

MONTERO, M. Participation in participatory action research. **Annual review of critical psychology**, v. 2, p. 131-143, 2000.

WAGER, E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. **BMJ**, v. 326, p. 1196, 2003.

LA COSTRUZIONE DEL LABORATORIO ITALO-BRASILIANO DI FORMAZIONE, RICERCA E PRATICHE IN SALUTE COLLETTIVA COME STRUMENTO DI LAVORO IN SALUTE TRA ITALIA E BRASILE

*Ardigò Martino
Cristian Fabiano Guimarães
Brigida Lilia Marta
Alcindo Antonio Ferla
Francesco Sintoni
Maria Augusta Nicoli*

Introduzione

Come ampiamente trattato nei volumi precedenti, i processi legati alla globalizzazione hanno profondamente modificato gli scenari di pratica dei sistemi sanitari. Come visto, inoltre, tali processi hanno agito sia sui determinanti prossimali di malattia che su quelli strutturali, modificando radicalmente le precondizioni che garantiscono lo sviluppo di sistemi sanitari basati sui diritti umani. (KAWACHI; WAMALA, 2007; LABONTE et al., 2011) L'Italia e il Brasile hanno condiviso un passato di dittatura ed entrambi i paesi, nella scrittura della Carta Costituzionale, hanno posto al

centro i Diritti Umani Universali, includendo, tra questi, il diritto alla salute. Va da se, dunque, che il dibattito sulle riforme sanitarie, quali per esempio l'implementazione della Primary Health Care, della Strategia di Salute della Famiglia e delle Case della Salute, coinvolga molto da vicino i Diritti Umani Universali e l'organizzazione democratica degli Stati. (BERLINGUER, 1987)

Questa impostazione è rafforzata dalla constatazione che i determinanti strutturali della salute sono fortemente legati al modello di organizzazione economico-sociale neo-liberista, proprio nel momento in cui, come trattato nei volumi precedenti, il consolidamento del mercato finanziario globale ha prodotto un indebolimento degli stati nazionali e della loro capacità di controllo ed influenza sulle politiche sanitarie.

Il crescente consolidarsi, a livello globale, degli attori legati al mercato e alla finanza non è stato, però, bilanciato da un parallelo rafforzarsi di soggetti istituzionali trans-nazionali, ancorati agli Stati e ai processi democratici. Pertanto, i sistemi sanitari centrati sui diritti umani si trovano ad affrontare una crisi strutturale proprio per via di un deficit di governance istituzionale. Inoltre, grazie al consistente sviluppo tecnologico, il posizionamento dei professionisti sanitari e delle istituzioni di ricerca e formazione - già storicamente caratterizzato da una logica "neutrale" incentrata principalmente sulla dimensione tecnica - si è spostato ancor di più su posizioni biologiche ed oggettivanti, con effetti sia sulla formazione dei futuri professionisti, sia sulla produzione di conoscenze scientifiche rispetto ai processi in atto. (MISSONI; MARTINO, 2011) Al netto, i sistemi sanitari risultano sempre meno capaci di sviluppare azioni concrete per misurare le dimensioni politiche, sociali e culturali dei processi di salute e malattia e per affrontare le cause sociali, politiche ed economiche della malattia.

Il riflesso più immediato di questa situazione è rappresentato dal fatto che i sistemi sanitari degli stati nazionali non sono più in grado di contribuire alla costruzione di una società più giusta ed equa e con migliori condizioni di salute per tutti, nonostante ciò fosse uno degli obiettivi dichiarati dalle Nazioni Unite. (BAUM, 2001) Il programma della Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS "Salute per tutti entro l'anno 2000" ne è un esempio pratico. Lanciato nel 1976, esso poneva forte enfasi sullo sviluppo sociale, politico ed economico dei paesi con indici di sviluppo umano più bassi ed indicatori di salute peggiori, proprio nella prospettiva di affermare la salute come diritto umano fondamentale intimamente connesso agli altri diritti, così come dichiarato nell'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

Le aspettative del piano sono state disattese e l'obiettivo di una salute soddisfacente per tutti entro l'anno 2000 si è trasformato nel ben più modesto programma verticale degli 8 Millennium Development Goals (Obiettivi del Millennio), da raggiungere nel 2015. Successivamente è stato deciso che il programma, ulteriormente ridimensionato, si sarebbe dovuto focalizzare su azioni volte a sradicare la povertà entro il 2030, dimostrando la progressiva diminuzione di governance delle istituzioni sanitarie a livello globale e locale.

Allo stesso modo l'incremento dell'incidenza della malattie cronico-degenerative ha spinto l'OMS già nel 2008 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) a consigliare l'adozione di strategie di assistenza basate sulla Primary Health Care. La Primary Health Care ha tra le sue caratteristiche principali la marcata attenzione alla promozione-prevenzione della salute ed è pertanto molto efficace nel contrasto dell'insorgenza di condizioni pre-patologiche che richiederebbero poi un trattamento in

