrità dell'assistenza e alla difesa dei diritti umani, come effettiva realizzazione delle politiche pubbliche di salute collettiva. Viene riconosciuta la necessità di promuovere innovazioni nella qualificazione dei professionisti, con un focus specifico sulle politiche sanitarie vigenti e sulle necessità del Sistema Unico di Salute – SUS. L'avvicinamento tra studenti e servizi, tanto in termini di assistenza quanto in termini di gestione, così come lo sviluppo di processi educativi partecipativi paiono essere le strategie più appropriate alla riformulazione dei processi di formazione in Psicologia.



Obiettivi

Articolare il Servizio-Scuola di Psicologia dell'IPA alla rete dei servizi del territorio geo-educativo della GD NHHI/Segreteria di Salute/Comune di Porto Alegre, promuovendo l'integrazione tra università-servizi-comunità come strategia di presa in carico integrale, e strumento per avanzare nella trasformazione della rete di assistenza e di formazione in salute;

Sviluppare azioni di salute collettiva e di salute mentale collettiva nell'ambito dell'Assistenza Primaria e Secondaria (ambulatoriale/specializzata) nel territorio, e elaborare pratiche di cura e assistenza clinica innovative, considerando come presupposti fondamentali l'autonomia del soggetto, il reinserimento sociale e lo sviluppo di pratiche nel territorio.

Scenario di Pratiche

La proposta si è sviluppata nel Distretto geo-educativo della Gestione Distrettuale Nord-oves//Navegantes/Humaitá/Ilhas – GD NHHI, composta da due regioni per un totale di 175.692 abitanti, di cui 29.933 anziani (17%). Nello stesso territorio è presente una regione con Indice di Sviluppo Umano di 0.957 e un'altra regione con Indice di 0.091, a dimostrazione della discrepanza e delle disuguaglianze presenti nel territorio.

Alla fine del 2016 la GD NHHI era dotata di sei Unità Basiche di Salute (UBS) e nove Unità di Salute della Famiglia (USF). Inoltre, erano presenti servizi di salute mentale, urgenza, emergenza e di rete ospedaliera.



Risultati dell'esperienza

L'esperienza ha permesso di realizzare l'integrazione tra università-servizi-comunità mediante l'istituzionalizzazione di uno spazio di dialogo, negoziazione, pianificazione, sviluppo e valutazione di azioni congiunte, tra docenti di differenti corsi di laurea, professionisti, studenti, gestori e comunità.

È stata realizzata un'analisi dei bisogni del territorio. L'elaborazione e la strutturazione dei progetti di salute sono state effettuate successivamente, a partire dai dati di questa analisi e dagli indicatori di vulnerabilità sociale.

Questioni relative alla gestione, all'organizzazione dei servizi, alle relazioni di lavoro e all'educazione permanente sono emerse come prioritarie e hanno segnalato l'urgenza di strutturare interventi relazionali che avvicinino gli utenti, le equipe di professionisti e gli studenti, a partire dalle richieste del territorio e dalle necessità dei servizi.

Inoltre, sottolineiamo che sono stati costruiti Progetti Terapeutici Singolari (individuali, di gruppo e familiari) a cui hanno partecipato oltre ai professionisti dei servizi anche studenti ed equipe interdisciplinari di supporto. Infine è stato effettuato il monitoraggio della costruzione dei percorsi di cura, attraverso interventi di sostegno tecnico-pedagogico alle equipe di Assistenza Primaria.



Educazione Permanente e Supporto Istituzionale nel SUS: coproduzione e cogestione di progetti di formazione-intervento nei processi di lavoro in equipe di una Unità Basica di Salute - UBS.

Marinel Mór Dall'Agnol¹, Liane Beatriz Righi¹, Ricardo Heinzemann^{1,3}, Marcos Antônio de Oliveira Lobato¹, Laura Ferreira Cortes², Fábio Melo²

1 - Universidade Federal de Santa Maria; 2- Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria; 3 - Centro Universitário Franciscano;

(marinel@ufsm.br)

L'esperienza si sta svolgendo attraverso un processo di negoziazione tra agende, interessi, saperi e necessità che coinvolge Università e Unità Basica di Salute. Enfatizziamo in questa sede l'esperienza di pianificazione e realizzazione congiunta di corsi di formazione, la loro connessione con altre attività accademiche e lo sviluppo di attività pratiche pattuate tra il Dipartimento Universitario di Salute della Comunità, l'equipe di professionisti dell'Unità Basica San Francesco e il settore municipale responsabile per l'articolazione formazione-servizio.



I presupposti degli interventi sono contenuti nel piano di attività che il Dipartimento Universitario di Salute della Comunità realizza nei corsi di laurea, nei progetti di estensione universitaria e nelle attività di ricerca. Le principali ripercussioni sono state: a) Nel Centro di Scienze della Salute e nel Corso di Laurea di Medicina: negoziazioni per l'offerta di differenti corsi nello stesso orario per rendere possibile la pianificazione di attività pratiche integrate nel primo semestre del CDL di Medicina; formalizzazione di accordi con i corsi di formazione interdisciplinare già esistenti – come il PET Gradua-SUS e il corso elettivo Formazione Interdisciplinare per il SUS – allo scopo di strutturare un'offerta di attività formative congiunte; b) Nella Segreteria Municipale di Salute: riunioni per comporre il piano di lavoro con l'equipe, incontri con l'equipe per decidere la partecipazione di docenti nelle riunioni principali nonché i temi che devono essere dibattuti.

Nel 2016, è stato possibile coinvolgere 68 alunni (60 del primo semestre del CDL di Medicina, 6 del corso elettivo e 2 borsisti PET GraduaSUS), 5 professori e l'equipe della UBS nelle seguenti attività: a) registro delle famiglie dell'area della UBS (attività di epidemiologia I); b) mappatura di situazioni di maggior vulnerabilità e discussioni sul lavoro di equipe in Assistenza Primaria (attività di salute collettiva I); c) supporto alle equipe della UBS con enfasi sui problemi relativi al lavoro quotidiano; d) rafforzamento del Nucleo di Educazione Permanente in Salute come spazio di articolazione e qualificazione della relazione formazione-servizio.

Quali altri sguardi? Pratiche di formazione-intervento a partire dall'uso dei dati sanitari Ligia Tlajja Leipnitz

Com'è cominciato lo studio?

Questo studio, elaborato nel corso di Psicologia del Centro Universitario Metodista – IPA, è stato finalizzato alla scrittura della Tesi di Laurea. Il corso di studi in Psicologia enfatizza i temi della Salute Collettiva e dei Diritti Umani, stimolando negli alunni un approccio critico-riflessivo rispetto alla formazione in generale e alle pratiche ad essa correlate. Il punto di partenza per la realizzazione della Tesi sono state le esperienze vissute durante la formazione in psicologia, nei tirocini e nei luoghi di lavoro. Problematizzando tali esperienze è stato possibile percepire come i processi di formazione e i cambiamenti nei modi di fare/operare all'interno dei servizi sanitari non siano pratiche separate, poiché per produrre cambiamenti nelle modalità organizzative e gestionali è necessario intervenire nei processi di lavoro quotidiani di ogni equipe di professionisti.



Che cosa ricerca questo studio?

Il quotidiano del lavoro in salute è complesso e fortemente influenzato sia da fattori relativi alle modalità organizzative di ogni articolazione del servizio, sia dalle relazioni esistenti tra le equipe e tra gli utenti. È risaputo, inoltre, che il lavoro ambito sanitario può correre il rischio di diventare burocrattizzato, ripetitivo, "senza vita". In questo contesto, con il nostro progetto ci siamo interrogati sulle modalità attraverso cui avviare delle trasformazioni nei processi di lavoro, a partire dall'utilizzo dei dati sanitari. L'idea è quella di considerare i processi di formazione delle equipe come delle possibili pratiche di sperimentazione, strutturate a partire dall'utilizzo dei dati sanitari e dalla realizzazione di gruppi di discussione interdisciplinari, con il coinvolgimento di professionisti, gestori e pazienti. Tali gruppi di discussione hanno lo scopo di condividere e implementare pratiche innovative nei propri contesti locali, a partire dalle criticità rilevate e dalla cornice teorica di riferimento del Sistema Unico di Salute – SUS brasiliano.

A partire da questa prospettiva, le metodologie utilizzate si rifanno all'Analisi Istituzionale francese e alla Salute Collettiva brasiliana. L'approccio utilizzato è quello della ricerca-formazione-intervento, e il campo di studio la Segreteria di Salute dello Stato del Rio Grande del Sud – Brasile. A partire dalle informazioni epidemiologiche e dall'analisi degli indicatori sanitari, ci siamo proposti di strutturare un intervento formativo rivolto alle equipe di monitoraggio e di valutazione delle politiche sanitarie, nonché di accompagnare i cambiamenti che si verificano nei processi di lavoro e le ricadute sulle pratiche gestionali. L'obiettivo è quello di sviluppare una modalità condivisa di utilizzo dell'informazione sanitaria, che possa innescare nuove relazioni e nuove pratiche per operare nel quotidiano della gestione dei servizi, accompagnando l'intervento dal punto di vista della formazione dei professionisti.