cronico, diventando quindi molto costose per il sistema. Le strategie di PHC tentano di spostare il più avanti possibile l'intervento medico, attraverso l'azione su una vasta gamma di fattori che interessano condizioni pre-patologiche che se non affrontate possono esitare in patologie, produrre aggravamenti e arrivare a determinare esiti negativi sulla salute e l'autonomia degli individui. L'azione su queste condizioni dipende dalla capacità dei sistemi sanitari di indurre empowerment nei soggetti in modo da promuovere stili di vita salubri. L'adozione di stili di vita "corretti" e salubri dipende però fortemente dal contesto socio-ambientale in cui i soggetti nascono e crescono (prospettiva lifecourse); per essere efficaci, pertanto, gli interventi di promozione-prevenzione devono soprattutto saper identificare e affrontare quei fattori di contesto che hanno un effetto negativo sulla salute delle persone. In poche parole, specie per quella parte di popolazione fragile o che possiede scarse risorse personali, l'adozione di uno stile di vita salutare dipende principalmente dalla rimozione dei determinanti negativi di salute e/o dall'adozione di strategie di compensazione della fragilità. Ambedue queste misure però, nello scenario globalizzato, dipendono dalla capacità dei professionisti di agire efficacemente su determinanti prossimali, che però raramente dipendono da processi esclusivamente locali. Si genera dunque un paradosso per cui i sistemi sanitari sono chiamati ad affrontare interventi che richiedono una rilevante dimensione sovra locale, ma in mancanza di un'architettura istituzionale, giuridica, di ruoli e competenze che lo renda possibile.

In questo scenario i servizi basati sulla Primary Health Care corrono il rischio di trasformarsi in un apparato teorico, normativo e valutativo retorico, che dichiara valori e strategie senza avere nella pratica gli strumenti e le risorse per perseguirli. Ad esempio, strategie assistenziali in ambito delle cronicità come il Chronic Care Model hanno

come punto di forza la costruzione di processi inclusivi che tendono a costruire reti tra i diversi attori, chiamando in causa anche i care givers familiari e la comunità. Queste istanze partecipative però necessitano di una forte capacità negoziale da parte dei sistemi sanitari, allo scopo di adattare gli interventi ai bisogni - anche quelli percepiti - degli utenti, e alle risorse materiali e immateriali reperibili in un dato contesto. L'impossibilità dei servizi di intervenire sui determinanti medi e strutturali mette a nudo la fragilità del sistema stesso e porta alla luce attraverso casi pratici la marcata difficoltà nel proteggere la salute quale diritto umano fondamentale. Tale paradosso, dunque, è potenzialmente in grado di disattivare le retoriche sull'assistenza sanitaria universalista ed equitativa, mostrando chiaramente i limiti politici posti dalla crisi strutturale dei sistemi sanitari. L'adozione di un approccio prescrittivo è una strategia molto comune per occultare gli effetti delle logiche neo-liberiste sulla salute e allo stesso tempo, l'utilizzo predominante del modello esplicativo biomedico della malattia è uno strumento molto potente di naturalizzazione delle sue cause sociali. L'approccio prescrittivo tenta di usare il sapere biomedico nella sua forma oggettiva, come se questo fosse naturale e a-valoriale, un regime di verità assoluto prodotto attraverso processi di costruzione della conoscenza neutri e oggettivi. Tale approccio ha diversi effetti sulla pratica assistenziale. In primo luogo rende l'esperienza dei professionisti e dei pazienti subalterna alla conoscenza biomedica, dal momento che il regime di verità prodotto dall'esperienza è di tipo soggettivo, mentre quello biomedico è presuntamente oggettivo. L'Assistenza Primaria, pertanto, perde di significato quando non riesce a cogliere il peso soggettivo delle esperienze di malattia dei pazienti e di produzione dell'assistenza dei care givers; allo stesso tempo le attività promotivo-preventive tendono a modificare gli stili di vita delle persone e delle comunità

indipendentemente dal valore e dalle caratteristiche che loro attribuiscono al benessere e alla vita stessa. In altre parole il sistema sanitario tende a produrre interventi sanitari nell'“interesse dei pazienti” ma non necessariamente con il loro accordo. Un sistema sanitario con queste premesse corre il rischio di distaccarsi dall'idea di salute come diritto umano fondamentale e strumento di emancipazione individuale e collettiva, per presentarsi invece come potenziale dispositivo di bio-controllo sociale. Alla luce di queste riflessioni è pertanto necessario pensare ad una strategia di Assistenza Primaria in Salute capace di agire su determinanti tanto prossimali quanto strutturali, nel tentativo di rendere effettive le strategie di relazione, incontro, accoglienza, e la cultura della negoziazione continua tra professionisti, cittadini, servizi e comunità locali, configurando un modello di co-costruzione della salute tra spazio individuale e collettivo, che può rappresentare, de facto, un potente esercizio di costruzione della democrazia.

L'Assistenza Primaria come luogo di cura, empowerment e produzione di democrazia tra globale e locale, e la nascita del Laboratorio Italo-Brasiliano

L'Assistenza Primaria, intesa come spazio di empowerment degli attori coinvolti, sia comunitari che dei servizi, opera attraverso modelli di negoziazione che permettono l'emersione dei soggetti, delle loro traiettorie di vita, dei loro valori ed in definitiva dei loro bisogni di salute. Il rispetto del singolo nello spazio comune, d'altra parte, impone articolate riflessioni in relazione all'affermazione delle libertà individuali senza ledere quelle altrui e le collettive. La necessità di garantire assistenza e cure, e di

fornire risposte ai bisogni soggettivi in un'ottica di giustizia e di equità fa sì che la Primary Health Care sia intimamente connessa ai Diritti Umani e alla loro difesa. Tale approccio non può prescindere inoltre dalla costruzione di solide alleanze tra professionisti e pazienti; servizi e comunità, in un'ottica di lavoro in rete potenzialmente in grado di indurre cambiamenti nei contesti e nello scenario internazionale.

A partire da queste premesse vari soggetti sociali ed istituzioni brasiliane e italiane hanno intrapreso negli scorsi anni una collaborazione con l'obiettivo di riflettere e sperimentare nuove strategie, metodologie, quadri teorici e pratiche per la costruzione di network multi-locali e multi-situati che promuovano la Primary Health Care come strumento per l'affermazione della Salute come Diritto Umano e Bene Collettivo.