Radio Nikosia: Mutiny sulla nave dei folli

Martín Correa-Urquiza
Universitat Rovira i Virgili

"Preferisco sentire il dolore e la sofferenza, piuttosto che l'invalidità emotiva delle pastiglie. Preferisco il dolore, il piacere, il riso e poi di nuovo il pianto... prima della morte emozionale delle pastiglie. Di fronte alla vita pietrificata... preferisco poter correre, amare, sentire..." Pau. Nikosiano.



Qual è la premessa fondamentale di Radio Nikosia?

Riconoscere la necessità di considerare i vissuti, i saperi e le riflessioni che discendono direttamente dall'esperienza soggettiva della sofferenza mentale come parte del concerto di voci che definisce i significati ed i migliori approcci al problema. Per i così detti "pazzi" conquistare la legittimità di contribuire direttamente all'interpretazione del problema significa anche poter identificare percorsi inediti di vita, di cura e di ricerca del benessere, a partire dal loro vissuto.

Nikosia si inserisce in questo ambito come istanza di comunicazione e partecipazione. Non è quindi solo un programma, ma un congiunto di pratiche e interventi comunitari ideati da un collettivo di 60 persone con diagnosi di disturbo mentale; funziona a partire dai vissuti di un gruppo di persone con saperi molto distinti, ma spesso complementari.

Le trasmissioni, ideate e realizzate collettivamente, sono spesso legate alla necessità di rivendicare un ruolo attivo nella comunità ed uno spazio in cui poter discutere di follia proprio a partire da essa. E' una radio che funziona dal 2004 e trasmette a Barcellona sulla frequenza 91.4 FM.



La radio va in onda ogni mercoledì con trasmissioni che hanno una durata di due ore. I temi sono decisi in plenaria durante un'assemblea aperta il lunedì precedente. In queste due ore generalmente si susseguono riflessioni personali, dibattiti, musica dal vivo, poesie, letture, etc etc.

Sono spesso il risultato della una fusione di una componente maggiormente artistico/creativa con una più rivendicativa, che esprime la necessità di raccontare, dire, gridare e piangere le emozioni che derivano dalla vita.

E' un'esperienza che si sviluppa nell'ambito della salute mentale, ma che va al di là della rete del sistema sanitario, e al di là delle logiche terapeutiche tradizionali. Le persone possono accedere liberamente al programma e aggregarsi al collettivo senza il bisogno di alcun tipo di prescrizione. È uno spazio in cui si costruiscono ponti tra la "follia" e la comunità.

Nikosia rappresenta oggi un territorio di confine rispetto al sapere tradizionale in questa materia. È però un limite abitabile che permette di ri-significare le categorie prestabilite, e apre alla possibilità di legittimare un altro modo di pensare al fenomeno della follia oggi.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico

Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
12° Congresso Nazionale

MODENA, 14-16 aprile 2016
Auditorium Camera di Commercio
Via Garibaldi 134, Modena

L'ARTE E IL DSM

C. Cossu, L. Donaghi, G. Evangelisti, A. Gargiulo, D. Guidi, C. Lenzi, C. Piombattini, A. Sangalli, C. Trotta, L. Viorriotti

Si usano gli specchi per guardarsi il viso, e si usa l'arte per guardarsi l'anima.

(George Bernard Shaw)

INTRODUZIONE

Le attività artistiche costituiscono potenti elementi trasformativi capaci di apportare alla comunità, e quindi non solamente agli utenti coinvolti, una serie di benefici personali, culturali e sociali. Il lavoro artistico rappresenta un importante strumento di prevenzione e attivazione sul singolo e coerente alle persone di esprimersi a diversi livelli. Un livello è quello terapeutico. L'arte è utilizzata per dare libera espressione alle emozioni attraverso l'impiego di diversi linguaggi espressivi. Un altro livello è quello che permette l'emergere di uno spiccato interesse, a volte di un talento, che si può sviluppare attraverso l'espressione artistica e che se opportunamente formato può portare anche ad un vero e proprio sviluppo professionale. Accogliere le capacità artistiche dei nostri pazienti, siano esse una nuova scoperta, siano esse risorse "congelate" dal percorso di malattia è lo scopo del nostro lavoro perché attraverso l'arte, che è il mezzo principale di cambiamento, si attua il processo di empowerment. Inoltre l'arte, in tutte le sue forme espressive, costituisce un mezzo che consente di poter creare momenti comuni capaci di sgretolare potenti muri divisi e attivare quel processo culturale che modifica la percezione della malattia mentale da parte della comunità. Per questo motivo il DSM-DP di Bologna ha intrapreso da tempo percorsi che, attraverso l'arte, favoriscono l'espressività in quegli utenti che nei tradizionali contesti non riescono ad emergere indirizzandoli e sostenendoli in percorsi capaci di sollecitare, sviluppare e potenziare competenze intellettive, cognitive, relazionali ed espressive; aumentare la fiducia in sé stessi, rivitalizzare i loro rapporti interpersonali e migliorare la loro qualità di vita ampliando orizzonti ed interessi.

TEATRO

Il progetto Arte e Salute Mentale, frutto della collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale di Bologna e l'Associazione Arte e Salute Mentale Onlus, nasce nel 1998 dalla consapevolezza che i luoghi della riabilitazione psichiatrica non sono solo sanitari, che è sempre più necessario organizzare percorsi alternativi che, prescindendo dalle patologie, tengono conto, non solo delle difficoltà e limitazioni, ma anche e soprattutto delle potenzialità, delle capacità e del talento delle persone in cura. Nasce così l'idea di intraprendere un nuovo percorso di professionalizzazione rivolto a persone seguite dal servizio psichiatrico che si sviluppi nel campo teatrale e nell'arte burattinaia. L'esperienza teatrale è iniziata con una lunga formazione che ha portato alla costituzione di tre compagnie: una di teatro di prosa, una di teatro ragazzi e una di teatro dei burattini.

TEATRO DI PROSA

Da questa esperienza è emersa la necessità di organizzare un vero e proprio Collettivo che coinvolge attualmente 31 artisti seguiti dal DSM di tutta Bologna che si incontrano mensilmente in incontri finalizzati al confronto sul percorso artistico individuale e di gruppo e alla programmazione e realizzazione delle iniziative da promuovere sul territorio, con lo scopo di vendere le proprie opere e sensibilizzare la cittadinanza ai temi della differenza. Il Collettivo riunisce artisti con competenze professionali che nella loro vita hanno avuto difficoltà psichiche tali da escluderli da percorsi commerciali, nonostante la qualità delle opere da loro realizzate, con lo scopo di offrire supporto nella promozione e nella valorizzazione del proprio lavoro. La partecipazione agli incontri è libera e l'esposizione delle opere in Galleria Virtuale è gratuita. Attualmente il progetto si è ulteriormente sviluppato attraverso l'avvio di una collaborazione con il quartiere Costa Saragozza, Associazioni, esercizi commerciali e privato sociale per aumentare le occasioni di esposizioni e realizzare eventi pubblici.

Al progetto lavorano stabilmente tre educatori professionali per complessive 25 ore mensili, escluse le ore dedicate agli eventi (affiancamento agli utenti nelle fasi di allestimento e smontaggio mostre, presenze ai vari eventi ecc.). Al progetto collaborano anche 2 educatori professionali del privato sociale, che intervengono a supporto e sostegno dei loro pazienti più fragili. Attualmente la Galleria Virtuale di Arte Irregolare espone opere di 36 artisti, dei quali 21 sono pazienti seguiti dal DSM di Bologna.

Gli artisti che attualmente partecipano alle attività del collettivo sono 31. Da ottobre del 2014 a febbraio del 2016 hanno rilasciato 3 interviste radiofoniche e sono stati pubblicati 6 articoli che parlano di loro. Hanno esposto le proprie opere all'interno di 5 eventi organizzati dal DSM-DP, in gallerie d'arte ed in locali cittadini. Hanno partecipato ad iniziative come Pratiello R'Esiste, Volo Anchi'lo, Fondazza Social Street, la Notte Bianca dell'Arte, per un numero complessivo di 15 eventi.

Assieme ad Associazioni del territorio bolognese il collettivo ha collaborato, inoltre, alla progettazione di attività laboratoriali ed artistiche aperte alla cittadinanza. Nelle attività realizzate fino ad ora (un atelier artistico ed un laboratorio dedicato alla lavorazione dei metalli) sono inseriti 8 artisti come partecipanti e 1, regolarmente retribuito, come Tutor d'Aula.

In questo periodo sono state vendute complessivamente 59 opere. La compagnia di prosa, diretta da Nanni Garella, si è cimentata negli anni nella messa in scena di numerosi spettacoli, con testi classici e contemporanei, rappresentati su tutto il territorio nazionale e, nel 2015, anche internazionale (Barcellona e Pechino). Grandi successi sono stati raggiunti grazie alla coproduzione con Nuova Scena. A rena del Sole - Teatro stabile di Bologna che hanno permesso di sperimentare un modello operativo inconsueto ed innovativo, che mette a confronto un importante teatro nazionale con una realtà artistica nata nell'ambito del disagio e dell'esclusione sociale.

Gli attori della Compagnia di Prosa sono regolarmente assunti secondo quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale per Attori (scrittura teatrale) durante i periodi di prova e replica degli spettacoli, ottenendo quindi un reddito dalla propria attività lavorativa. Nel 2000 la Compagnia ha vinto il premio VSTRIO alla regia. Nel 2004 la Compagnia di teatro di prosa ha vinto il Premio Liba teatro. Dal 2000 ad oggi gli spettacoli prodotti dal Teatro di Prosa sono stati 21. Attualmente gli attori-pazienti del DSM sono 10 e le persone seguite che in questi anni hanno fatto parte della compagnia 34. Negli ultimi 5 anni sono state effettuate 211 repliche.

TEATRO RAGAZZI

La compagnia Teatro ragazzi ha sede stabile all'interno del Teatro Testoni di Bologna. È composta da 8 pazienti-attori che mettono in scena, sotto la regia di Valeria Fraboni, spettacoli rivolti a bambini ed adolescenti. Le persone seguite che in questi anni si sono trasformati, e hanno intrapreso altri percorsi sono state 34. Gli spettacoli fino ad ora sono stati 10 e le repliche effettuate dal 2012 ad oggi 43.

Il numero totale di persone che dal 2011 al 2015 hanno visto gli spettacoli teatrali dei gruppi Teatro di Prosa e Teatro Ragazzi sono state 45.361.

Sito Arte e Salute, www.arteesalute.it

ARTE BURATTINAIA

L'attività di Arte Burattinaia accoglie 8 attori-burattinai ed ha messo in scena, dal 2000 al 2011, 10 spettacoli di teatro di tradizione per bambini. Il percorso si è evoluto in nuove forme di spettacolo che noi siamo la "baracca", come fulcro dell'azione. La compagnia realizza Laboratori sulla costruzione di burattini, puppets e teatro delle ombre presso le scuole e letture animate rappresentate presso le Biblioteche della Provincia di Bologna. Nel 2001 alla compagnia di Arte Burattinaia è stato assegnato il Premio Nazionale Ribalte di Fantasia, promosso dalla rivista di tradizioni popolari il Cantastorie.

Sono stati attivati laboratori nelle scuole primarie con 25 classi coinvolgendo complessivamente 500 bambini in attività. Il laboratorio di Arte Burattinaia ha preso parte ad eventi e manifestazioni aperte alla cittadinanza, con proposte che hanno coinvolto circa 450 bambini. Le persone seguite dal DSM che in sono trasformati per poi intraprendere altri percorsi sono state 10.

PROGETTO ARTE IRREGOLARE E IL COLLETTIVO ARTISTI IRREGOLARI BOLOGNESI

Il progetto Arte Irregolare è nato dalla collaborazione tra il Comitato Nobel per i Disabili Onlus ed il Dipartimento Salute Mentale-DP con lo scopo di offrire agli artisti un'occasione di visibilità attraverso una galleria virtuale visitabile al link <http://artirregolare.comitatonobelsdabili.it>.

La galleria è stata inaugurata a Bologna il 10 ottobre 2014 all'interno dell'evento "Una Festa da Nobel", nella quale Jacopo Fo ed un gruppo di artisti irregolari hanno realizzato un murale nelle gallerie interne dell'ex Banca, viale D'Azeglio 5, Bologna.

Da questa esperienza è emersa la necessità di organizzare un vero e proprio Collettivo, che coinvolge attualmente 31 artisti seguiti dal DSM di tutta Bologna, che si incontrano mensilmente in incontri finalizzati al confronto sul percorso artistico individuale e di gruppo e alla programmazione e realizzazione delle iniziative da promuovere sul territorio, con lo scopo di vendere le proprie opere e sensibilizzare la cittadinanza ai temi della differenza. Il Collettivo riunisce artisti con competenze professionali che nella loro vita hanno avuto difficoltà psichiche che li hanno esclusi da percorsi commerciali nonostante la qualità delle opere da loro realizzate, con lo scopo di offrire supporto nella promozione e nella valorizzazione del proprio lavoro. La partecipazione agli incontri è libera e l'esposizione delle opere in Galleria Virtuale è gratuita.

Attualmente il progetto si è ulteriormente sviluppato attraverso l'avvio di una collaborazione con il quartiere Costa Saragozza, Associazioni, esercizi commerciali e privato sociale per aumentare le occasioni di esposizioni e realizzare eventi pubblici.

Al progetto lavorano stabilmente tre educatori professionali per complessive 25 ore mensili, escluse le ore dedicate agli eventi (affiancamento agli utenti nelle fasi di allestimento e smontaggio mostre, presenze ai vari eventi ecc.).

Al progetto collaborano anche 2 educatori professionali del privato sociale, che intervengono a supporto e sostegno dei loro pazienti più fragili. Attualmente la Galleria Virtuale di Arte Irregolare espone opere di 36 artisti, dei quali 21 sono pazienti seguiti dal DSM di Bologna.

Gli artisti che attualmente partecipano alle attività del collettivo sono 31. Da ottobre del 2014 a febbraio del 2016 hanno rilasciato 3 interviste radiofoniche e sono stati pubblicati 6 articoli che parlano di loro.

Hanno esposto le proprie opere all'interno di 5 eventi organizzati dal DSM-DP, in gallerie d'arte ed in locali cittadini. Hanno partecipato ad iniziative come Pratiello R'Esiste, Volo Anchi'lo, Fondazza Social Street, la Notte Bianca dell'Arte, per un numero complessivo di 15 eventi.

Assieme ad Associazioni del territorio bolognese il collettivo ha collaborato, inoltre, alla progettazione di attività laboratoriali ed artistiche aperte alla cittadinanza. Nelle attività realizzate fino ad ora (un atelier artistico ed un laboratorio dedicato alla lavorazione dei metalli) sono inseriti 8 artisti come partecipanti e 1, regolarmente retribuito, come Tutor d'Aula.

In questo periodo sono state vendute complessivamente 59 opere.



Cultura e comunicazione per la salute mentale

AUMENTARE LA QUALITÀ E QUANTITÀ DELLA COMUNICAZIONE SULLA SALUTE MENTALE.

CERCARE DI RISPONDERE CON UN LINGUAGGIO SEMPLICE E PRECISO ALLE TANTE DOMANDE CHE PRIMA O POI SI PONE CHI INCROCIA IL DISTURBO PSICHICO.

CREARE SPAZI DI PAROLA PUBBLICA PER LE PERSONE IN CURA, CHE SUI MEDIA NON PARLANO QUASI MAI.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI BOLOGNA E LE ASSOCIAZIONI DI FAMILIARI E UTENTI CREDONO NEL VALORE DELLA COMUNICAZIONE CONDIVISA, E LA SOSTENGONO.



COS'È?

Sogni e Bisogni è un sito.

CHI LO FA?

Un gruppo composto da utenti, familiari di Associazioni (Cercare Oltre, il ventaglio di Orav, Umanamente, L'albero insieme si può, CEPS e GRD) aderenti al Comitato Utenti Familiari e Operatori della Salute Mentale, operatori del DSM-DP e dell'Istituzione Minguzzi, redattori de Il Faro e di Psikoradio.

Al momento della messa in rete del sito (aprile 2015) avevano collaborato alla sua realizzazione 32 persone.

DA QUANDO?

Nel 2013 si è costituito un gruppo di lavoro con lo scopo di progettare una Piattaforma di Comunicazione Allargata. Dal lavoro del gruppo è nato il sito Sogni e Bisogni, visibile on line dal 21 aprile 2015.

PERCHÉ?

Per riunire in un solo luogo virtuale: informazioni in grado di facilitare l'accesso ai Servizi del DSM-DP di Bologna, orientare rispetto alle attività e opportunità offerte da Associazioni, Servizi Sociali, Cooperative, informare sugli eventi in programma a livello prevalentemente locale, ma anche regionale e nazionale.

DI COSA PARLA?

- Dell'organizzazione del Dipartimento, dei servizi territoriali, e delle modalità di accesso agli stessi
- Dei singoli disturbi mentali attraverso dati ufficiali ed informazioni scientifiche
- Degli eventi e delle opportunità presenti a Bologna, e non solo, aggiornati settimanalmente
- Dei diritti degli utenti e dei familiari, degli aiuti e dei sostegni economici che possono essere richiesti
- Delle attività e degli indirizzi utili delle Associazioni e delle Cooperative sociali
- Pubblica articoli di attualità sulla salute mentale
- Fornisce un indirizzo e-mail per porre domande ed una lista di risposte alle domande più frequenti
- Pubblica storie di vita, poesie e dipinti di persone seguite dai Centri di Salute Mentale

COME?

C'è un gruppo di lavoro che periodicamente si riunisce per progettare e organizzare il lavoro nelle sue linee generali. L'intero sito è organizzato in aree i cui contenuti sono elaborati all'interno di sottogruppi. La parte giornalistica più generale è realizzata dai redattori di Psikoradio mentre gli aspetti più locali sono curati dalla redazione de Il Faro.

A CHI È RIVOLTO?

Ad utenti, familiari, operatori della Salute Mentale e ai cittadini tutti.

ALTRE ATTIVITÀ

Organizzazione di conferenze stampa e convegni sul tema della Salute Mentale.

I DATI

Nel mese di marzo 2016 il sito è stato visitato da 1197 persone. Il 33,5% dei visitatori ha un'età dai 25-34 anni; il 27,5% sono persone dai 18 ai 24 anni; il 15,5% ha dai 25 ai 44 anni; il 12,5% ha un'età dai 45 ai 54 anni, e tutti gli altri visitatori si collocano in una fascia di età dai 55 anni in poi. I giorni con minor accessi sono stati il 26, 27, 28 marzo 2016 (sabato domenica e lunedì di Pasqua) che hanno registrato rispettivamente 14, 15 e 18 accessi.