Tale network, denominato “Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva”, rappresenta un tentativo diretto di fornire una risposta ai processi globalizzati che producono effetti sulla salute, riconoscendo la necessità di promuovere connessioni tra luoghi in cui, nonostante la distanza geografica, i determinanti locali di salute di ciascun contesto sono correlati a processi globali comuni (per esempio, il peso della crisi economica globale sul rimodellamento dei servizi sanitari, che agisce a livello locale sia nei servizi sanitari in Italia che in Brasile). Allo stesso tempo, tale network intende promuovere connessioni locali, tra loci esistenziali, istituzionali e sociali che pur occupando il medesimo spazio fisico possono avere difficoltà a costruire e mantenere tra loro vincoli di rete (pensiamo, ad esempio, allo scollamento che esiste tra servizi sociali, terzo settore, amministrazioni, servizi sanitari, università nello spazio delle regioni italiane, e alla simile frammentazione riscontrabile nei contesti brasiliani).

Nella consapevolezza che - di fronte ai cambiamenti dello scenario internazionale e alla perdita di controllo degli Stati Nazionali - le strategie di resistenza all'erosione dei diritti umani non possono separare le dimensioni micro e macro, il Laboratorio Italo-Brasiliano mira a ricostruire un tessuto di relazioni tra professionisti, pazienti e comunità locale-globale, accettando la sfida della distanza geografica, della sostenibilità economica e ambientale, della difficoltà di comunicazione linguistica e di identità politica.

Il Laboratorio Italo-Brasiliano nel contesto storico-politico

Esiste una relazione storica tra Italia e Brasile nel campo della salute. Il processo della riforma sanitaria italiana del '78 ha influenzato il pensiero riformista brasiliano, contribuendo alla prossimità tra i due sistemi sanitari. Inoltre il fermento sociale e culturale prodotto dai processi che hanno generato le due riforme nei due momenti storici differenti ha consentito una serie di sperimentazioni, anche radicali, che hanno messo fortemente in questione il modo di pensare la medicina sociale e la salute pubblica nei due paesi. (GUIMARÃES, 2013)

Sotto l'influenza della produzione italiana, il movimento della riforma sanitaria brasiliana ha elaborato un nuovo campo del sapere chiamato Salute Collettiva. Come riportato Paim e Almeida Filho (1998) la Salute Collettiva è un campo scientifico e di pratiche che produce conoscenza e interventi nell'ambito della salute intesa come spazio intersettoriale tra biologico, sociale e contesto storico-politico di riferimento. L'obiettivo del sapere prodotto in questo campo è generare pratiche di trasformazione concreta della realtà quotidiana.

D'altro canto, negli ultimi anni l'Italia ha sperimentato processi di rimodellamento dei servizi a partire da una prospettiva economica, efficientista e ospedale-centrica, attraverso cui è stato possibile percepire una certa limitazione alle pratiche comunitarie e partecipative, così come una difficoltà nel rispondere alle necessità di salute della popolazione in maniera ampia e integrata.

In seguito a questo periodo storico si è riaperto un dibattito, in Italia, rispetto alla necessità di riaffermare i principi dell'universalità, dell'equità e dell'integralità dell'assistenza, e di potenziare il ruolo del territorio e dell'Assistenza Primaria come spazi privilegiati di azione. Parallelamente, nella realtà brasiliana, a partire dal 2012 si è rafforzata la Politica Nazionale di Assistenza Primaria - PNAB (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), basata sui principi della Primary Health Care.

A partire dalle radici comuni e dall'analisi delle storie dei due paesi e dei processi di costruzione del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema Unico di Salute (SUS), si sono create nel tempo alcune reti di cooperazione tra gruppi di ricercatori italiani e brasiliani, consolidate infine attraverso il network del Laboratorio Italo-Brasiliano. All'interno di questo contesto, la relazione storica esistente tra le esperienze di riforma sanitaria italiana e brasiliana e le strategie immaginate ed elaborate per promuovere principi quali universalità, integralità e partecipazione sociale costituiscono un fil-rouge e un importante elemento per comprendere la rilevanza della cooperazione tra i due paesi.

Approcci metodologici del Laboratorio Italo-Brasiliano

A partire dai processi storici e dalla rete di cooperazione sovra menzionati, gruppi di ricercatori brasiliani e italiani hanno realizzato nel corso di alcuni anni numerose esperienze di intercambio, ricerca congiunta, workshop e attività di formazione, producendo una molteplicità di strumenti di analisi e di contributi teorici.

Sono stati organizzati nel tempo momenti di incontro della rete a cadenza regolare, sfruttando anche l'organizzazione di side events nel corso di conferenze scientifiche internazionali, come per esempio il Congresso Internazionale della Rede UNIDA, o il Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

Nel febbraio 2014 si è infine organizzato a Bologna il primo evento a cura del Laboratorio, il congresso Strumenti e metodi di lavoro tra Emilia-Romagna e Brasile: per la salute e il benessere delle comunità locali, al termine del quale è stato sottoscritto un Accordo di Cooperazione che ne ha formalizzato l'esistenza, firmato da Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna, Agenzia Sociale Sanitaria, Regione Emilia-Romagna, Rede Governo Colaborativo em Saúde dell'Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Departamento de Atenção Básica del Ministero della Salute Brasiliano.