La giornata che ha registrato il numero massimo di visitatori è stata mercoledì 23 marzo 2016 con 68 accessi.

Link al sito: www.sogniebisogni.it



COS'È?

Un periodico con cadenza trimestrale, ufficialmente registrato presso il Tribunale di Bologna.

CHI LO FA?

La redazione è composta da una quindicina di persone, per lo più utenti del DSM, ma la collaborazione è aperta a tutti coloro che, avendo a cuore le tematiche della rivista, desiderano partecipare. In particolare, da tempo collaborano con Il Faro il Laboratorio di Scrittura dell'Associazione Umanamente, il Laboratorio Narrativa della RTP Casa Mantovani, il Gruppo Rassegna Stampa del CD di Casalecchio di Reno ed il gruppo di scrittura del CD Anziani di Via della Resistenza n. 40 di San Biagio (Casalecchio di Reno). Chi desidera proporre i propri scritti, inviare commenti, proposte, quesiti e concordare un appuntamento con la Redazione può inviare una mail alla segreteria (scrivifaro@libero.it).

DA QUANDO?

Il numero 0 è uscito nel novembre/dicembre del 2006.

PERCHÉ?

Per dar voce a chi, nell'ambito del disagio psichico, solitamente non ce l'ha e, come ha scritto l'ideatore del Faro sul primo numero della rivista, "il giornale sarà come un vero fero, punto di riferimento per chi, la tempesta della vita e le sue vicissitudini, lo ha fatto perdere nel mare della sofferenza. Grazie a questo strumento potrà vedersi e sentirsi meno solo."

DI COSA PARLA?

Ogni numero ha un argomento specifico (ma chi ha voglia di parlare d'altro, può farlo liberamente), e ogni collaboratore affronta l'argomento in assoluta libertà, secondo la propria sensibilità. La redazione si è sempre attenuta al principio di non rifiutare nessun contributo e di non esercitare nessun tipo di censura. La rivista presenta anche un inserto, sempre relativo all'argomento, il cui taglio è più specialistico e professionale.

COME?

I redattori, che si riuniscono ogni due settimane, presentano i propri contributi e li raccolgono quelli provenienti da collaboratori esterni, eventualmente selezionando, per l'inserto, alcune collaborazioni di persone competenti sull'argomento trattato. Poi il giornale viene impaginato con un programma professionale di cui alcuni redattori, grazie ad un corso di formazione avanzato, hanno fatto pratica. Quindi viene stampato in 1000 copie a cura del Centro Stampa del DSM-DP che si prende cura di distribuire parte di esse in tutti i CSM dell'Azienda USL, mentre altre copie vengono distribuite da vari redattori, nei convegni, seminari ed altre manifestazioni organizzati dal DSM ma anche in sedi non istituzionali: biblioteche di quartiere, centri sociali, case di riposo, farmacie, sale d'attesa dei Medici di Medicina Generale, edicole ecc.

A CHI È RIVOLTO?

Principalmente a coloro che soffrono di un disagio psichico, ai familiari agli operatori e ai cittadini.

ALTRE ATTIVITÀ

Sono stati e vengono organizzati attualmente, per i redattori che ne siano interessati, percorsi formativi per potenziare le competenze acquisite relativamente all'impaginazione, all'elaborazione delle immagini, all'allocazione di bozze, alle tecniche giornalistiche, alla grafica per principianti e corsi avanzati, alla gestione dei siti internet. Parallelemente alle riunioni della redazione, alcuni redattori si incontrano per discutere di vari argomenti, nell'ambito del progetto "Il Faro - Cultura".

De Il nuovo Faro sono sinora usciti 38 numeri. Le riunioni della redazione hanno una frequenza quindicinale si tengono in un locale messo a disposizione dal DSM DP. Alcuni redattori della rivista hanno sviluppato un sito internet (ilnuovofaro.altervista.com) dove è possibile trovare tutte le riviste sinora pubblicate, ed alcune notizie relative all'attività svolta (le visite mensili al sito sono circa 600). Nel 2016 la rivista ha ottenuto un finanziamento da parte del DSM-DP, nell'ambito dei progetti di sussidiarietà PRISMA (Promuovere Insieme Salute Mentale Attivamente) con l'intento di migliorare la qualità della rivista e del sito internet associato, aumentando le abilità e le capacità tecniche dei redattori, di potenziare le collaborazioni in essere (Istituzione Minguzzi e Psikoradio) e di attivare di nuove all'esterno.

<http://ilnuovofaro.altervista.com>

scrivifaro@libero.it



Questa voce è una radio
PSICORADIO
la radio della mente

Io come voi sono stata sorpresa
mentre rubavo la vita.
Bartolomeo fuori dal mio desiderio drammi
le storie voi tutti sono state ascoltate
e fu solo la storia del silenzio
avvicinare, amare e stupire i capelli
la notte voi ho pianto.
Noi non è lo sperante
Io come voi mi sono sentita tagliare
i vestiti di stacco
e quando mi hanno dato un nome
la mia vergogna
ho mangiato vergogna ogni giorno.
Ma io come voi sono tornata alla normalità
del dolore dell'uomo che li è spuntata a mia.

Alia Morini

COS'È?

PSICORADIO è una testata radiofonica nata nel 2006 dalla collaborazione di Arte e Salute onlus e il Dipartimento di Salute Mentale di Bologna.

CHI LO FA?

La redazione, diretta da Cristina Lasagni, è formata da 13 persone in cura presso i servizi di salute mentale di Bologna, e da un gruppo di giornalisti ed esperti di comunicazione. Psikoradio è infatti anche un corso, che insegna ai redattori a fare comunicazione radiofonica.

COME LO FA?

La redazione si riunisce: tre pomeriggi alla settimana, e confeziona il programma che viene inviato alle radio, che lo mandano in onda nel territorio nazionale. Il programma è realizzato dai redattori/pazienti (pazienti in molti sensi) che lavorano in tutte le fasi, dalla progettazione alla realizzazione delle interviste o dei servizi, alla parte tecnica - montaggio, scelta delle musiche, regia. Tutte le settimane la redazione scrive un breve articolo sul tema della puntata che viene inviato tramite newsletter a un indirizzario di oltre 700 contatti. PSICORADIO cura anche il sito www.psicoradio.it ed i social facebook e Twitter.

PERCHÉ?

- PSICORADIO nasce da due convinzioni.
- In generale, la comunicazione su salute e malattia mentale è spesso scorretta e comunque scarsa. Sappiamo, invece, che ce ne sarebbe un grande bisogno: la sofferenza psichica è in aumento, e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) scrive che entro pochi anni sarà la terza causa di malattia nel mondo.
 - Ci sono persone con una sofferenza psichica che, se formate da esperti, possono produrre una comunicazione interessante ed originale. Solo loro possono aggiungere, infatti, all'informazione il punto di vista ed il sapere di chi la sofferenza psichica la conosce per la vive.

PSICORADIO fa anche bene a chi la fa. Come tutti i lavori interessanti, che danno la sensazione di fare qualcosa di vero, di utile, e di far crescere. Come tutte le situazioni di gruppo amichevoli, che valorizzano le persone. Come sempre, quando l'intelligenza e i sentimenti lavorano insieme.

DI COSA PARLA?

I nostri programmi - più di 500 - hanno trattato tutti i temi, dall'arte agli psicofarmaci, dalla musica al TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), dalla poesia alle diagnosi, al sesso, al calcio... Tutti visti da un punto di vista psy, psicologico. Poi gli speciali, che si occupano di temi come "Sentire le voci", "DPG", "Comunicazione e malattia mentale", "Arte e Follia, o la follia dell'arte".

A CHI È RIVOLTO?

A tutti gli ascoltatori delle radio che ci mandano in onda, perché i temi della psiche riguardano tutti. Ogni settimana una nuova puntata di PSICORADIO viene trasmessa in Italia da radio del circuito Popolare Network: a Milano, Bologna, Roma, Torino, Bolzano, Verona, Roccella Ionica, Lecce... e dall'emittente della Chiesa evangelica Valdese Radio Beckwith. Dati di Radiomonitor (2014) sugli ascoltatori al giorno (media): Popolare Milano 152.000; RadioCittà del Capo (Bologna) 10.000; Popolare Roma 13.000; Radio Flash Torino 10.000. Inoltre, tutti i programmi si possono ascoltare anche sul sito www.psicoradio.it

ALTRE ATTIVITÀ

PSICORADIO organizza seminari e attività culturali, presenta libri e film. Ogni anno accoglie studenti dei licei in stages presso la redazione. Ha realizzato una ricerca, FOLLIA SCRITTA, che ha analizzato per un anno i titoli di 8 quotidiani, per capire come i giornali affrontano il tema della sofferenza psichica. La ricerca è stata realizzata in collaborazione con l'Università della Svizzera Italiana, ed è stata presentata in un convegno assieme all'Ordine dei Giornalisti dell'Emilia Romagna.

Nel 2009 PSICORADIO ha vinto il Premio Nazionale G. Marconi come "migliore progetto di comunicazione indirizzato ai giovani, attraverso la radio".

www.psicoradio.it

Salute Mentale nell'Assistenza Primaria:

Umanizzazione e Cura in Rete

Prof.ssa Simone Mainieri Paulon
UFRGS
simone.paulon@ufrgs.br

Prof.ssa Magda Dimenstein
UFRN
mgdimenstein@gmail.com

"Se esistessero più gruppi, più dialoghi... Conversare è bello. Fa bene. Ti garantisco che non ci sarebbe più bisogno dell'ospedale psichiatrico!" (utente in un gruppo di ricerca di Salute Mentale nell'Assistenza Basica)

"Io so che cos'è salute mentale: io prima andavo al servizio e prendevo la medicina. Oggi, vado ancora al servizio, ma ci trovo un gruppo e posso conversare. Adesso ho tanti amici. Questo è salute mentale!!"



Questa esperienza di ricerca-intervento in Salute Mentale nell'Assistenza Primaria discute le possibilità offerte dalle metodologie di ricerca partecipativa di agire come pratiche di presa in carico Umanizzate. L'esperienza oggetto di questo lavoro descrive una ricerca realizzata con attori dell'assistenza psico-sociale (utenti, gestori, professionisti) di 6 città del sud del Brasile (Porto Alegre e Regione Metropolitana) che, integrandosi con il gruppo di coordinamento della ricerca e quindi potendo enfatizzare le proprie esigenze lungo tutto il processo, hanno prodotto insieme ai docenti numerose analisi sulla realtà oggetto di studio e sul loro lavoro. Tra i risultati ottenuti, è emerso che l'esercizio dell'autonomia e il protagonismo dei soggetti, gli approcci congiunti utilizzati nelle varie situazioni oggetto di analisi e il lavoro in rete si configurano come elementi cruciali sia per le prassi professionali, sia in ambito di ricerca. Strumenti come le "ruote di discussione", i "Collegi di Gestione" della ricerca e l'organizzazione condivisa della restituzione dei risultati favoriscono maggiori ricadute pratiche del processo di ricerca e aiutano a interrogarsi criticamente sulle distanze esistenti tra accademia e servizi, nonché a elaborare strategie per il loro superamento.



LABORATÓRIO ITALO-BRASILEIRO
DE FORMAÇÃO, PESQUISA E
PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA



Chi sono gli autori e i mobilizzatori delle piazze?

Le esperienze raccontate da:

Ana Paula Macedo; Andrea Maurizzi; Andrea Zamboni; Angela Giotta; Angelo Lorusso; Antonella Dallari; Antonella Drosi; Antonella Monti; Bertilla Mazzanti; Concetta Pietrobattista; Cristiana Pongolini; Danila Guidi; Denise Bueno; E. Tumini; Elena Zini; Elisa Mazzini; Emanuela; Malagoni; Erika M. Duarte; Fabiane Woyciekowski; Federica Castellazzi; Federica Marchesi; Francesca Zanni; Franceschina Sorace; Franco Caccia; Gabriel C. Baptista; Gabriella Rossi; Gianpaolo Perrella; Gino Targa; Giorgio Giorla; Giovanna Esena; Giovanna Tino; Gisella Barbaro; Karen Weingaertner del Mauro; Ligia Tlajja Leipnitz; M. Lambertini; Magda Dimenstein; Marcella Peverati; Marco Pizzirani; Marianna Bettinzoli; Mario Staglianò; Martin Correa; Massimo Ruggiani; Maura Fabbri; Maurizio Rocca; Micaela Pandini; Michela Musile Tanzi; Monica Vieira da Silva; Orietta Valentini; Paula Ferraz Coelho; Raffaella Campalastri; Rosa Eugenia Pesci; Silvia Vesco; Simone Paulon; Sonia Venturini; Teresa Barbiero; V. Bignami; Valeria Gentilini.

Gli esploratori delle piazze:

Gerardo Lupi; Filippo Costadoni; Claudio Filippini; Denise Bueno; Lidia Bueno Pereira; Roberta Bottai; Corrado Ruozi; Raffaella Campalastri; Ana Paula Macedo; Cinzia Migani; Maurizio Rocca; Valeria Frabetti; Anna Corsini; Stefano Cittadino; Concetta Pietrobattista; Luiza Maria Pentz; Alessandro Martelli; Antonella Dallari; Nadia Marchesini; Elena Zini; Emanuela Malagoli; Marina Schenkel; Elisabetta Borciani; Mauro Palazzi; Elena Cammi; Cristina Sartori; Gaetano Cosentino; Franco Caccia; Rodrigo Tobias de S. Lima; Mercedes Serrano Miguel; Mariana Navarro; Martina Consolani; Marianna Bettinzoli; Vera Todisco; Marianna Aleo; Erminia Tumini; Silvia Vesco; Mohamadi Salah; Ligia Tlajja Leipniz; Fabiane Woyciekowski; Jose Ivo Pedrosa; Paola Ferrari; Debora Calabrese; Marco Lambertini; Paulo Eduardo Xavier Mendonça; Eva Neri; Frederico Viana Machado; Francesca Zanni; Orietta Ortu; Fabio Michelini; Caterina Menichini; Cristina Malvi; Chiara Cerbai; Orietta Valentini; Fabio Tolomelli; Paula Ferraz Coelho; Elisa Mazzini; Andrea Zamboni; Livia Franchini; Sandra Fagundes; Elisa Mallmann Duarte; Caroline Donatu; Ligia Tlajja Leipniz; Rocco Cilurzo; Gabriel Calazans Baptista

Che nella vita si occupano di:

Assessori di Manaus, Ro, Sorbolo, Rio Grande do Sul, Cordoba, Esteio, Responsabile Cure Primarie Ausl di Piacenza, Direttore del Servizio di Gestione della Tecnologia dell'Informazione del Rio Grande do Sul, Ricercatori Fiocruz Amazonas, Direttrice Luoghi di Prevenzione Reggio Emilia, Direttrice Integrazione Sociale e Sanitaria AUSL Bologna, Vice-Presidente Scuola di Sorbolo, Direttrice distretto Castel Franco Emilia – AUSL Modena, ASP Catanzaro, Professore/a UFRGS, UFMG, UFF, UFRJ, UNIRIO, UB, URV, UNIBO, UNIPR, UNIURB, UFPI, IPA, UFRN, AUSL Piacenza, AUSL Modena, AUSL Bologna, AUSL di Ferrara, AUSL di Imola, Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana, Agenzia Sociale Sanitaria Regionale, Rede Governo Collaborativo em Saúde, People Health Movement, Porte Aperte, Il Seno di Poi, Direttore Centro Servizi del Volontariato, Comune di Torrile, Parrocchia Santa Teresa del Bambin Gesù, Cooperativa Il Martin Pescatore, Associazione Idee in Circolo, Comune di Parma, Sognie Bisogni, Il faro, Collettivo Artisti Irregolari Bolognesi, Assessorato alla Salute di Cuiabà.

Traduzioni a cura di: Sintoni F; Navarro Tavares de Melo M.

Álbum fotográfico





Alla ricerca di dispositivi socio organizzativi per qualificazione dei servizi sanitari e sociali: un contributo riflessivo sull'esperienza osservata¹

Ricardo Burg Ceccim

Introduzione

Questo testo contempla la riflessione presentata alla fine della “Fiera degli strumenti: metodologie per la qualificazione dei servizi e delle organizzazioni sanitarie e sociali”, realizzata in febbraio 2018, all'interno del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva, avvenuto nello spazio formativo dell'ex ospedale psichiatrico "Francesco Roncati", oggi sede dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, Bologna/Italia. La “Fiera degli Strumenti” pretendeva mettere in gioco diversi strumenti di “formazione situata”. I presentatori portavano una strategia tra quelle usate nei loro propri progetti di formazione in servizio, e le avrebbero offerto a partecipanti “esploratori” delle loro possibilità, cioè, userebbero la strategia, non come una “lezione frontale”, ma come “azione sperimentale”. Per questa connotazione di apprendimento attivo, la Fiera conteneva anche l'espressione “palestra”. In ogni palestra sarebbero “esercitati” degli apprendimenti attivi, sotto tre slogan: interrogarsi, posizionarsi e incontrarsi. L'idea era comprendere la proposta di formazione situata, trovandosi al di dentro di essa. La denominazione “fiera” era l'opportunità per fare contatto con diversi strumenti e capire che la formazione in servizio non corrisponde ad una lezione “centrata del contenuto”, ma ad una “situazione di coinvolgimento”. In ogni palestra, tre “modalità di esercizio di ginnastica”. Infine, la proposta si completava con due risorse di pensiero: situazione di studio e situazione problema.

Per la situazione di coinvolgimento sono state organizzate tre “palestre” sotto lo slogan di tre verbi riflessivi (così come si trovano nell'idioma italiano): interrogarsi, posizionarsi ed incontrarsi. In ogni palestra, tre “modalità di esercizio”: tre strategie di

formazione situata. Le parole d'ordine comprendevano: discutere le premesse di azione (interrogarsi), discutere i processi d'interazione (posizionarsi) e l'emergenza d'innovazione (incontrarsi). La ginnastica era presente nel confronto, nella discussione e nella produzione di differenza. “Etnografi” sono stati evidenziati nell'insieme dei partecipanti con la funzione di osservare come i gruppi si sviluppavano, quali sono state le pratiche adottate, come hanno dibattuto e come si sono coinvolti. L'idea era “restituire” una conoscenza sull'esercizio. Riunite le tre palestre, corrispondeva agli “etnografi d'improvviso” la “situazione di studio”: raccontavano come avevano osservato la “palestra” e, in questo modo, tematizzavano l'esperienza. Infine, una “situazione problema” o problematizzazione, così chiamata: “alla ricerca di una teoria dei dispositivi socio-organizzativi per la qualifica dei servizi sanitari e sociali”, cioè, fornire una comprensione possibile della “formazione situata” o della “educazione permanente in salute” (terminologia sviluppata nell'Sistema Unico di Salute, del Brasile). La problematizzazione dovrebbe emergere in atto, secondo la circolazione tra le palestre, lo sviluppo in qualcuno degli esperimenti partecipativi, e l'ascolto delle etnografie. Questo era il mio ruolo. Il testo che segue proviene dalla trascrizione di questa tappa finale, il cui ordine prevedeva “aggiungere un po' di teoria”.