In seguito alla formalizzazione, il Laboratorio ha ampliato il proprio network, arrivando ad includere svariate università ed istituzioni Brasiliane, e aprendo nuove collaborazioni sul versante italiano ed europeo. Sono stati inoltre chiaramente definiti approcci metodologici e basi teoriche di riferimento del Laboratorio:

1. Lavoro in reti multi-locali e multi-situate. Le esperienze accumulate hanno permesso di delineare come le difficoltà esistenti nei differenti paesi siano strettamente connesse a processi storico-politici globalizzati e comuni. (MARTINO; MARTA; GUIMARAES; CANINI, 2014) Analizzare e comparare le diverse risposte locali ai processi globali ha portato alla produzione di nuove riflessioni rispetto alla necessità di dotarsi di strumenti di analisi e comprensione trans-disciplinari, e di strategie d'azione innovative volte a creare dei ponti tra esperienze di differenti contesti in rete tra università, servizi e società civile. L'indagine multi-locale tra i sistemi sanitari dei due paesi, entrambi incentrati sull'assistenza primaria, da un lato ha il potenziale di contribuire all'identificazione di criticità comuni prodotte da determinanti strutturali che gravano sui servizi sociali e sanitari nel mondo globalizzato (transizione epidemiologica, effetti dell'aumentata mobilità di beni e persone, flussi migratori, crisi economica); dall'altro favorisce lo scambio di buone pratiche esportabili e/o ri-adattabili e fornisce ulteriori lenti e prospettive con cui analizzare strumenti e risorse a disposizione nel proprio contesto. Il confronto facilita inoltre la de-naturalizzazione di alcune prassi di lavoro incorporate, riconoscendone, quando presente, la componente innovatrice. Allo stesso tempo, l'approccio di cooperazione multi-situata ha il potenziale di creare reti territoriali in cui professionisti dell'area di gestione e assistenza si confrontano con ricercatori universitari, con studenti e con la cittadinanza, alimentando un dispositivo etico-pedagogico in cui gli attori coinvolti si cimentino attorno ad obiettivi comuni. In questo senso, avvicinare di più la formazione accademica in salute al quotidiano dei servizi, a partire da

un'esposizione dello studente agli scenari di pratiche già nei primi anni di università, può costituire un primo motore di cambiamento. Il Laboratorio si è impegnato in questi anni di attività per la promozione di reti multidisciplinari di ricerca e formazione volte all'analisi dei sistemi sanitari brasiliano e italiano attraverso uno sguardo ampio e integrato, con un particolare interesse alle connessioni globali-locali e utilizzando metodologie quali-quantitative. Alcuni progetti, che hanno coinvolto studenti italiani e brasiliani in gruppi multidisciplinari (medicina, antropologia, educazione fisica) sono il risultato di queste riflessioni, e verranno descritti più nel dettaglio nei paragrafi successivi (Progetto "Vivere e Vedere" i Servizi Sanitari - UniVerSSI);

2. Salute collettiva: concezione ampia e pratiche integrate. Il paradigma della salute collettiva chiama in causa un processo di re-significazione del concetto di salute stesso, inteso come spazio politico di riappropriazione dei soggetti e affermazione della molteplicità attraverso la produzione di pratiche sociali che legittimano la pluralità di significati attribuiti a salute e malattia. Riportando tale riflessione all'ambito della produzione dei saperi medici diviene necessario promuovere la costruzione di un sapere comune, che valorizzi le conoscenze elaborate dentro e fuori dalle istituzioni sanitarie, e che permetta nuove interpretazioni dei processi di salute e malattia attraverso chiavi più solidarie, democratiche ed etiche. (STEFANINI, 2011) In questo contesto ruolo cruciale riveste la collaborazione transdisciplinare con altre discipline, quali le scienze umane e sociali applicate alla salute e l'antropologia. Coerentemente a tali riflessioni la produzione del sapere e la formazione

dei professionisti sanitari devono essere collegate all'analisi dei differenti approcci culturali e alla comprensione profonda dei processi di produzione delle soggettività, mantenendo uno sguardo complesso e dinamico sulla salute. (FERLA, 2007) In questo senso, alcune esperienze di formazione portate avanti dal Laboratorio si sono basate non soltanto su metodologie di apprendimento attivo, dibattito e riflessione (che, sebbene innovative rispetto alla formazione tradizionale, si basano comunque sulla componente mentale dell'apprendimento) ma anche sull'utilizzo di pratiche corporee, espressioni artistiche e altre modalità attente alla valorizzazione delle singolarità di ogni contesto;

3. Approccio di ricerca-formazione-intervento. Il Laboratorio fonda il suo approccio metodologico sulla ricerca-formazione-intervento, una strategia che rende operativo il concetto di educazione trasformativa all'interno dei contesti lavorativi e dei servizi. Tale cornice teorico-metodologica è volta non soltanto alla produzione di conoscenza, ma anche all'acquisizione di competenze che vengono attivamente "restituite" al campo, determinando un processo di reciproca capacitazione all'interno di contesti di pratiche concrete e quotidiane. (MERHY; FRANCO, 2003) L'approccio mira al miglioramento delle pratiche assistenziali aiutando i professionisti a sviluppare strumenti e conoscenze utili alla qualificazione delle loro attività, all'interno di contesti di pratiche reali, stimolando allo stesso tempo la costruzione di reti semantiche e di assistenza. Il termine "ricerca-intervento" designa esperienze di ricerca e proposte metodologiche molto diverse tra loro, accomunate dal fatto che il metodo contempla

teoria e prassi come elementi costitutivi di un processo ricorsivo, contro la tradizionale separazione tra ricerca, dotata di propri metodi, ed effetti concreti dei risultati sul territorio dell'intervento.