L'idea di palestra (ginásio)

Un primo aspetto interessante, dal mio punto di vista, è la metafora della palestra. La parola in italiano è palestra, questa parola, in portoghese ha un senso molto diverso. Palestra in portoghese è una prelezione, “l'allenatore” è colui che parla (presenta un contenuto), mentre il pubblico è ascoltatore, fa delle annotazioni e, al massimo, ha il diritto di fare

¹ Versão traduzida para o português deste texto encontra-se na página 162 da revista.

qualche domanda, a cui il conferenzista risponde secondo gli conviene. Palestra in italiano è il luogo dell'esercizio fisico, dove "l'allenatore" mette i corpi in movimento, mentre il pubblico mette in azione le sue possibilità corporali e sviluppa delle abilità fisiche e competenze di movimento. Palestra, in italiano, è il luogo della ginnastica, corrisponde al "ginásio"

Il "ginásio", per i greci, era il luogo di attività fisica ed intellettuale destinato ai giovani. In italiano, per fare ginnastica si va alla palestra. In portoghese si va alla palestra per ascoltare, e al ginásio per fare ginnastica. Nel Brasile, "ginásio" era la scuola secondaria, chiamata pure di "curso ginásial" (si faceva dopo la scuola primaria). Facendo uso dell'intercambio culturale, sarebbe interessante il gioco di parole con il gioco dei sensi: se andiamo in palestra per imparare è perché imparare non è effetto di udienza ad una prelezione, ma esercizio di imparare insieme a un mediatore della conoscenza, che cerca di sviluppare le abilità cognitive e le competenze intellettive. La buona lezione non verrebbe da un oratore (conferenzista), ma da un allenatore di ginnastica (ensino ginásial).

La "palestra" può essere il luogo dell'"ensino ginásial", apprendimento dell'eloquenza o alfabetizzazione, luogo di conversazione e discussione, sviluppo di esercizi ginnastici e abilità di pensiero. Esercizio mentale: esercizio di pensiero, più che allenamento cognitivo. Esercizio che chiama in causa la potenza del corpo come potenza di pensiero,

lasciare che gli affetti del corpo siano dei portatori di pensiero, mettere in gioco il corpo. Un esercizio modifica il corpo, cambia la respirazione e il polso, il corpo traspira. E con gli apprendimenti? Il corpo non traspira, la respirazione e il polso non si modificano? Se posso domandare quali sono le potenze del mio corpo nella ginnastica, considero che possiamo domandare quali sono le potenze del nostro pensiero quando andiamo a scuola. Nella formazione situata (o Educazione Permanente in Salute) sono sfidate le nostre potenze di pensiero o soltanto trascorre l'allenamento cognitivo passivo (ascoltare e serbare)? Possiamo arrivare ad un'altra domanda: quali sono le potenze del mio pensiero? Quanto può cambiare il mio pensiero? Quanto il mio pensiero può essere esteso? Quanto il mio pensiero può smantellare i saperi che io già possiedevo per, allora, arrivare a saperi sui quali io mai mi ero domandato?

Capacità di guardare e "sentire con"

Fatto questo preambolo, commento il giorno d'oggi. Nell'esercizio proposto, una cosa in primo luogo mi ha chiamato l'attenzione; in questo foglio che tutti hanno ricevuto (Immagine 1) c'è un'informazione scritta, un orientamento per il lavoro, ma c'è lì anche un'informazione in disegni. Abbiamo almeno tre "informazioni non testuali": un corpo che si esercita, uno zaino con una coperta ed una bussola, e subito, un punto di localizzazione.

Le Palestre della Fiera

Posizionarsi	Incontrarsi	Interrogarsi
<p>Ore 10,00 Tombola dei talenti presentata da Unione Terre di Castelli</p> <p>Ore 11,00 Scambioteca presentata da Comune di Comacchio</p> <p>Ore 12,00 Le mappe di cui ho bisogno presentata da Unione Valle Sivoio</p>	<p>Ore 10,00 Dialogo a due presentato da Comune di Ferrara</p> <p>Ore 11,00 Dal Voce presentato da Unione Terre d'Argine</p> <p>Ore 12,00 L.D.E.A. presentato da CIEFAL</p>	<p>Ore 10,00 Il silente presentato da Unione Distretto Cavasio</p> <p>Ore 11,00 Ri-narrare le storie presentato da Unione Bassa Reggiana</p> <p>Ore 12,00 Esercizio Etnografia organizzativa presentato da A.U.I., Modena</p>
<p>Esploratori: Alessandra Bueno Luciane Cabral Luciana Carnevale Liliana Fava Sabrina Franceschini Antoninho Lunelli Paulo Mendonça Giacomo Prati Diletta Priami Patrizia Salleri Erika Rodrigues</p>	<p>Esploratori: Luca Benecchi Giovani de Souza Franca Francia Gabriella Gallo Cristina Riccio Fernando Leles Cristiana Magni Lorenza Malucelli Antonio Maturo Tatiana Menezes Monica Moranguelira Adriana Pinto Marcia Santan</p>	<p>Esploratori: Carla Albuquerque Costanza Ceda Marcia Fernandes Vinicius Piliak Claudemir Gribim Eversón Krum Davide Mazzoni Adriana Melo Roberto Nakamura Francesca Paron Rosa Eugenia Penci Vincenza Pellegrino RobsonSilva</p>
In: Auletta	In: Aula A	In: Aula Ex Cappella

Immagine 1 – Le tre palestre della Fiera di Strumenti

L'Immagine 1 è portatrice di alcuni presupposti: ci sarà qualche sforzo fisico, attività. Ci sarà un percorso, porteremo uno zaino. Porteremo alcuni

oggetti, ma anche coperta e bussola. Possiamo avere bisogno di pernottare, può esserci bisogno di cercare da soli riorientamento di strada, portare la coperta è prudente e la bussola può aiutarci. C'è un punto di

localizzazione, quindi ci saranno dei luoghi da stare e da conoscere. L'immagine distribuisce anche persone e durate. Sono stati configurati dei luoghi, ma questa "mappa" non avrà il controllo sugli avvenimenti, il luogo segue vivo. La sfida fatta è stata mettersi in scena. Finché la scena si svolge non siamo un collettivo. Per arrivare ad essere un collettivo dobbiamo vivere ed "inventare" il luogo.

Uno strumento importante dell'azione nei luoghi è lo sguardo. Dove guardiamo? Cosa siamo capaci di vedere? Vediamo delle cose grandi o piccole? Vediamo l'invisibile? Le cose piccole ci sono, ma abbiamo la tendenza di non vederle. Certe volte le

vediamo, ma non crediamo che giustifichino importanza. In un esercizio di percezione, alleniamo lo sguardo focale, per vedere ciò che importa. Generalmente, facciamo l'immagine che un occhio guarda in frente, in linea retta e diretta. Uno sguardo, intanto, ha bisogno di ampiezza, capacità di foco e dintorni (si alternano). Uno sguardo retto e uno sguardo obliquo, guardare in frente, ma guardare anche in agguato. Uno sguardo verso la realtà, ma anche verso ciò che è virtuale. Uno sguardo maturo, ma anche infantile. Uno sguardo verso il foco, ma anche uno sguardo al campo visivo. Uno alle evidenze, ma anche uno sguardo all'invisibile (Immagine 2).



Immagine 2 – Sguardo retto e Sguardo Obliquo

Questa è una capacità da sviluppare, quella di essere capace di vedere. Certi animali come la mosca, ad esempio, vedono così. L'occhio della mosca offre una visione panoramica, che le permette di accompagnare i dintorni (a sinistra, a destra, su e giù) e di muoversi in diverse direzioni. È molto difficile uccidere una mosca perché essa non smette di muoversi, il suo occhio riesce ad individuare anche una movimentazione minima. Noi ci muoviamo pochissimo, di solito in avanti, e vediamo pochissimo, soltanto ciò che sta davanti. Possiamo fare una domanda: siamo davvero capaci di muoverci con questo livello di attenzione? Giacché non abbiamo un occhio di mosca, abbiamo bisogno di attivare delle sensibilità. Noi proviamo certe cose qui, oggi, che permettono di aiutare il nostro occhio a cambiarsi.