La ricerca-intervento si basa inoltre su un approccio partecipativo, curato a tutti i livelli, dalla comunità alle forme istituzionali di governo. Infine, in ambito sanitario l'approccio di formazione-intervento, implementato attraverso il lavoro in equipe e con la supervisione dell'università (effettuando un'integrazione tra ricerca-insegnamento-servizio), si basa su di un duplice presupposto: 1) la necessità di partire dal lavoro quotidiano dei professionisti e dalla loro esperienza, per sviluppare riflessioni che possano coinvolgerli direttamente producendo rapide ricadute sull'assistenza (apprendimento significativo); 2) l'importanza del coinvolgimento della componente universitaria, fondamentale sia per il suo ruolo principale di formazione dei futuri professionisti sanitari, sia per le possibilità di approfondimento teorico e di riflessione qualificata che può apportare.

Il Laboratorio adotta l'approccio della ricerca-formazione-intervento a livello trasversale in tutte le attività implementate, utilizzando l'immagine del quadrilatero della formazione in salute –educazione, gestione, assistenza, partecipazione sociale - che propone il modello di un'educazione volta alla trasformazione, sottolineando che per riformare l'organizzazione dei servizi è necessario innovare, a monte, i processi formativi. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Le esperienze portate avanti finora all'interno del Laboratorio, basate sugli approcci sopra descritti, hanno rappresentato un campo privilegiato per la generazione di nuove tecnologie, che potenzialmente possono essere

introdotte nei sistemi sanitari dei due paesi. In questo senso, il Laboratorio emerge come dispositivo di articolazione di temi e/o aree di mutuo interesse per la cooperazione tra Italia e Brasile, oltre che come catalizzatore/moltiplicatore di buone pratiche e punto di raccordo per l'investimento in ricerca nel campo della salute collettiva e della formazione in salute.

È importante sottolineare che l'esperienza che si sta elaborando attraverso tale percorso da un lato si beneficia dei quadri teorico-metodologici sopra descritti, dall'altro si concentra su alcune tematiche specifiche, all'interno dell'ampio paradigma dell'Assistenza Primaria: nuove forme di partecipazione sociale in salute; modalità innovative di apprendimento in salute all'interno del territorio e dei servizi territoriali; modalità partecipate di valutazione dei servizi e dei processi di presa in carico; forme di promozione della salute e del benessere della popolazione più vulnerabile (per esempio, migranti in Italia, popolazione indigena in Brasile, altre minoranze); forme di contrasto alla violenza strutturale.

Tali assi di interesse sottolineano il passaggio dal paradigma della salute pubblica a quello della salute collettiva, e si strutturano a partire dall'integrazione tra strumenti concettuali e metodologici e lavoro pratico all'interno dei servizi di Assistenza Primaria in Salute. Questi elementi costituiscono la scommessa strategica del Laboratorio rispetto alla composizione di nuove pratiche e tecnologie di lavoro per lo sviluppo dei sistemi sanitari Italiano e Brasiliano. Di seguito presenteremo alcuni risultati concreti di questo processo, focalizzandoci sullo scenario italiano. L'obiettivo è mostrare al lettore come le strategie messe in atto nel contesto italiano siano state fortemente influenzate dall'esperienza brasiliana, attraverso l'induzione di trasformazioni importanti a partire dal confronto e dal

riadattamento di buone pratiche brasiliane al contesto locale (vedi il Programma Agenti Comunitari di Salute e il Programma di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità dei Servizi di Assistenza Primaria, PMAQ, entrambi brasiliani, ripresi in alcune loro componenti in sperimentazioni nel territorio della Regione Emilia-Romagna).

Alcune esperienze ibride nello scenario italiano

I progetti sviluppati/in via di implementazione nel contesto italiano si beneficiano della forte approssimazione tra Università, gestori e servizi, a partire dalla collaborazione tra il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale ed Interculturale – CSI dell'Università di Bologna, l'Area Comunità, Equità e Partecipazione dell'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, l'AUSL di Ferrara, e numerosi altri attori istituzionali o territoriali.

Progetto per la promozione dell'equità, dell'efficacia e dell'Assistenza Primaria nell'azienda USL di Ferrara

L'obiettivo di questo progetto, attualmente nella fase centrale di implementazione, è elaborare strumenti per valutare la qualità assistenziale (la pertinenza, l'efficacia, la risolutività, l'integralità e l'equità) nelle Case della Salute nel territorio di Ferrara. È importante sottolineare che l'istituzione delle Case della Salute è avvenuta per decreto del Ministero della Salute nel 2006, è stata rafforzata nel 2010 da normative regionali, e rappresenta il più importante

tentativo di potenziare l'Assistenza Primaria in Italia dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978.

Si tratta di una proposta che considera come presupposto di partenza la ricerca-azione come strategia capace di promuovere e implementare processi integrati di assistenza, gestione, valutazione e formazione in salute, basandosi sui principi dell'Assistenza Primaria. Le attività del progetto si sviluppano a partire dalla valorizzazione delle competenze e del sapere dei professionisti che sono inseriti nella rete di assistenza territoriale, allo scopo di modernizzare la rete delle cure primarie e garantire la continuità del percorso assistenziale tra i servizi sociali e sanitari.

Utilizzando sia metodologie quantitative che qualitative, attraverso il progetto si realizza l'analisi dei determinanti sociali di salute, strutturali e prossimali, che agiscono sul territorio in questione. Oltre a questo, la proposta si propone di mappare le percezioni rispetto alle necessità di salute dei cittadini, sia individualmente, sia in gruppi organizzati, ponendo particolare attenzione alle condizioni di vulnerabilità e ai problemi di salute esistenti sul territorio. Un altro elemento importante oggetto di preoccupazione di questo progetto è la costruzione della rete di presa in carico, considerando come asse ordinatore le Case della Salute presenti sul territorio e seguendo la logica dell'assistenza primaria, allo scopo di aggregare ai servizi le risorse esistenti nella comunità. Il progetto si avvale del coinvolgimento dei differenti attori implicati nella rete territoriale di assistenza socio-sanitaria e della comunità di Ferrara, stimolando la valorizzazione delle differenti risorse disponibili. Il risultato desiderato è la costruzione di itinerari terapeutici basati sulla Comprehensive Primary Health Care.

Altro elemento importante è lo sviluppo di strategie di educazione permanente per i professionisti delle Case

della Salute, che abbiano come punto di intersezione le necessità individuate nel territorio e le percezioni dei professionisti e delle comunità. Questa strategia si aggrega alla pratica quotidiana di valutazione delle azioni e dei servizi socio-sanitari, intesa come strumento di qualificazione dei processi di lavoro e miglioramento della qualità dell'assistenza offerta. In questo senso, la valutazione intende incentivare la costruzione di processi formativi autonomi e la riorganizzazione di nuovi processi di lavoro più sintonizzati con il modello della PHC. In questa prospettiva, l'educazione permanente favorisce la produzione di strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza e della presa in carico.

Figurano tra i proponenti di questo progetto la AUSL di Ferrara e il Centro Studi in Salute Internazionale ed Interculturale - CSI. I partecipanti sono i professionisti delle Case della Salute della AUSL di Ferrara, e professori e ricercatori di università italiane e brasiliane. In maniera generale, potremmo dire che le principali attività sviluppate sono: 1) costruzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali di professionisti del campo socio-sanitario, gestori dei servizi, e ricercatori delle università coinvolte; 2) valutazione delle necessità di formazione dei professionisti delle Case della Salute; 3) diagnosi di comunità processuale e partecipativa; 4) analisi congiunta con i professionisti del territorio dei dati raccolti; 5) elaborazione ed implementazione di un progetto di educazione permanente; 6) sviluppo di azioni indirizzate ad impattare sui determinanti sociali, modificandoli; 7) elaborazione di strumenti di valutazione che contribuiscano a produrre una riflessione sul processo di lavoro in equipe, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza offerta alla popolazione.

Nelle azioni implementate risulta evidente la contaminazione con l'esperienza brasiliana dell'educazione

permanente e della valutazione dei servizi di Assistenza Primaria. La logica della valutazione come meccanismo di induzione di cambiamento nei processi di lavoro è stata introdotta nel Sistema Unico di Salute (SUS) con l'implementazione del Programma di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità dei Servizi di Assistenza Primaria, PMAQ, che aveva lo scopo di qualificare l'assistenza primaria brasiliana. La valutazione ha senso se ha la capacità di incidere sui processi di lavoro, considerando che numerose evidenze scientifiche hanno sottolineato che l'aspetto relazionale e il lavoro in equipe sono elementi centrali per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Tali considerazioni e le applicazioni pratiche nei differenti contesti caratterizzano il Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva come dispositivo di produzione di un sapere meticcio e comune, applicato alla produzione di esperienze sintonizzate con le realtà locali.

Agenti di Salute nella Regione Emilia-Romagna

Il progetto, in fase conclusiva, ha l'obiettivo di stimolare una riflessione sul lavoro degli agenti comunitari di salute/operatori di prossimità all'interno della Regione Emilia-Romagna a partire dalle esperienze pratiche esistenti nel territorio, allo scopo di attivare azioni di formazione e qualificazione di questi professionisti. Si tratta di mappare le esperienze degli "operatori ponte" e delle "figure di prossimità" presenti in ambito regionale, con l'intento di analizzare le differenze esistenti nei vari contesti e le difficoltà del lavoro quotidiano degli agenti. L'iniziativa si propone di realizzare una ricomposizione delle diverse tipologie di figure operanti nei territori che compongono la regione emiliano-romagnola, allo scopo di evitare una

frammentazione di tali esperienze e migliorare la relazione di questi professionisti con i servizi socio-sanitari. Il risultato della ricerca deve orientare l'elaborazione di proposte di educazione permanente per gli agenti di salute e fornire informazioni strategiche per politiche socio-sanitarie regionali che contemplino e valorizzino ancora di più l'importante ruolo di questi professionisti.

I proponenti di questo progetto sono l'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale e il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale ed Interculturale - CSI. Tra i partecipanti vi sono i professionisti socio-sanitari, i gestori e le istituzioni/organizzazioni che lavorano con le figure di prossimità nel contesto regionale, professori, ricercatori e studenti brasiliani. Tra le attività svolte, evidenziamo: 1) la mappatura delle esperienze degli agenti di salute in ambito regionale; 2) l'identificazione delle esperienze con maggior potenziale innovativo/trasformativo e il coinvolgimento dei professionisti nelle attività di ricerca e formazione; 3) l'organizzazione di momenti di discussione e scambio di esperienze attraverso incontri nei differenti territori implicati; 4) la strutturazione di un percorso di riflessione collettiva per discutere le criticità e le buone pratiche professionali riscontrate, allo scopo di approfondire l'analisi delle esperienze e dei modelli di gestione esistenti; 5) lo sviluppo di strumenti teorico-metodologici di analisi dei processi di lavoro e di formazione permanente; 6) la strutturazione di interventi di educazione permanente con la partecipazione degli agenti di salute, che possano contribuire al miglioramento del lavoro quotidiano; 7) la strutturazione di una proposta regionale di modello innovativo della figura professionale dell'agente di salute, considerando le esperienze apprese durante la ricerca e le caratteristiche tipiche dei territori regionali.

Il modello del Programma degli Agenti Comunitari di Salute brasiliano ha aiutato a ripensare a questa pratica nello scenario italiano. La sfida consiste nell'integrare ancora di più gli agenti di salute ai servizi socio-sanitari, in particolar modo all'interno delle Case della Salute, allo scopo di qualificare l'assistenza. I principali elementi che garantiscono la struttura del programma brasiliano, come per esempio, il legame dell'agente comunitario con la comunità in cui lavora, la sua appartenenza al territorio, l'integrazione con le equipe di Assistenza Primaria e le visite domiciliari alle famiglie di riferimento hanno contribuito alla strutturazione concettuale del modello italiano e alla strutturazione di una proposta di innovazione rispetto al possibile lavoro di questa figura professionale nello scenario emiliano-romagnolo.

Valutazione dei servizi in un contesto di Primary Health Care

Il progetto si pone l'obiettivo di sviluppare e implementare un processo di valutazione dei servizi offerti e dell'accesso e della qualità dell'assistenza primaria (in modo particolare nell'ambito delle Case della Salute) all'interno della Regione Emilia-Romagna. La finalità della proposta è favorire l'implementazione della cultura della valutazione nella pratica quotidiana dei professionisti di assistenza primaria, stimolando azioni di monitoraggio dei processi e dei risultati ottenuti. La proposta consiste nel verificare le condizioni per l'implementazione di un modello di valutazione di carattere processuale e articolato con la prospettiva di migliorare la qualità dei servizi e dei processi di lavoro. Oltretutto, cerca di rafforzare l'impatto dell'assistenza primaria sulle condizioni di salute della popolazione e migliorare la soddisfazione degli utenti

in relazione ai servizi. Il processo acquisisce consistenza soltanto se la pratica di valutazione contribuisce anche alla promozione della qualità e dell'innovazione nei processi di gestione delle equipe delle Case della Salute, rafforzando i processi di auto-valutazione e monitoraggio delle pratiche, così come quelli di educazione permanente dei professionisti.

Questo progetto si sta svolgendo nel territorio dell'AUSL di Ferrara in collaborazione con il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale – CSI, la Rede Governo Colaborativo em Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS e l'Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Conta con la partecipazione dei professionisti delle Case della Salute, dei gestori dei servizi socio-sanitari, di professori, ricercatori e studenti italiani e brasiliani. Le principali attività che si stanno implementando sono: 1) la costruzione di un gruppo di lavoro internazionale per la raccolta e la revisione della letteratura internazionale, con la collaborazione di professori, ricercatori e studenti del CSI e delle altre università brasiliane coinvolte; 2) la definizione di obiettivi per il miglioramento dell'accesso e della qualità dei servizi di assistenza primaria; 3) lo sviluppo di una metodologia e di un set di strumenti di valutazione e auto-valutazione delle equipe di salute; 4) l'identificazione e la comparazione di indicatori di monitoraggio esistenti nel sistema sanitario regionale e nel contesto brasiliano; 5) la definizione di uno studio di fattibilità per l'implementazione di un modello di valutazione processuale dell'assistenza primaria e delle Case della Salute nello scenario emiliano-romagnolo.

Le discussioni relative a questo progetto sono state stimolate dagli scambi realizzati tra gestori dell'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia-Romagna, professori e ricercatori italiani e brasiliani, a partire dall'analisi del Programma di Miglioramento dell'Accesso e della Qualità

dei Servizi di Assistenza Primaria, (PMAQ). Il gruppo di lavoro è giunto a strutturare e presentare una proposta di strategia di valutazione che trae molti spunti dalle buone pratiche del Programma, ma che è fortemente sintonizzata con la realtà italiana. Per arrivare a ciò, i gestori regionali hanno svolto diverse missioni di approfondimento in Brasile, partecipando ad incontri e seminari promossi dal Ministero della Salute grazie alle articolazioni sviluppate dal Laboratorio Italo-Brasiliano, che ha funzionato come importante meccanismo di facilitazione di scambi di esperienze nel contesto della cooperazione tra Italia e Brasile in ambito sanitario.

Progetto “Vivere e Vedere” i Servizi Sanitari - UniVerSSI

Questo progetto, già implementato nel nostro contesto, ha lo scopo di incentivare la costruzione di pratiche innovative di formazione in salute, gestione dei processi di lavoro e sviluppo di nuove tecnologie, con l'obiettivo di qualificare i sistemi sanitari italiano e brasiliano a partire dall'immersione di studenti, professionisti e gestori nella pratica quotidiana dei servizi sanitari dei due paesi. In Brasile, questa esperienza è stata chiamata “Ver SUS” ed è coordinata dal Ministero della Salute.

Il progetto propone la composizione di gruppi di gestori, professionisti e studenti nei due paesi, che vivono, attraverso un'immersione nel sistema sanitario italiano e brasiliano, esperienze concrete del lavoro quotidiano dei servizi. Questa azione è accompagnata da un processo formativo basato su di una strategia di insegnamento e apprendimento sviluppata per mezzo di tecnologie di educazione a distanza e attività presenziali. Lo scopo del

processo è offrire uno spazio di riflessione critica sulla realtà dei processi quotidiani di assistenza, attraverso discussioni di caso e discussioni in loco con professionisti dei servizi, che culminano nell'elaborazione congiunta di progetti per il miglioramento dei sistemi locali di salute. Tale momento è importante poiché attribuisce un ruolo di attiva responsabilità ai gruppi di lavoro, creando le condizioni per lo sviluppo di nuovi progetti di intervento che possono apportare un potenziale contributo migliorativo e innovativo nel quotidiano del lavoro dei servizi di entrambi i paesi.

Questa strategia è stata coordinata dalla Rede Governo Colaborativo em Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e dal Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale - CSI, con la partecipazione dell'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia-Romagna e dei servizi territoriali brasiliani. I partecipanti alle attività sono i professionisti sanitari, i gestori dei servizi socio-sanitari, professori, ricercatori e studenti di entrambi i paesi.

I risultati di questo progetto sono stati molto stimolanti. Molti professionisti italiani e brasiliani hanno conosciuto i servizi dei due paesi e attualmente sono attivi e coinvolti in prima linea nella realizzazione dei progetti presentati in questo capitolo, o di altri da loro proposti nei rispettivi contesti locali. Non abbiamo dubbi sul fatto che queste esperienze abbiano contribuito fortemente alla costruzione di una rete di produzione di ricerche e di interventi concreti sulla realtà sociale e sanitaria dei due paesi e, allo stesso tempo, garantito l'avvicinamento dei differenti attori e la circolazione della conoscenza necessaria a stimolare la costruzione di nuovi saperi e pratiche in salute collettiva sintonizzate, tanto dal punto di vista etico quanto politico, con la promozione dei Diritti Umani e la garanzia dei Sistemi Sanitari Universali.

Considerazioni Finali

La strategia di cooperazione tra Brasile e Italia qui presentata, resa effettiva nella pratica attraverso gli strumenti del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva, non segue il modello applicato tradizionalmente quando si parla di cooperazione tra paesi, il cui asse centrale ha a che vedere, generalmente, con pratiche di interesse economico o di forme di colonizzazione del pensiero. Sono rintracciabili nella storia un'infinità di esempi di cooperazione strutturata a partire da questa prospettiva, in cui un paese, considerato più avanzato dal punto di vista economico e/o culturale, utilizza la strategia della cooperazione come mezzo per espandere mercati o estendere il suo dominio sui paesi "meno sviluppati".

Gli esempi presentati in questo testo mostrano che la relazione costruita tra Brasile e Italia, in questo caso, non si struttura a partire da questi presupposti. Questo aspetto è importante ed inedito, poiché nel suo piccolo modifica la relazione storica che esiste tra i paesi europei e quelli latino-americani. L'elemento chiave del processo che si sta consolidando tra i partecipanti al Laboratorio è l'elaborazione di forme di "de-colonializzazione del pensiero", che mirano ad aprire spazi per la costruzione di nuovi linguaggi, di modalità di analisi critica e di pratiche comuni in Salute Collettiva e in Assistenza Primaria volte alla difesa e affermazione della democrazia.

Inoltre, la composizione di uno spazio comune tra Italia e Brasile all'interno del Laboratorio si è fortemente beneficiata della vicinanza storica tra i sistemi sanitari dei due paesi, creando le condizioni per la costruzione di strumenti di lavoro e formazione inediti e ibridi fra i due contesti.

Il lavoro sviluppato attraverso reti internazionali multi-locali ha reso possibile vivere esperienze in differenti contesti e aggregare una molteplicità di strumenti di analisi e riflessione sulla realtà, esponendo studenti, ricercatori, professionisti sanitari e gestori alla riflessione sull'inscindibile legame che esiste tra processi locali e globali. A partire da questa prospettiva percepiamo che la strategia globale-locale ha funzionato come importante dispositivo all'interno del Laboratorio Italo-Brasiliano, favorendo la capacità di "sfumare" il territorio locale di ogni paese e comporre nuovi linguaggi su scala più ampia, consapevole e condivisa.

Pertanto, possiamo concludere che lo strumento del Laboratorio ha promosso la creazione di un processo collettivo transnazionale, mostrando come sia possibile costruire potenti reti che, in maniera trasversale, liberino l'immaginazione dei partecipanti e preparino il cammino alla realizzazione di interventi concreti sulla realtà sanitaria brasiliana e italiana. Tale processo ha prodotto pratiche di attivismo politico articolate al territorio e ai servizi sanitari, che riscattano il percorso storico di lotte per l'universalizzazione del diritto alla salute e promuovono la difesa della democrazia.

Bibliografia

BAUM, F. Health, equity, justice and globalisation: some lessons from the People's Health Assembly. **J Epidemiol Community Health**, v. 55, p. 613–6, 2001.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero na Formação Para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FERLA, A.A. **Clínica em movimento**: cartografias do cuidado. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

GUIMARÃES, C.F. **Variações do coletivo na Saúde**. Projeto de Tese. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Porto Alegre, 2013.

KAWACHI, I.; WAMALA, S.P. **Globalization and health**. Oxford University Press, 2007.

LABONTE, R.; MOHINDRA, K.; SCHRECKER, T. The Growing Impact of Globalization for Health and Public Health Practice. **Annu. Rev. Public Health**, v. 32, p. 263–83, 2011.

MARTINO, A. ; MARTA, B. L. ; GUIMARAES, 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.

MARTINO, A. et al. **Processos globais, contextos locais: extensão comunitária, territórios em transformação e formação em saúde.** Em publicação.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY E.E., ONOCKO R.T. (orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MISSONI, E.; MARTINO, A. L'insegnamento della Salute Globale. In: AA.VV. Salute globale. In FormAzione per cambiare. vol. 4º, p. 21-26, PISA, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary Health Care Now More Than Ever, World Health Report, 2008.** Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

STEFANINI, A. Diritti umani e salute. In: OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE. **InFormAzione per cambiare**, PISA, ETS, 2011. p. 145 – 158.

UNITED NATIONS. **Millennium Development Goals, Report 2015.** Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20%28July%201%29.pdf