Adesso, pensate che tanto più io copio una tecnica da applicare, tanto meno ho bisogno di sviluppare il mio occhio. Quando io imparo una tecnica è per dire: è viabile, è possibile, qualcuno l'ha fatto, qualcuno ci

ha provato. Noi abbiamo portato qui, quindi, negli esercizi, certe cose importanti, mi pare. Prima che gli esercizi arrivassero qui perché alcuni di noi gli utilizzano in scene di formazione in servizio, essi provengono da esperienze concrete, costitutive di luogo, sono degli esperimenti. Tutti gli strumenti portati qui provengono da una regione, da un servizio o da un gruppo che può dire perché ha sviluppato quello strumento, o cosa pretendeva con quello strumento, e come esso è stato usato. Insomma, la cosa più importante non è lo strumento, ma tutte queste domande che un gruppo locale ha posto, sviluppato ed sperimentato. Io vorrei chiamare l'attenzione su questo. Ciò che noi, infine, abbiamo fatto qui, non è stato "rivedere strumenti", abbiamo prodotto l'incontro. Si produce così, siamo diversi gli uni dagli altri, ma produciamo delle cose in comune. Quando produciamo ciò che è comune, non succede di restarci uguali, restiamo diversi di ciò che eravamo. Quando facciamo cose comuni, ciò che avviene è che ognuno di noi diventa più diverso di quanto era (Immagine 3)

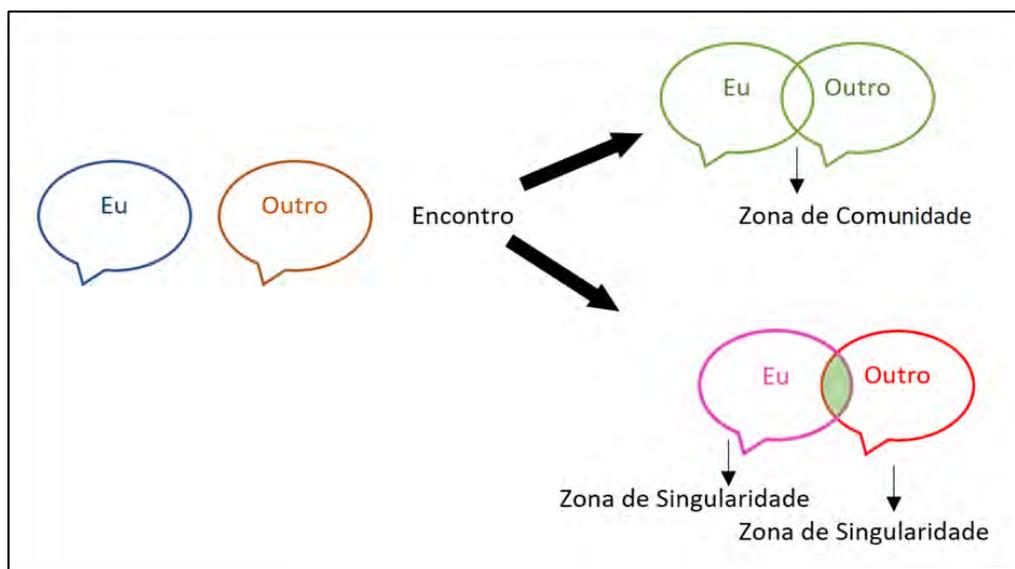


Immagine 3 – Processo di educa(tras)formazione mediante l'Incontro

(Contenuti dell'immagine 3: Io – Altro – Incontro -> io – altro -> Zona di Comunità/io – altro -> Zona di singolarità – Zona di singolarità)

Questo è quanto io volevo che potessimo capire, quando produciamo qualcosa in comune, non importa se restiamo tutti uguali e cominciamo a fare la stessa cosa. Ciò che importa è che restiamo più diversi di quanto eravamo. Questa area di comune cambia sempre, perché se modificiamo, facciamo delle nuove comunità, cambiamo e cambiano i nostri comuni. Questa è la reindividuazione permanente. Questo è il movimento necessario per impararlo o per farlo in rete. Non stiamo avendo a che fare con cose semplici, nonostante cerchiamo di semplificare tutto al massimo. Ad esempio, ridurre una malattia ad un'unica spiegazione e un trattamento ad un'unica condotta. Ridurre gli apprendimenti ad un unico modello di imparare o la didattica ad un unico modo di insegnare. Qualunque malattia in un corpo muove varie cose in quel corpo: chi aiuterà a prendersi cura? Cosa deve cambiare nella routine di vita e lavoro? Che attività non saranno più fatte? Cosa non è più possibile mangiare? Tutte queste cose già cambiano una persona. Qualsiasi cosa che cambi una persona, già indica che stiamo parlando di una cosa complessa. Tutto il tema sulla fragilità già riportato qui, non è perché ci siano delle persone più o meno fragili, ma perché non abbiamo il controllo sulle nostre esistenze. Quando citiamo delle persone in processi di vita molto diversi dai nostri, è solo per far vedere che la produzione della vita trascende la nostra comprensione attuale e ci chiede sempre altre pratiche, altri processi, altre istruzioni.

Le istruzioni d'oggi

Tornando alle istruzioni (Immagine 1), verifichiamo tre verbi: posizionarsi, interrogarsi, incontrarsi. È interessante il verbo riflessivo. Il verbo riflessivo fa affermare che l'azione è su ciò che ci succede. Ad esempio, l'incontrarsi è incontrare se stesso. Il primo margine proposto è stato "posizionarsi". C'è una prima possibilità, quella che potessimo rispondere "dove sono io", "dove lavoro", "qual'è la mia localizzazione", ma anche è mettere in evidenza il mio punto di vista, la mia prospettiva, dalla quale io osservo. Un po' della nostra identità, ma anche un po' della nostra malleabilità, della nostra permeabilità, della nostra disponibilità. Sapiamo chi siamo, quale collettivo(i) formiamo. Chi è ognuno di noi che lavora in questo luogo? Chi è ognuno di noi che è venuto a questo laboratorio, che si trova disegnando questo posto? Posteriormente, quindi, l'interrogarsi: chi è ognuno di noi? In riunione, in piccoli gruppi, in plenario. Si presenta la possibilità di interrogarsi, mettersi in dubbio: quali sono le nostre necessità, del nostro gruppo, dei nostri utenti? Cosa abbiamo bisogno di imparare insieme ognuno di noi? Quali sono le cose che dobbiamo imparare oggi? Quali sono le nostre necessità di apprendimento? Infine, incontrarsi, che è già un posizionarsi da un altro posto, scoprirsì nell'azione.

Ripensare la sequenza: interrogarsi, incontrarsi e posizionarsi. L'interrogarsi significa non stare bene come sta, qualcosa non sta bene così, manca qualcosa, o qualcosa è incompleta, qualcosa provoca

irrequietezza nel corpo. A questo voglio chiamare interrogarsi, uscire dal posto che eravamo, il luogo conosciuto, il luogo dove noi sappiamo qual'è il nostro ruolo. L'interrogarsi quando io mi faccio delle domande su quale luogo è questo e perché io occupo questo posto o in quel modo? Perché io mi presento in questo modo? Non è solo il perché, ma interroga anche dove sono. Qual è il luogo che mi disturba? Quali sono i disturbi? È mettersi in discussione, sentirsi a disagio, scomodarsi. È questo un primo movimento perché io possa rispondere perché sono venuto qua. Io ho uno scomodo, un disagio o qualche cosa che mi sta lasciando irrequieto. Questa inquietudine, questo disagio genera il movimento del divenire. Questo sarebbe il primo luogo perché noi mettessimo la parola interrogarsi. La seconda sarebbe incontrarsi, che dopo il disagio sarebbe come aprire le sue percezioni, usare quell'occhio sul quale ho parlato prima. L'incontrarsi è uscire dall'occhio che focalizza le sue percezioni, è scoprire l'occhio dell'ampiezza e delle delicatezze (Immagine 2). Posizionarsi diventa una scelta etica e politica. Cosa voglio creare, quali reti sto cercando, quali reti sto componendo? Questa sequenza: interrogarsi, incontrarsi e posizionarsi sarebbe mettersi in discussione, mettersi in analisi, incontrarsi con l'ampiezza, con tutto ciò che ti può mettere a disagio con te stesso, polso vitale, quindi, posizionarsi in difesa della creazione, dell'invenzione, della ricreazione, del cambiamento, della novità. Quello che ha bisogno di essere possibile è entrare in novità di sé e dei contesti. È necessario che diventi comodo tornarsi differente, che le percezioni possano cambiarsi. Se le mie percezioni sono modificate, posso snaturare certe posizioni e ritrovarmi? Questo significa il ritrovarsi, è il fare in comune. Incontrarsi vuol dire che l'altro modifica il mio io, "io" come "altro di me" (Immagine 3).

Il verbo riflessivo viene per mettere delle domande, domandare sulla disposizione all'incontro, e dire perché in questo luogo. Proprio qui, ognuno ha presentato una posizione sul perché è venuto, perché c'era un'interrogazione, perché è stato costruito uno strumento di incontro e perché aveva qualcosa da portare qua. È diventata la posizione di portare qua. Il modo in cui siamo arrivati non è da dove veniamo. Se il modo è dove arriviamo, e già sappiamo che si tratta soltanto di un modo, noi dobbiamo ritornare ad interrogarci, e dovremo produrre un altro modo. Sempre arriveremo ad un modo e sempre deformeremo questa forma nella costruzione di qualcos'altro che possa essere differente e che produca un'altra zona di comunità. È importante che sempre cerchiamo un modo e arriviamo in un modo. Il seguente passo è deformare e un altro di noi verrà.

Vi do un esempio, c'è un pittore, Paul Klee, che usa l'espressione "formazione" per dire che noi sempre arriviamo ad una forma, ma la forma è sempre formazione. Non è una forma che è finita, perché continuiamo producendo delle forme. Il pittore riferisce che l'arte è formazione e non forma. Ed egli dà un esempio per capire questo, che è: il silenzio richiede il rumore, ma il rumore richiede il silenzio. Questo movimento è continuato, sempre noi faremo così, il silenzio richiederà che facciamo dei rumori, ma il rumore richiederà che ritorniamo al silenzio. Oggi uno strumento mi ha chiamato molto l'attenzione: il silente, o il silenzioso. Che un po' questa espressione del silenzio che esige un rumore, ma il rumore che esigerà un silenzio. Il silente è qualcuno che, in silenzio, osserva. Sarebbe una parola più bella che il silenzioso, in portoghese, che sarebbe restare quieto. Il silente non sta quieto, solo non sta parlando, non sta producendo rumore, ma egli è là. Dopo viene la narrativa. Il silenzio è la narrativa. È apparsa ancora una terza parola qui: rinarrare. Sono le tre stesse parole che ho messo prima. Il silenzio dell'interrogarsi, il narrare dell'incontrarsi e il rinarrare del posizionarsi. Il silenzioso è apparso qui come un possibile utente, che è quello che nelle nostre riunioni di lavoro non parla mai, perché si trova al di fuori del servizio, egli è il cliente dell'attendimento.

Nell'ambito dell'educazione permanente in salute, bisogna che il silente entri o che riflettiamo con gli utenti che entrano, oppure andiamo noi fino al luogo dove gli utenti stanno parlando e noi siamo i silenziosi capaci di ascoltare. Oppure, anche noi occuperemo questo ruolo. Alle volte il silente è colui che, in una conversazione, non parla di ciò che è avvenuto, ma egli dice: se io fossi l'utente... Io credo che questa è stata la conversazione che è avvenuta qui. È questo che il silente deve dire: io sono l'utente... io finora sto ascoltando, e adesso come utente io dirò ciò che io penso su questa riunione di lavoro. Quali cose sono state dimenticate? A quali cose è stata data troppa importanza, e per me non sono importanti? Quali sono le cose che io dovrei fare, ma non c'è apertura qui per farle? Che cose non sono state dette, ma io già le faccio? Quindi, il silente viene per dire di tutta quella conversazione e pratiche che avvenivano lì dove egli restava silenzioso. Nel caso che egli fosse presente e parlando, cosa avrebbe detto? Queste tre cose che io ho preso là – silente, narrativa e rinarrativa- che io ho detto che potrebbe essere interrogarsi, incontrarsi e posizionarsi, ci danno un nucleo con dentro tante cose: gli strumenti, i cambiamenti, i talenti, i sussurri, il dare la voce. Abbiamo visto tante possibilità in cui potremmo silenziare, osservare ed ascoltare, varie forme di incontrarsi, vari strumenti di incontrarsi. Ed, infine,

posizionarsi, mettersi in qualche luogo dopo gli effetti che l'incontro ci ha prodotto.

Infine, perché parliamo di educazione permanente in salute? L'espressione "educazione permanente in salute" (brasiliiana) presenta quali sfide? È stata collegata all'espressione formazione situata. La formazione situata è collegata al concetto di educazione permanente in salute perché dice sul luogo, sul territorio e sul mondo delle pratiche, che ha bisogno di produrre effetto su di noi. Non possiamo imparare solo con la letteratura, abbiamo bisogno di imparare con i luoghi, con gli incontri, con le persone, con le culture, con i linguaggi. Vari strumenti, oggi, hanno portato le culture, i linguaggi, i luoghi, i territori, strumenti questi venuti da una scena d'azione. Sono venuti da questa esperienza situata.

L'educazione permanente in salute ha un concetto che io ho sviluppato da qualche tempo, quello che 4 elementi necessariamente devono essere messi, affinché prendiamo, non solo l'informazione situata come qualcosa di rilevante, ma l'implicanza con il sistema sanitario: 1) cambiare le pratiche di cura, metterle in discussione: è corretto il modo in cui stiamo facendo? Riesce a gestire l'altro? I suoi interessi e stili di vita? Molte delle nostre pratiche sono regolate da istanze che definiscono quali sono le pratiche permesse e quali pratiche sono autorizzate, al punto che non ci domandiamo su cambiare queste regole o queste logiche che organizzano le pratiche. In un processo formativo, questi disegni hanno bisogno di essere messi in discussione. È proprio così? Continua ad essere in questo modo? Cosa

succederebbe se fosse un'equipe di discussione? Cosa succederebbe se io non dovessi solo rispondere ad una regola, ma se dovessi rispondere a ciò che osservo, a ciò che sento? 2) Qual è l'interesse del silente, del nostro utente? Cos'è la cittadinanza in salute, e come va il processo sociale? Allora, non serve a niente domandare a me stesso quali sono le pratiche che hanno bisogno di essere cambiate, senza qualsiasi collegamento con quanto l'altro, il silente, sente o con quello che egli dice. Bisogna che io metta in dubbio le pratiche e bisogna che io lasci il silente parlare, e che io sia capace di ascoltare il silente. 3) È necessario anche mettere in discussione qual'è la rete disponibile, qual'è la logica della gestione? Qual'è la logica di organizzazione dei servizi? Al posto dove io mi trovi, c'è una logica di gestione della politica, io devo fare questa domanda per posizionarmi come cittadino, non soltanto come tecnico. Ho bisogno di posizionare i miei atti e ruoli. 4) Stabilire delle pratiche formative in modo che tutto ciò sia oggetto di conversazione, di cambiamento e di interazione. Ciò che abbiamo fatto qui, oggi, durante il giorno, è stato ascoltare com'è possibile insegnare ed imparare in reti di conversazione, in "palestra" ma non in "prelezione". È questo un apprendimento molto diverso da una conferenza in cui qualcuno parla e l'altro ascolta. Io, adesso e qui, parlo abbastanza, lo faccio alla fine. Io sto parlando dopo tutto un giorno di lavoro che io ho accompagnato, la cui funzione è sviluppare un'osservazione di produzione. È diverso dal fatto di essere stato io la prima persona che ha parlato e chiudere l'argomento. La formazione può avvenire in territorio, sotto lo scambio tra quelli che sono in situazione.

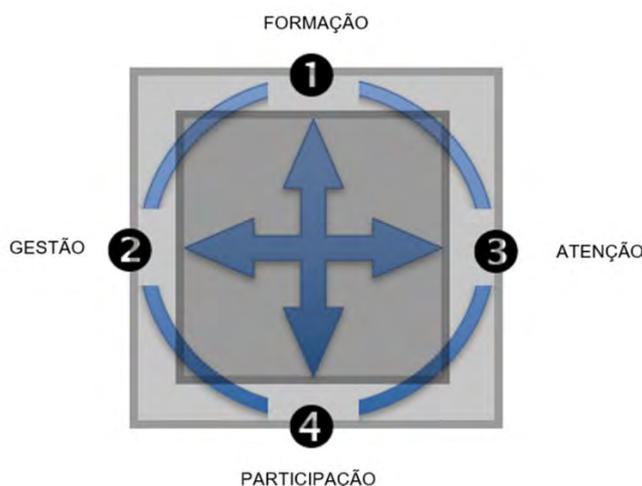


Immagine 4 – Il quadrilatero della formazione

(Contenuti dell'Immagine: 1- FORMAÇÃO; 2 – GESTIONE; 3 – ATTENZIONE; 4 – PARTECIPAZIONE)

Considerazioni finali

Se era per contribuire con qualche teoria, alla ricerca di dispositivi socio-organizzativi per la qualifica dei servizi sanitari e sociali, il mio contributo è sulla formazione situata e sulla possibilità di connessione con la nozione di educazione permanente in salute che facciamo nel sistema sanitario brasiliano in questo momento. In ogni palestra sono stati “esercitati” degli apprendimenti attivi, sotto gli slogan di interrogarsi, posizionarsi ed incontrarsi. Esercitiemo la formazione situata, essendoci dentro. La denominazione “fiera” è stata l’opportunità di fare contatto con diversi strumenti e capire che la formazione in servizio non corrisponde ad una lezione “centrata del contenuto”, ma ad una “situazione di coinvolgimento”. In ogni palestra, tre “modalità di esercizio ginnastico”. Infine, abbiamo vissuto insieme alcune risorse di pensiero: la ruota tra pari, la situazione di studio presentata da “etnografi di turno” e la situazione problema per aprire una

riflessione situata.

Dalla formazione situata all’educazione permanente in salute, solo altri interrogativi, incontri e posizioni: imparare in base al territorio e trasposizioni, imparare la storia delle pratiche e il suo potenziale di alterarsi, imparare con l’altro, e lasciare che ci faccia cambiare, imparare la politica e collocare il nostro lavoro a servizio della difesa di un mondo inclusivo, partecipativo e dei diritti. Insegnare ed imparare vuol dire comporre dei circoli di cultura, metterli in rete, in modo che tutte le pratiche e tutti i saperi possano fare esperienza del piegarsi e spiegarsi delle composizioni, ricomposizioni ed innovazioni.

Dopo aver detto tutto ciò che io ho detto, solo mi resta ringraziare l’opportunità che mi hanno offerto, non per aver fatto questa restituzione, ma per quello che mi hanno fatto sentire in questo giorno. Su questo punto, devo ringraziare tutti, è stata una grande opportunità per imparare e farmi delle domande.



LABORATÓRIO ITALO-BRASILEIRO
DE FORMAÇÃO, PESQUISA E
PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA