

I Coordinamenti dei Servizi per l' Educazione Sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi.

La Collana *Dossier* è pubblicata a cura di:

Sedi (Settore documentazione e informazione su rischi e danni in ambienti di vita e di lavoro) - Pmp - Usi 28 Bologna, via Triachini, 17 - tel. 051/392436-392575

Regione Emilia-Romagna, Servizi sanitari di prevenzione
Bologna, via Aldo Moro, 30 - tel. 051/283182-283152

Copia del volume può essere richiesta al Sedi

Redazione: Linda Montanari, Sedi Stampa: Regione Emilia-Romagna, Bologna, Agosto 1992.

Presentazione

L'indagine della quale si pubblicano di seguito le principali risultanze, è stata svolta dall'Iress (Istituto Regionale Emiliano-Romagnolo per i Servizi Sociali e sanitari la ricerca applicata e la formazione - Soc. Coop.a r. i.) di Bologna, che da tempo collabora con l'Assessorato alla Sanità nell'ambito dei programmi di ricerca finalizzati dalla nostra Regione.

Una delle problematiche fondamentali di tali programmi, con una accentuazione degli aspetti socio-organizzativi è rappresentata dall'attività di educazione alla salute analizzata attraverso il funzionamento del Cses (coordinamenti interservizi per l'educazione sanitaria) gestiti dalle Usl.

Si tratta di attività di particolare rilevanza (tanto più in un clima di revisione delle politiche di Welfare) che, laddove sono state adeguatamente programmate e realizzate hanno consentito di conseguire importanti risultati sul piano dell'arricchimento dei livelli di "autonomia" e di consapevolezza dei cittadini.

La dimensione organizzativa incentrata sui Cses si è - al riguardo - dimostrata efficace anche se non sono mancati nel corso di questi anni limiti e difficoltà sul piano operativo.

Anche per questo, anche per verificare in modo puntuale i problemi "aperti", la Regione Emilia-Romagna ha promosso la ricerca di cui pubblichiamo le conclusioni.

Vi sono tuttavia almeno due altre ragioni che ci hanno indotto a pubblicare queste risultanze: l'una di metodo e l'altra di merito.

Di metodo, in quanto, nel ribadire l'importanza della ricerca scientifica tanto più in un campo come quello della sanità, riteniamo che la ricerca stessa possa ritrovare una sua legittimazione a livello non solo di "rendiconto" formale (un rapporto di ricerca), ma anche e soprattutto delle "ricadute" pratiche ai differenti livelli (conoscitivo, formativo e trasformativo) e, quindi, della molteplice e potenziale implementazione.

Di merito, in quanto, proprio sulla base delle conclusioni di un'indagine quale quella qui presentata, possono evincersi - da parte di tutti i soggetti in qualche modo coinvolti - elementi di operatività in grado di trovare concreta attuazione nelle pur differenti situazioni istituzionali e territoriali.

E da ultimo, senza certo avere la pretesa di esaurire i numerosi spunti problematici che l'indagine propone, riteniamo che le risultanze della ricerca ci spronino a qualificare ulteriormente la rete territoriale dei Cses; ci sembra infatti, dopo i dibattiti ed i confronti culturali degli anni passati, che sia oggi più che mai necessaria (anche in presenza di nuove emergenze) la riaffermazione di un progetto educativo che investa profondamente e capillarmente l'operatività di tutti i servizi sanitari.

In tale prospettiva la proposta regionale degli Cses deve essere riverificata, se necessario modificata e/o potenziata, dando però in ogni caso luogo - e questo l'indagine lo ha dimostrato molto chiaramente - ad una "struttura" flessibile e diversificata, in modo che ogni Usi abbia non un modello rigido da attuare, ma un "progetto con specifiche finalità" fondato sul massimo potenziamento delle iniziative di educazione sanitaria complessivamente intese.

Ogni Usi deve, cioè, poter attuare livelli e gradi di coordinamento dell'educazione sanitaria attraverso modelli organizzativi (che nell'indagine vengono opportunamente definiti "relais interorganizzativi"), i quali presentino i gradi di formalizzazione "possibili" (organigramma, normative, strutture, funzioni grammo) entro procedure attuative estremamente elastiche e commisurate alle concrete situazioni territoriali, pur in un quadro di riferimento concettuale e finalistico molto chiaro e puntuale.

Anche per tali ragioni abbiamo "voluto" la pubblicazione. E' nostra intenzione, infatti, utilizzarla nel prosieguo a fini conoscitivi, informativi e formativi con riferimento specifico agli operatori e a tutto il personale interessato che opera in ambito sanitario, sia esso pubblico o privato.

Alessandro Martignani

La ricerca analisi della dimensione organizzativa delle attività di Educazione sanitaria: impianto dei Cses e scelte programmatiche in alcune Usl della Regione Emilia-Romagna» è stata svolta dall'Iress (Istituto regionale emiliano-romagnolo per i servizi sociali e sanitari, la ricerca applicata e la formazione) per conto della Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità, nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata 1989/90.

Tale ricerca è stata diretta da Flavia Franzoni e da Everardo Minardi; l'equipe di ricerca, composta da Elisabetta Scoccati e Giorgio Gosetti, è stata coordinata da Anna Maria Bertazzoni. Hanno inoltre collaborato alla stesura di alcune monografie Marialinda Montanari e Gianni Morandi, Marisa Anconelli ha curato l'elaborazione dei dati e gli aspetti redazionali.

La ricerca è stata svolta in stretta collaborazione con l'Ufficio per l'Educazione sanitaria e in particolare con la dott.ssa Gabriella Giacomoni e il dott. Vincenzo Costa; un costante confronto è stato anche tenuto con il dott. Alessandro Martignani, Coordinatore dei Servizi Sanitari di prevenzione.

La sua impostazione e gli strumenti di rilevazione sono stati altresì concordati con la Commissione Tecnica Regionale per l'Educazione sanitaria; si ringraziano in particolare i componenti del gruppo di lavoro ristretto, operante all'interno di detta Commissione, composto da Anna Bellocchio (Usl n. 2), Bianca Maria Carlozzo (Usl n. 29), Daniela Celin (Usl n. 28), Roberto Ruggiero (Usl n. 35), Alessandro Tessori (Usl n. 4) e Stefania Turchi (Usl n. 27).

Si ringraziano altresì gli operatori dei Coordinamenti provinciali e gli

operatori dei Cses di tutte le Usl della Regione Emilia-Romagna che hanno consentito la effettuazione della ricerca di sfondo.

Un particolare ringraziamento va ai coordinatori dei Cses, ai responsabili di servizio e ai dirigenti della Usl n. 2 di Piacenza, della Usl n. 7 di Langhirano, della Usl n. 12 di Scandiano, della Usl n. 13 di Casteinuovo ne' Monti, dell'Usl n. 16 di Modena, dell'Usl n. 26 di S. Gtouann(n Persiceto, della Usl n. 27 di Bologna-ovest, dell'Usl n. 32 di Portomaggiore, della Usl n. 35 di Ravenna e della Usl n. 39 di Cesena che hanno dato ampia collaborazione all'effettuazione degli approfondimenti monografici.

INDICE

| | |
|--|---------|
| 1. Introduzione | Pag. 11 |
| 1.1 Finalità della ricerca | » 11 |
| 1.2 Aspetti organizzativi e metodologici | » 15 |
| 2. Un tentativo di ricostruzione del dibattito culturale sul tema dell'Educazione sanitaria: dal concetti al modelli, alle soluzioni organizzative | » 19 |
| 2.1 L'evoluzione del concetto di Educazione sanitaria | » 19 |
| 2.1.1 Le «idee guida» | » 20 |
| 2.1.2 Le strategie educative | » 23 |
| 2.1.3 La concezione di Educazione sanitaria nel Servizio sanitario italiano | » 25 |
| 2.1.4 Strategie di intervento e supporti organizzativi | » 26 |
| 2.2 Per un approccio multidimensionale all'Educazione sanitaria. La dimensione sociologica | » 28 |
| 2.2.1 L'Educazione sanitaria come processo di cambiamento sociale | » 29 |
| 2.2.2 L'Educazione sanitaria come processo comunicativo | » 30 |
| 2.2.3 L'Educazione sanitaria come processo organizzativo | » 31 |
| 2.2.4 I nodi organizzativi e i problemi decisionali relativi all'Educazione sanitaria | » 33 |

| | |
|--|---------|
| 2.3 L'Educazione sanitaria negli orientamenti della programmazione regionale | Pag. 35 |
| 2.3.1 L'Educazione sanitaria nei Piani socio sanitari regionali | » 37 |
| 2.3.2 L'Educazione sanitaria e le risorse organizzative: il livello regionale | » 39 |
| 2.3.3 Le risorse organizzative delle realtà decentrate: la molteplicità di soluzioni nelle UsI | » 40 |
| 2.3.4 Alcuni nodi problematici | » 44 |
| 3. L'Educazione sanitaria nell'esperienza dei Cses: un'indagine sulle UsI dell'Emilia-Romagna | » 47 |
| 3.1 Aspetti metodologici | » 47 |
| 3.2 La rilevazione dei dati di ricerca | » 49 |
| 3.2.1 Organizzazione e prestazione del Cses | » 50 |
| 3.2.2 Con quali risorse e strumentazioni opera il Cses | » 55 |
| 3.2.3 Ambiti di intervento e rapporti di collaborazione | » 56 |
| 3.2.4 Il Cses: come opera e 'come si percepisce' | » 59 |
| 4. Alcuni approfondimenti di ricerca in realtà particolari: lo studio monografico di dieci casi | » 71 |
| 4.1 Criteri di scelta delle realtà analizzate | » 71 |
| 4.2 Avvio dell'esperienza dei Cses | » 74 |
| 4.3 Rapporti tra Cses e servizi: funzioni di programmazione, coordinamento, consulenza, verifica e valutazione | » 77 |
| 4.3.1 Il rapporto tra Cses e servizi nell'ambito del processo programmatico | » 77 |
| 4.3.2 La funzione di coordinamento del Cses | » 83 |
| 4.3.3 Rapporto tra Cses e servizi: la funzione di consulenza | » 89 |
| 4.3.4 La funzione di verifica/valutazione | » 91 |
| 4.4 Le modalità organizzative | » 92 |
| 4.5 I rapporti con la realtà esterna all'UsI | » 95 |
| 4.5.1 La collaborazione con la scuola | » 96 |
| 4.5.2 I rapporti con gli Enti Locali | » 98 |
| 4.5.3 La collaborazione con i soggetti non istituzionali | » 99 |
| 4.5.4 Altri interlocutori del Cses | » 101 |
| 4.5.5 Il rapporto con gli strumenti della | |

| | |
|---|----------|
| comunicazione di massa | Pag. 102 |
| 4.5.6 Osservazioni di sintesi | » 103 |
| 4.6 Gli strumenti operativi dei Cses: alcuni spunti di riflessione | » 104 |
| 4.7 Le attività di Educazione sanitaria: I diversi approcci al problema | » 107 |
| 5. Osservazioni di sintesi: alcuni nodi problematici e scenari possibili | » 113 |
| 5.1 La dimensione interorganizzativa dei Cses: fattori che hanno facilitato o ostacolato il raggiungimento dei fini istituzionali | » 114 |
| 5.1.1 I dati di struttura | » 117 |
| 5.1.2 La dimensione 'trasversale' del Cses | » 118 |
| 5.1.3 Alcune osservazioni sugli attori | » 120 |
| 5.2 La dimensione comunicativa dei Cses | » 122 |
| 5.3 Alcuni scenari possibili | » 125 |
| Allegati | » 129 |
| - Bibliografia essenziale di riferimento | » 129 |
| - Stralcio del Secondo Piano Sanitario regionale per il triennio 1990/92 | |
| - Scheda di rilevazione | |

Il rapporto è frutto del lavoro comune dell'intera équipe di ricerca. Più in specifico la stesura dei paragrafi 2.2. e 5.2. è attribuibile a Everardo Minardi, dei paragrafi 4.1., 4.2., 4.3., 4.4., 5.1.1. e 5.1.2. a Flavia Franzoni, del capitolo 3 e dei paragrafi 2.3. e 5.1.3. a Anna Maria Bertazzoni, del paragrafo 4.5. a Elisabetta Scoccati e dei paragrafi 4.6. e 4.7. a Giorgio Gosetti. La stesura degli altri paragrafi è attribuibile all'intera équipe.

1. INTRODUZIONE

1.1 Finalità della ricerca

Il dibattito culturale sulla politica sanitaria sia a livello nazionale che regionale oltre che riconfermare con forza il ruolo "strategico" dell'Educazione sanitaria, già affermato nella legge di riforma sanitaria, sottolinea altresì la «dimensione trasversale» dell'Educazione sanitaria intesa come momento qualificante, in termini di prevenzione, di tutti i diversi servizi sanitari e di tutti i Progetti-obiettivo definiti nei piani. Anche le numerose bozze di Piano sanitario nazionale (in particolare la versione dell'aprile 1986) hanno recepito questo dibattito e fanno riferimento esplicito all'Educazione sanitaria come ad una delle «misure preliminari» da adottarsi per il conseguimento dei risultati di tutti i programmi, fra le «misure cioè che si qualificano come condizioni di efficacia degli interventi da svolgere».

L'Educazione sanitaria diviene quindi, e ciò è sottolineato in tutti i Piani sanitari regionali approvati, un impegno diffuso del sistema sanitario nel suo complesso, in cui sono impegnati tutti gli operatori, sia attraverso attività specifiche, sia attraverso particolari modalità di lavoro adottabili in qualsiasi momento che li vede in contatto con l'utenza. Ciò tuttavia non esclude che tale impegno sia sostenuto anche da 'fondi vincolati' e sia tradotto, come è avvenuto in diversi Piani regionali, in specifiche «azioni di piano».

Anche il Secondo Piano sanitario regionale della Regione Emilia-Romagna prevede uno specifico «programma di educazione alla salute» collocato nell'ambito degli obiettivi strategici collegati ai programmi di

prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro (cfr. allegati).

La duplice valenza dell'Educazione sanitaria quale intervento 'diffuso' in tutti i servizi, che tuttavia richiede azioni specifiche di sostegno, implica la messa a punto di un modello organizzativo complesso e articolato a diversi livelli funzionali.

I Piani regionali hanno in proposito indicato una pluralità di modelli sia scegliendo una diversa collocazione nell'organizzazione della funzione di coordinamento finalizzata all'impostazione dell'attività di Educazione sanitaria, sia scegliendo diversi canali e modalità di rapporto dei referenti dell'Educazione sanitaria con gli indirizzi dell'Ufficio di Direzione, sia scegliendo diversi strumenti di consulenza tecnica.

U Secondo Piano Sanitario dell'Emilia-Romagna codifica un modello organizzativo, già sperimentato negli anni passati, per tempi più o meno lunghi, nelle diverse Usi. che attribuisce responsabilità primaria delle attività di Educazione sanitaria all'Ufficio di Direzione il quale si avvale di una struttura tecnica specifica, denominata «Coordinamento tra i servizi per l'Educazione sanitaria» (Cses), di cui fanno parte un referente per ogni servizio socio-sanitario e tra i quali è individuato un «coordinatore»!

Al Cses è affidato il compito di istruire, in collaborazione con i servizi, la fase programmatica e tecnico-metodologica delle attività, mentre le singole iniziative dovrebbero essere realizzate dai diversi presidi e servizi dell'Usi. D Piano individua anche funzioni di coordinamento di livello provinciale e funzioni di programmazione, coordinamento e di supporto tecnico di livello regionale.

Con questo complesso modello organizzativo ci si propone di «riorientare» l'iniziativa specifica della Regione e delle Usi che è stata particolarmente ricca fin dagli anni precedenti la Riforma sanitaria (per iniziativa anche dei Consorzi socio-sanitari), ma che è stata ed è rivolta in modo diffuso e indistinto ai più diversi campi.

Interessanti in proposito rimangono le risultanze di una ricerca condotta dall'Iress nel 1982-'83, per conto del Centro Studi del Ministero della Sanità, finalizzata a «censire» e a ricostruire l'insieme degli interventi di educazione socio-sanitaria «offerti» al cittadino del territorio della Regione Emilia-Romagna, promossi in primo luogo dalle Unità Sanitarie Locali, ma anche da altre istituzioni nei più diversi ambiti di vita e di lavoro.

Il fine della ricerca era quello di individuare le tipologie di intervento consolidate e le possibili reti di collaborazione tra servizi e istituzioni diverse, avvalendosi dell'esperienza di una Regione che si sapeva da

1. Cfr. Regione Emilia-Romagna - Amministrazione provinciale di Modena - Usl n. 16 di Modena «Educazione sanitaria. Esperienze-metodologie-organizzazione In Emilia-Romagna», Contributi n. 22/1989.

lungo tempo Impegnata nel settore. La ricerca metteva in evidenza un ricco insieme di Interventi In cui Interagivano e collaboravano tra loro Usl, Scuola, Comuni, Province, la rete di biblioteche decentrate, Aziende municipalizzate. Associazionismo e Volontariato, la Cooperazione, i mass-media e, con iniziative autonome rivolte a problematiche o a fasce di popolazione specifiche, anche altri soggetti quali ad esempio le Forze Armate.

L'ambito di intervento in cui si attuavano queste collaborazioni erano la prevenzione del disagio giovanile e della tossicodipendenza, l'educazione alimentare, l'educazione sessuale, la prevenzione degli incidenti negli ambienti di vita e di lavoro, la promozione della conoscenza dei servizi, etc.

Ne emerse un quadro ricchissimo di iniziative che tuttavia presentava alcuni problemi ancora oggi non Interamente risolti. D primo problema era quello di una distribuzione territoriale degli interventi che lasciava scoperte molte aree periferiche; il secondo problema era rappresentato dall'esigenza di un uso più razionale delle risorse pubbliche e private disponibili per gli interventi di Educazione sanitaria, ottenibile con il coordinamento delle iniziative sia dei singoli servizi delle Usl (con particolare riferimento all'utilizzo del personale), sia degli altri soggetti istituzionali e non che agiscono nel settore; nodo centrale divenivano il ruolo, le funzioni e il modello organizzativo che assumeva l'Usl relativamente a questo ambito.

Il secondo Piano sanitario della Regione ha affrontato questi problemi sia nel programma specifico che individua In generale ambiti e caratteri dell'Educazione sanitaria, sia all'interno dei singoli Progetti-obiettivo.

All'interno dei Progetti-obiettivo si coglie anche come l'Educazione sanitaria possa e debba chiamare in gioco soggetti diversi dall'Usl (scuola, associazionismo, enti locali, etc.) capaci di individuare canali comunicativi e fasce di utenza più mirate.

In particolare è prevista al diversi livelli istituzionali una formalizzazione della collaborazione con la scuola anche attraverso la presenza nella Commissione tecnica regionale e nelle strutture di coordinamento provinciali rispettivamente del Coordinatore scolastico regionale e dei Coordinatori provinciali per l'Educazione alla salute dei Provveditorati agli studi.

E' Inoltre evidente che ulteriori sinergie si devono attivare con altre politiche pubbliche che fanno capo ai molteplici assessorati regionali (Assessorato all'Ambiente, all'Agricoltura, etc.), ma soprattutto con le politiche sociali che fanno capo all'Assessorato ai Servizi sociali.

Il ruolo dell'Educazione sanitaria è infatti cruciale come già si è detto nel Progetti-obiettivo in cui (secondo la definizione della legge n. 595/1985) si gioca la sfida dell'integrazione tra servizi sociali e servizi

sanitari.

In relazione alla rilevanza dei problemi sopra esposti è stata realizzata la presente ricerca, finalizzata ad analizzare l'impatto del nuovo modello organizzativo, così come è stato avviato e si è modificato negli ultimi anni, sull'effettiva realizzazione degli interventi di Educazione sanitaria nell'ambito del territorio dell'Emilia-Romagna.

La conoscenza del «grado d'avanzamento» della realizzazione del modello organizzativo sopra indicato da parte delle Usl è presupposto indispensabile per analizzare e valutare come le attività di educazione promosse e gestite dai singoli servizi si raccordino agli obiettivi generali dell'intervento sanitario sul territorio.

Una delle finalità della ricerca è dunque quella di verificare se l'assetto organizzativo proposto consenta il coordinamento, senza inutili sovrapposizioni, delle iniziative scelte dai diversi servizi.

Ulteriore finalità è quella di evidenziare quali obiettivi prioritari siano effettivamente stati scelti dal complesso sistema decisionale attivato, confrontandoli con le indicazioni generali proposte dalla Regione e con le specifiche esigenze che si presentino come prioritarie nell'ambito locale.

Le conoscenze acquisite possono consentire di valutare come le difficoltà incontrate dall'implementazione del modello organizzativo, così come le scelte delle priorità, siano in relazione alle peculiarità delle diverse realtà presenti in Regione. Tali peculiarità riguardano sia le caratteristiche del territorio e la dimensione dell'Usl, ma anche il diverso grado di realizzazione dell'organizzazione complessiva dei servizi e in particolare della realizzazione dei distretti. Diventa così possibile correlare le diverse tipologie organizzative che, pur nell'ambito di un unico modello, si sono andate definendo, con l'effettiva realizzazione di interventi di Educazione sanitaria e il raggiungimento degli obiettivi proposti, individuando gli elementi che abbiano eventualmente favorito o sfavorito tale realizzazione e raggiungimento.

Un'analisi di questo tipo richiede un continuo riferimento ad alcuni nodi di dibattito sulle finalità stesse dell'Educazione sanitaria. Un importante problema riguarda il rapporto tra obiettivi specificatamente informativi (volti ad arricchire le conoscenze e quindi a orientare i comportamenti individuali e collettivi riguardo ad obiettivi prefissati) ed obiettivi educativi più generali centrati sulla realizzazione di una 'cultura diffusa' della salute. Nel primo caso infatti (obiettivi informativi) il sistema sanitario promuove azioni che devono generare conseguenze che possono essere più facilmente lette e valutate, mentre nel secondo caso (azione pedagogica diffusa) si deve disporre di strumenti diversi di lettura e valutazione.

Un'Educazione sanitaria che sia prevalentemente la promozione di una nuova cultura alla salute pone infatti in primo piano il coinvolgimento di altre strutture ed istituzioni, come ad esempio la

scuola, e l'utilizzo di operatori di professionalità diverse da quelle prettamente sanitarie.

Un secondo problema è quello del rapporto tra Educazione sanitaria 'formale' (organizzata «per progetti» e coordinata dai Cses) e 'informale' che è una dimensione costante del funzionamento dei servizi, soprattutto se si tratta di servizi definibili come 'preventivi'. Il problema che si pone è se il modello organizzativo prescelto è idoneo a sostenere entrambi questi aspetti.

Un terzo problema è quello delle priorità e dei criteri di scelta degli ambiti e interventi specifici di Educazione sanitaria 'formale' (le basi di riferimento epidemiologiche necessarie sulla cui base si svolgono gli ambiti di intervento; il collegamento con obiettivi più generali di politica sanitaria e di politica sociale; il ruolo delle 'peculiarità' territoriali, etc...).

Il quadro può contribuire ad offrire anche elementi conoscitivi utilizzabili per meglio definire le funzioni di promozione, coordinamento e supporto che dovrebbero assumere, come è previsto dal piano, i livelli organizzativi provinciali e regionali, anche al fine di ottenere una più equa distribuzione di iniziative sul territorio regionale, una maggiore omogeneità circa le modalità di intervento e inoltre di fornire sostegno alle realtà più deboli.

Si è tentato di raggiungere gli obiettivi conoscitivi sopra indicati attraverso lo svolgimento di due momenti di rilevazione e osservazione:

il primo, ha riguardato tutte le Usl della Regione Emilia-Romagna, il secondo ha affrontato ulteriori e più specifici approfondimenti relativamente* a 10 Usl scelte come campione, rappresentative delle diverse realtà territoriali della Regione.

1.2 Aspetti organizzativi e metodologici

La prima fase della ricerca è stata svolta valendosi della collaborazione della Commissione *tecnica regionale* di cui fanno parte i responsabili dei coordinamenti provinciali.

Il programma di ricerca è infatti stato presentato, discusso e concordato con la Commissione regionale, in particolare si è operata la scelta di somministrare a tutte le Usl (affidandone la compilazione al coordinatore del Cses) una scheda di rilevazione (definibile come questionario semi-strutturato - Cfr. allegati) attraverso cui raccogliere alcuni elementi che consentissero una prima analisi circa:

- l'attivazione del Cses sia dal punto di vista procedurale che funzionale (quando, come, se, in ciascuna Usl è stato attivato il Cses, caratteristiche degli operatori scelti come membri, da chi sono stati

scelti e con quali modalità, se sono rimasti gli stessi per tutto il periodo di esperienza, quante volte si riunisce il gruppo, etc...);

- gli obiettivi che orientano le scelte dei Cses in materia di Educazione sanitaria, avendo presente il 'peso' degli obiettivi indicati dal livello regionale in rapporto agli obiettivi territoriali (rispondenti alle esigenze particolari di ogni singola realtà);

- i programmi e gli interventi effettivamente attivati all'interno dei singoli servizi e dell'Usl nel suo complesso verificando il ruolo assunto dal Cses come momento di coordinamento e programmazione.

Ci si è proposti di verificare cioè se i programmi messi a punto dal Cses si limitano ad essere una sommatoria dei programmi dei servizi o, nelle realtà in cui l'articolazione dei servizi è più debole, la semplice declinazione territoriale degli obiettivi regionali, ovvero se tali programmi abbiano effettivamente costituito un momento di comparazione e fusione della molteplicità di obiettivi sia regionali che locali.

Di particolare interesse è stato verificare se i Cses abbiano assunto un ruolo di coordinamento ed omogeneizzazione (di procedure, di criteri di scelta, etc...) dei rapporti con altre istituzioni (certamente la scuola, ma anche altre istituzioni pubbliche e private con cui i servizi hanno attivato ormai consolidate collaborazioni); se esistano eventuali esperienze più o meno formalizzate di coordinamento territoriale a livello provinciale; quale sia l'impatto delle attività promozionali e di coordinamento promosse dall'Assessorato regionale alla Sanità e i rapporti tra uffici regionali e Cses.

La stesura finale del questionario è stata redatta e approvata da un gruppo di lavoro di più piccole dimensioni di cui hanno fatto parte:

Anna Bellocchio (Usl n. 2), Bianca Maria Carozzo (Usl n. 29), Daniela Celin (Usl n. 28), Roberto Ruggiero (Usl n. 35), Alessandra Tessonni (Usl n. 4), Stefania Turchi (Usl n. 27), Anna Maria Bertazzoni, Flavia Franzoni, Everardo Minardi dell'Iress e Gabriella Giacomoni dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna.

Oltre che ai vari incontri necessari a mettere a punto lo strumento di rilevazione, i responsabili della ricerca hanno partecipato alle riunioni dei Cses provinciali per raccogliere informazioni e documenti utili a meglio tarare tale strumento.

Il questionario, soltanto nell'edizione definitiva, è stato presentato dai responsabili della ricerca ai gruppi di Coordinamento provinciale del Cses nel corso di nove riunioni tenutesi nei capoluoghi di provincia.

Nella seconda fase della ricerca sono stati attuati alcuni approfondimenti soprattutto finalizzati ad analizzare il rapporto fra l'azione dei Cses e l'attività di Educazione sanitaria complessivamente svolta dai servizi, da altri soggetti istituzionali e dal privato sociale nell'ambito del territorio dell'Usl.

Si sono a questo proposito scelte dieci Usl rappresentative delle diverse realtà territoriali; sulla base delle risultanze della prima fase della ricerca sono state individuate sia Usl in cui il modello organizzativo proposto dalla Regione è in gran parte realizzato, sia Usl in cui tale modello fatica ad attivarsi; sia Usl che vantano interessanti sperimentazioni, sia Usl che non hanno avviato ancora iniziative complesse; l'obiettivo è stato quello di individuare, attraverso la costruzione di monografie, alcune tipologie di Cses e di mettere in evidenza gli elementi che ne hanno facilitato o che hanno ostacolato il raggiungimento dei fini istituzionali, cioè la promozione e lo sviluppo delle attività di Educazione sanitaria nell'Usl.

Gli elementi sulla cui base sono state stese le monografie sono stati raccolti attraverso trentatré interviste (3/4 per Usl), effettuate da alcuni ricercatori dell'Iress a responsabili dei vari servizi (coordinatore sanitario, responsabile Smiev. responsabile Simap. coordinatore sociale o operatori individuati come riferimenti importanti per l'Educazione sanitaria all'interno dell'Usl).

Nei capitoli successivi si da conto del lavoro di ricerca svolto.

Nel capitolo due si da conto degli approfondimenti teorici che si sono ritenuti necessari per lo svolgimento della ricerca così come di una sintetica rassegna delle scelte organizzative compiute da altre regioni in materia di Educazione sanitaria.

Nel capitolo tre si presentano i risultati emersi dalla decodifica dei questionari somministrati in tutte le Usl.

Nel capitolo quattro si compie una lettura trasversale delle monografie relative alle dieci Usl scelte come campione.

Nel capitolo cinque si tenta una lettura complessiva dei dati di ricerca, alla luce anche dei cambiamenti istituzionali ed organizzativi che incombono sull'intero sistema sanitario.

La ricerca non pretende di fornire una analisi esaustiva delle esperienze in corso, né di proporre modelli organizzativi e di comportamento validi per tutte le realtà. Essa si propone come «strumento di lavoro» per operatori e amministratori, utile a orientare una riflessione critica sull'esperienza e a sollecitare perciò nuovi contributi di analisi e proposte di innovazione e sviluppo dei supporti organizzativi dell'Educazione sanitaria.

2. UN TENTATIVO DI RICOSTRUZIONE DEL DIBATTITO CULTURALE SUL TEMA DELL'EDUCAZIONE SANITARIA: DAI CONCETTI AI MODELLI, ALLE 'SOLUZIONI ORGANIZZATIVE'

2.1 L'evoluzione del concetto di Educazione sanitaria

Le scelte organizzative, che sono oggetto di analisi in questa ricerca, non possono che essere orientate dalla concezione stessa di Educazione sanitaria fatta propria dal contesto culturale e politico .

La preoccupazione educativa non è stata solo un portato innovativo della Riforma sanitaria, ma anche un elemento costitutivo del clima culturale dal quale si è sviluppato il lungo dibattito sfociato nel testo della «833».

La legge nazionale così come le leggi regionali attuative della riforma non compiono tuttavia scelte specifiche riguardo a definizioni e modelli d'intervento di Educazione sanitaria.

Il campo delle pratiche di Educazione sanitaria proposte ed attuate nel nostro Paese appare, infatti, estremamente stratificato dal punto di vista sia degli obiettivi, che della metodologia: ad iniziative che ad una più rigorosa delimitazione dei confini disciplinari dovrebbero essere attribuite all'epidemiologia e alla psicologia sociale si associano stili di intervento educazionali propriamente riconducibili a fasi diverse, e talora conflittuali, dell'evoluzione delle teorie della comunicazione e dell'informazione. Questa constatazione, se può testimoniare di una creatività nell'approccio ai problemi ed autorizzare la speranza in un'estrema flessibilità dell'intervento, tuttavia dimostra la mancanza di un paradigma dominante di Educazione sanitaria.

L'ambiguità in alcune idee-guida, l'estrema diversità dei settori di intervento ed il vasto repertorio di tecniche di intervento, concorrono a

rendere estremamente mobile questo campo.

La mancanza di consapevolezza sulle matrici culturali da cui derivano le diverse concezioni di Educazione sanitaria e i diversi modelli d'intervento rischia di portare i politici e gli operatori a scelte non coerenti al loro interno o addirittura contraddittorie.

Per potere correttamente interpretare le concezioni di Educazione sanitaria che più o meno esplicitamente stanno a monte delle scelte e delle valutazioni dei soggetti che a vario titolo operano in quest'ambito è parso opportuno proporre una rilettura dell'evoluzione del dibattito sull'Educazione sanitaria, così come si è sviluppato nel nostro Paese, ma soprattutto all'estero¹.

Senza nessuna pretesa di completezza si sono individuati quei nodi problematici che più direttamente sono in relazione con i comportamenti degli operatori o coinvolgono aspetti dell'organizzazione stessa dell'assetto dei servizi socio-sanitari.

2.1.1 Le «idee-guida»

In un passato non troppo remoto l'Educazione sanitaria mutuava il suo apparato concettuale dalla medicina clinica, interpretandosi come terapia di un comportamento giudicato 'malato' in quanto non compatibile con il mantenimento di una buona salute: nel 1949, ad esempio, si affermava: «l'Educazione sanitaria è un *processo* di crescita in un *individuo* per mezzo del quale egli modifica il suo *comportamento* o cambia i suoi *atteggiamenti verso le pratiche sanitarie* come risultato delle nuove *esperienze* che ha avuto»².

Ciò già portava ad individuare i comportamenti / atteggiamenti come target dell'intervento e caratterizzava l'Educazione sanitaria come un percorso finalizzato a produrre esperienze, ma chiamava in causa soltanto una responsabilità individuale e per di più pertinente alle sole pratiche sanitarie.

1. Per una più completa analisi di tale dibattito, si veda Iress, *L'Educazione socio-sanitaria: primo censimento delle iniziative attuate e individuazione di una rete sperimentale di terminali promozionali nella Regione Emilia-Romagna*, rapporto di ricerca ciclostilato, a cura del Ministero della Sanità. 1983. e In particolare 11 cap. 1 su *Le acquisizioni emergenti nel dibattito culturale e scientifico-metodologico relativo al tema dell'educazione socio-sanitaria*, redatto con la consulenza di Francesco Taroni. Tale materiale è stato pubblicato nella scheda 2.0.3./IV. *Autonomie Locali e Servizi Sociali. Vademecum* a schede, n. 2/1986, intitolata «Il dibattito culturale e scientifico-metodologico relativo al tema dell'educazione sanitaria».

2. D. B. Nyswander. «Evaluations of health education practice», *Public Health News*. 30. 1949.

E' già presente tuttavia la consapevolezza che il processo educativo deve essere interattivo e valersi di metodologie non autoritarie pur mantenendo l'asimmetria comunicativa e l'atteggiamento prescrittivo propri del modello medico.

Il passo ulteriore è stato perciò il superamento di questo approccio individualistico e prescrittivo. Secondo una definizione dell'OMS del 1954 afferma: «Lo scopo dell'Educazione sanitaria è di aiutare la gente a conquistare la salute attraverso i suoi comportamenti ed i suoi sforzi. Essa si fonda dunque, all'inizio, sull'interesse che i *singoli* manifestano per il miglioramento delle loro condizioni di esistenza e mira a far loro percepire, tanto come individui quanto come membri di una famiglia, di una collettività o di uno stato, che i progressi della salute derivano dalla responsabilità personale».

I singoli sono ancora gli interlocutori del progetto di Educazione sanitaria, ma ad essi viene riconosciuta una nuova dimensione nell'essere membri di una collettività. Inoltre viene riconosciuto un ruolo attivo dell'educando nel processo educativo.

Ma l'evidenza di un dimensione collettiva nell'Educazione sanitaria viene posta con forza soprattutto dall'emergere di un bisogno istituzionale legato alla diffusione del processi di pianificazione a largo raggio nel campo dei servizi sanitari.

I programmi di Educazione sanitaria sono stati talora pensati come la tecnologia appropriata ad affrontare il problema della costruzione di un cliente adeguato alla sofisticazione raggiunta dal sistema dei servizi, prerequisito indispensabile per l'efficienza e l'efficacia dell'intervento programmato.

Questa funzione dell'Educazione sanitaria come garante del buon funzionamento del sistema dei servizi sanitari, richiede una progressiva professionalizzazione dei suoi operatori, e sollecita soluzioni organizzative che vedano nascere servizi di Educazione sanitaria come parte integrante e specializzata del sistema sanitario. A questo proposito si apre tuttavia una contraddizione: il poter disporre di un consumatore-informato ed il più possibile autosufficiente prima di diventare una necessità del sistema dei servizi, come sopra si è detto, è stata una rivendicazione, con toni e valenze a-istituzionali e aprofessionali, del movimento consumeristico e del movimento per il *self-care*. I movimenti anti-istituzionali, nati negli Usa degli anni '60 e '70, utilizzavano infatti la idea forza del consumerismo come difesa dai meccanismi di omologazione burocratica dei bisogni ed il concetto di *self-care* come espressione estrema di demedicalizzazione della salute e di autoaffermazione dell' indipendenza dal sistema dei servizi³.

Di qui le ambiguità e le ambivalenze di molti dei programmi rivolti

3. G. H. WUllams, *The mouvement for independent living: an eucluation on critique*. Soc.. Sec., Med.. 17, 1983.

alla responsabilizzazione del soggetto, all'autotutela della salute e al coinvolgimento societario sul tema della salute.

Partendo da premesse analoghe, cioè la constatazione dell'inadeguatezza del sistema dei servizi ai cosiddetti 'bisogni reali' della popolazione e dei singoli utenti, e dallo stesso rimedio guida, cioè l'autogestione della propria salute, si possono proporre strumenti operativi completamente diversi in relazione al due opposti modelli di organizzazione societaria implicati nei due diversi approcci.

L'approccio consumerista presuppone un mercato di beni e servizi il più possibile libero, anche per i servizi sanitari in cui il consumatore/utente costruisce da solo la risposta ai propri bisogni svincolato dalla logica dei servizi; l'approccio societario, al contrario, pone immediatamente il problema del governo e della programmazione del sistema dei servizi.

Non sempre operatori e politici si sono rivolti e si rivolgono in modo corretto a questi due diversi approcci, l'uno auspicante professionalizzazione e capacità di governo, l'altro scelte antiprofessionali e rifiuto della pianificazione come limiti alle scelte individuali.

Si è attinto ad essi troppo spesso in modo sincretico, costruendo programmi con forti incongruenze interne.

Ciò anche se in termini generali si aderiva alle sollecitazioni dell'Oms che, promuovendo complessivamente un modello societario di organizzazione dei servizi per la salute in cui gli individui e la comunità sono chiamati ad assunzioni di responsabilità e di partecipazione attiva, qualifica anche l'Educazione sanitaria come processo societario, squisitamente politico per realizzare «l'azione politica sulla salute»⁴.

La "promozione della salute" come imperativo ulteriore rispetto alla "prevenzione della malattia" è infatti diventato riferimento indispensabile per chi voglia ridefinire il ruolo stesso dell'Educazione sanitaria.

Partendo dai contenuti del programma "Health for all by the Year 2000" (Alma Ata, 1977). l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Oms ha sviluppato un programma di "Promozione della salute" che ha consentito momenti di riflessione e nuove sperimentazioni; la promozione della salute rappresenta ormai un concetto unificante per coloro che riconoscono il bisogno di un cambiamento nei modi e nelle condizioni di vita e rappresenta una strategia di mediazione tra le persone e il loro ambiente, che sintetizza scelte personali e responsabilità sociali⁵.

4. Mahier H. *Health for all Everyone's concern worded health*. 1983.

5. Oms, Ufficio Regionale per l'Europa, «Concetti e principi della promozione della salute: un documento per la discussione». In Ingrosso M. (a cura di). *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Angeli. Milano. 1987.

Il punto focale della promozione della salute è l'accesso alla salute, al fine di ridurre le ineguaglianze; il suo miglioramento dipende dallo sviluppo di un ambiente favorevole soprattutto per quanto riguarda le condizioni di vita e di lavoro, ma richiede anche il rafforzamento delle reti e dei sostegni sociali che determinano valori e comportamenti⁶.

I vari punti individuati richiedono scelte personali e collettive: l'informazione e l'Educazione sanitaria forniscono la base conoscitiva per compiere queste scelte.

Dall'impostazione del problema messa a punto dall'Oms e ampiamente condivisa si sono sviluppate diverse interpretazioni del concetto stesso di promozione della salute⁷.

Si possono individuare gli elementi che caratterizzano le diverse Interpretazioni: l'accento può infatti essere posto maggiormente sulle condizioni e gli stili di vita o sull'individuazione dei "grandi killers", sulla partecipazione di tutti i cittadini e l'effettiva assunzione della responsabilità pubblica relativamente ai temi della salute o sulla centralità dell'auto-aiuto e del mutuo aiuto.

Ancora una volta le azioni di Educazione sanitaria (o, come si preferisce dire in coerenza con questo nuovo approccio, di "Educazione alla salute") non potranno che essere strettamente collegate a queste diverse valenze del concetto stesso di promozione della salute.

2.1.2 Le strategie educative

Alla complessità e ambiguità delle idee-guida che orientano l'Educazione sanitaria si associa l'estrema diversificazione dei modelli d'intervento con particolare riguardo al ruolo in essi assunto dall'operatore con compiti educativi e alle strategie educative utilizzate.

Tali strategie e tali ruoli si sono sviluppati sulla traccia dell'evoluzione delle teorie della comunicazione e del comportamento.

La rapidità del succedersi di queste teorie (che sono elaborate in larga parte entro discipline in accelerata evoluzione come la psicologia sociale e la pedagogia), la varietà dei campi di applicazione degli interessi educazionali, fanno comunque sì che tale processo evolutivo non sia affatto lineare e che nella pratica tali modelli coesistano largamente, talora all'interno di uno stesso programma d'intervento.

Sembra comunque lecito, con l'OMS, riconoscere un primo modello

6. *Ibidem*.

7. Ingrosso M. «Introduzione: prospettive di promozione della salute nella situazione Italiana», In Ingrosso M. (a cura di). *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Angeli, Milano, 1987.

«cognitivo» di Educazione sanitaria, pervaso da un illuminismo pedagogico che, imputando i comportamenti «devianti» all'ignoranza, induce a ritenere possibile e naturale un adeguamento del comportamento col crescere delle conoscenze, attraverso una 'maturazione' dell'atteggiamento. L'enfasi è, dunque, posta sulla trasmissione di una informazione 'corretta' e 'completa' che ovviamente non può che essere offerta da 'esperti'.

Questo modello è stato largamente applicato nella prima fase dell'ingresso dell'Educazione sanitaria nel mondo della scuola: venivano organizzati cicli di conferenze sulle più varie tematiche, tenute da 'esperti' e rivolte ad un pubblico misto, studenti, genitori e insegnanti.

Il modello cognitivo dell'Educazione sanitaria è però soprattutto rintracciabile nelle campagne di educazione di massa, che in una prima fase (in Italia) sono state rivolte soprattutto alla propaganda di interventi di *screening* per la diagnosi precoce delle neoplasie.

L'attenzione in questo modello è centrata sulle caratteristiche del 'messaggio' che deve essere percepibile ed efficace.

L'evoluzione delle teorie del comportamento ha tuttavia pesantemente ridimensionato il ruolo causale dell'atteggiamento nella modificazione del comportamento, riconoscendo un ruolo altrettanto importante a fattori quali le condizioni storiche e sociali, l'ambiente culturale e la personalità.

La conoscenza della natura della struttura sociale e dei gruppi elementari rappresenta perciò il primo stadio necessario ed indispensabile per arrivare ad una diagnosi educativa poiché questi fattori giocano un ruolo capitale come retate dell'informazione per la presa in carico da parte del gruppo della sua propria trasformazione e del suo sviluppo.

Ciò pone, ad esempio, in discussione il ruolo effettivo del mass-media a cui invece il modello cognitivo attribuisce tanta importanza.

L'*audience* internalizza soltanto quei messaggi che sono comprensibili ed accettabili alla luce delle precedenti esperienze, che evocano atteggiamenti già maturati e/o rinforzano valori e comportamenti acquisiti. Pertanto i *media* possono essere utili per rinforzare atteggiamenti e comportamenti adeguati, non per modificare comportamenti errati.

In quest'ambito un ruolo importante può essere attribuito agli «*opinion leaders*» come mediatori dell'informazione.

Ulteriori elementi di complessità si presentano quando si fa riferimento ad un concetto di promozione della salute come è quello indicato dall'Oms che pone come obiettivo quello di aiutare a definire chiaramente e a collegare tra di loro le strutture sociali naturali già presenti che contribuiscono al comportamento di prevenzione quali famiglia, scuola, gruppi omogenei, vicini, collettività, richiedendo una

partecipazione attiva e una presa di potere anche dei non-professionisti.

L'intervento di educazione sanitaria diviene in quest'ambito un processo che, attraverso interazioni comunicative e indicazioni di pratiche di salute alternative, investe le dimensioni psicologiche, culturali, economiche, e gli stili di vita del gruppo sociale coinvolto⁸.

Questo approccio multidisciplinare induce a introdurre importanti modificazioni nelle strategie educative utilizzate negli interventi di Educazione sanitaria: essi infatti dovrebbero riuscire a "accrescere le competenze e le conoscenze individuali relativamente alla salute e alla malattie, al corpo e alle sue funzioni, alla prevenzione e al *coping*; accrescere competenze e conoscenze che permettano di servirsi del sistema di assistenza sanitaria e di capirne il funzionamento; aumentare la consapevolezza dei fattori sociali, politici e ambientali che influenzano la salute"⁹.

Non si vuole approfondire ulteriormente queste tematiche: ci si è limitati ad indicare come i presupposti teorici che orientano gli interventi siano estremamente complessi e in continua evoluzione.

I vari progetti di Educazione sanitaria spesso utilizzano combinazioni sofisticate di numerosi modelli educativi e tecniche di comunicazione¹⁰.

2.1.3 La concezione di Educazione sanitaria nel Servizio sanitario nazionale italiano

Anche nel nostro Paese sono stati presenti sia a livello di approfondimenti teorici, sia a livello di esperienze pratiche tutti gli elementi che abbiamo rintracciato nel dibattito internazionale.

Importante cassa di risonanza è certamente stata la rivista *Educazione sanitaria e medicina preventiva*, organo trimestrale del Centro Sperimentale per l'Educazione sanitaria dell'Università di Perugia.

Le elaborazioni di A. Seppilli sono state certamente importante riferimento per tutti gli operatori impegnati nel settore per l'attuazione stessa della Riforma sanitaria. Egli afferma che «l'Educazione sanitaria è

8. Romizi R., Modelli metodologie* *dell'educazione sanitaria*. In Saccheri T. (a cura di). *Educazione alla salute. Obiettivo far salute*. CEIM. Salerno. 1991.

9. *Ibidem*, p.55.

10. Si segnala, a questo proposito, la pubblicazione *L'uomo e la salute: Educazione Sanitaria e processi di comunicazione* (a cura di) Marinella Bruni, Bianca Marla Carozzo, Gabriella Giacomoni, Pina Musolesi, Renata Roella, che da conto di un convegno promosso dalla Regione Emilia-Romagna e dal Comune di Bologna l'8-9-10 maggio 1986).

un *intervento sociale*, che tende a modificare *consapevolmente e durevolmente* il comportamento nei confronti dei problemi della salute. Essa *presuppone* la conoscenza del patrimonio culturale del gruppo discendente e la focalizzazione dei suoi interessi soggettivi, e *richiede* la rimozione delle resistenze opposte dal gruppo stesso all'intervento»¹¹.

I vari e interessanti interventi che poi, in mancanza di piani e scelte politiche generali, sono stati sperimentati nel nostro Paese, hanno attinto ampiamente al dibattito sopra descritto.

Se le 'campagne' si sono rifatte a quello che abbiamo definito approccio cognitivo, gli interventi finalizzati alla tutela della salute dei lavoratori, incentrati sulla individuazione di 'gruppi omogenei' di lavoratori capaci di analizzare il proprio processo di adattamento all'ambiente produttivo (e di promuoverne il cambiamento), hanno ampiamente utilizzato metodologie comunicative fortemente interattive, molti elementi di *self-help*, e hanno costituito un contributo originale anche in confronto ad esperienze estere.

L'affermazione che l'Educazione sanitaria debba essere rivolta a tutti è spesso servita ad identificare l'Educazione sanitaria con l'informazione sanitaria, ma se si ritiene che l'Educazione sanitaria debba costituire parte integrante di piani mirati di prevenzione ne consegue che i destinatari debbano essere individuati per fasce omogenee di popolazione sulla base di uno o più parametri relativi a rischi, danni, interessi, collocazione geografica, stato sociale, sesso, età, condizione lavorativa in relazione appunto all'obiettivo di prevenzione che ci si pone.

D'altro canto la promozione della salute si ottiene soltanto se c'è una cultura diffusa della salute, che richiede una sorta di pedagogia diffusa che coinvolge tutti i cittadini.

La vastità dei terreni operativi e delle metodologie d'intervento impone l'adozione di *criteri di scelta* dei problemi prioritari così come delle metodologie e strategie adeguate.

2.1.4 Strategie di intervento e supporti *organizzativi*

Di seguito si è tentato di sintetizzare le caratteristiche di tre diverse strategie che implicano altrettanti modelli organizzativi con caratteristiche peculiari;

* una strategia 'accentrata', che affida l'Educazione sanitaria ad un gruppo di specialisti, privilegiando l'organizzazione di attività

11. A. Seppilli, *Educazione sanitaria e comportamento*. in M. A. Modolo, A. Seppilli, *Educazione sanitaria*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1981, p. 8. nota 1.

'specifiche', quali le 'campagne' su temi mirati tramite l'uso di strumenti di comunicazione di massa. Tale interventi sono in genere ben strutturati e garantiti nella qualità del messaggio, ma difficilmente in grado di assicurarne la necessaria continuità e capillarità;

* una strategia 'diffusa', che colloca l'Educazione sanitaria preminentemente all'interno del rapporto interpersonale tra operatore sanitario e cittadino, facendone parte integrante di ogni prestazione sanitaria, soprattutto a livello di assistenza di base. Tale tipo di intervento garantisce continuità e capillarità e sviluppa l'aspetto partecipativo dell'ES. ma è difficile controllarne la qualità e l'effettiva attuazione;

* una strategia 'intermedia' che mira a fondere i due modelli precedenti, integrando l'Educazione sanitaria nelle attività socio-sanitarie e prevedendo contemporaneamente un gruppo di specialisti che operano a livello centrale. In questa situazione in particolare, si rende necessario lo sviluppo di attività di coordinamento in due sensi:

- verso le attività 'diffuse', per armonizzarle tra loro in termini di contenuti e qualità del messaggio, per evitare dispersioni e/o sovrapposizioni contrastanti, e renderle coincidenti e quindi maggiormente incisive;

- tra le attività 'diffuse' e quelle 'specifiche', favorendo anche in questo caso la coincidenza tra i due livelli, (in termini di contenuti e tempi) su azioni mirate per il conseguimento di obiettivi specifici, e supportando il livello 'diffuso' di una strumentazione idonea (come ad esempio momenti formativi su temi specifici, materiali per gli operatori e per la diffusione presso gli utenti. etc...)12.

Ciò porta all'identificazione di tre modelli organizzativi, **specialistico, integrato e cooperativo** cui sono riconducibili le esperienze fino ad ora attuate.

Nel modello specialistico persone specificatamente preparate nel campo dell'Educazione sanitaria di tipo formale operano nelle istituzioni a vari livelli. L'intervento è in generale ben strutturato, e facile è la valutazione dei risultati. Riesce Invece difficile assicurare la continuità e una sufficiente capillarizzazione.

L'Educazione sanitaria sia Informale che formale nel modello integrato è condotta come componente integrata di altre attività collegate alla salute, da parte di vari operatori sanitari. La continuità è garantita, ma la qualità dell'intervento è spesso modesta e difficile è la valutazione dei risultati.

12. Iress, Ministero dell'Interno, Direzione generale dei Servizi Civili, *La programmazione socio-assistenziale. Esperienze a livello nazionale, regionale e locale.* (a cura di) Flavia Franzoni, Anna Natali e Paolo Zurla. Si veda, in particolare, il paragrafo 4.6.1 *Orientamenti ed Esperienze nella dimensione trasversale dell'educazione socio-sanitaria.*

Nel modello cooperativo si trovano elementi di entrambi i modelli sopra citati. Esiste una struttura centrale gestita da specialisti, essendo però sempre l'Educazione sanitaria integrata nelle altre attività per la salute. E questo il modello proposto dalla stessa Commissione Who per l'Educazione sanitaria (1975) e ampiamente sperimentato in Inghilterra¹³.

A queste strategie e a questi modelli si è rifatta anche l'esperienza italiana e in particolare i Piani socio-sanitari regionali che negli ultimi anni si sono proposti di promuovere e orientare gli interventi di Educazione sanitaria delle Usl.

Questa tematica sarà approfondita al paragrafo 2.3.

2.2 Per un approccio multidimensionale all'Educazione sanitaria. La dimensione sociologica

Le osservazioni avanzate in precedenza orientano a considerare l'Educazione sanitaria come la risultante di una pluralità di processi che attengono sia alla dimensione pedagogica della relazione tra docente e discente, sia a rapporti sociali, azioni educative e soluzioni organizzative che possono essere oggetto specifico anche della riflessione sociologica. Per porsi in un'ottica multidimensionale necessaria per l'analisi del tema in oggetto articoleremo la riflessione successiva in due parti: in primo luogo analizzeremo le azioni di Educazione sanitaria evidenziando i processi cui esse danno origine (par. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3.) che sono oggetto più in specifico dell'analisi sociologica; in secondo luogo esamineremo le possibili linee di *cambiamento organizzativo* che azioni di Educazione sanitaria possono produrre o richiedere nel contesto delle strutture decisionali ed operative da cui si originano.

L'Educazione sanitaria può essere considerata dal punto di vista sociologico come il centro di sviluppo di tre processi: in primo luogo un processo *di cambiamento sociale* che parte dalla dimensione individuale, ma in essa non si esaurisce; in secondo luogo un processo comunicativo che, a partire dall'intersoggettività, si sviluppa e si differenzia in una serie di mediazioni simboliche e linguistiche particolarmente pregnanti proprio nel campo della rappresentazione della salute e della malattia; ed infine un processo *organizzativo* che si esplicita nella permanente esigenza di raggiungere la combinazione più adeguata di mezzi e risorse rispetto all'efficacia di un intervento che si configura essenzialmente come globale.

13. Regione Emilia-Romagna, «USL n. 16 di Modena. Educazione Sanitaria, Esperienze, metodologia, organizzazione In Emilia-Romagna», Contributi, n. 22.

2.2.1 L'Educazione sanitaria come processo di cambiamento sociale

L'opportunità di compiere un'analisi sociologica del processo di Educazione sanitaria deriva essenzialmente dal fatto che questa si sviluppa in una dimensione che non attiene solo alla sfera dell'apprendimento individuale di nuovi elementi cognitivi, ma piuttosto a quella della costruzione di atteggiamenti e comportamenti sociali che, al di là dell'esperienza individuale, vengono sanciti, spesso prescritti normativamente, dal sistema sociale nel suo insieme.

Nel definire l'Educazione sanitaria come insieme di attività volte a ottenere obiettivi di benessere fisico-psichico a livello individuale, occorre, in altri termini, evidenziare primariamente la caratterizzazione sociale che le deriva sia dalla natura degli obiettivi da perseguire (la modificazione di atteggiamenti e comportamenti sociali in ordine al corpo ed al modelli di relazione sociale) che dal carattere interattivo del processo educativo, caratterizzato dal fine di produrre risultati di innovazione sociale e culturale.

Un approccio individualistico e prescrittivo della Educazione sanitaria è infatti incapace di comprendere le basi sociali dei comportamenti su cui si propone di intervenire, ed è perciò votato all'insuccesso.

L'Educazione sanitaria va considerata quindi non solo sotto un profilo psico-sociale di intervento sul processo di apprendimento individuale, ma anche come una *strategia di modificazione delle regole sociali* che strutturano e legittimano comportamenti individuali e collettivi che attengono alla sfera del corpo e della salute.

L'analisi sociologica consente altresì di evidenziare la natura 'processuale' della metodologia utilizzata dalla Educazione sanitaria soprattutto con riferimento alla programmazione, organizzazione e gestione di interventi che non si esauriscono nel tempo e nello spazio, ma devono riprodursi in relazione al contesti relazionali, ambientali e normativi in costante mutazione.

Da ciò si trae una prima indicazione importante sotto il profilo metodologico: l'Educazione sanitaria va considerata in un approccio di analisi sociologica come *funzione diffusa di tutta l'organizzazione* del Servizio Sanitario Nazionale nell'insieme delle sue articolazioni; inoltre di tale funzione occorre cogliere le modalità di strutturazione pedagogica, comunicativa, relazionale da parte degli attori 'educativi' che se ne fanno protagonisti nei diversi contesti organizzativi.

La caratterizzazione dell'Educazione sanitaria, come insieme di attività al tempo stesso specialistiche e diffuse, richiede l'apprestamento di abilità e di funzioni tecnico-professionali che si prefiggono l'obiettivo

non solo di mutare le strutture normative, relazionali e comportamentali di individui e di comunità socialmente definite ed organizzate, ma anche di sviluppare una sua forte capacità di *diagnosi* nei confronti di tutti i programmi di intervento, adottati dalle Usl e dai loro servizi. Ciò rende altresì necessaria nella progettazione e nella gestione degli interventi di Educazione sanitaria l'adozione di una struttura *multidisciplinare* con un conseguente raccordo con l'osservazione e l'analisi epidemiologica e con la ricerca sociale; con tali strumenti, infatti, si può procedere alla più efficace individuazione dei fattori ambientali e comportamentali che maggiormente incidono sull'esposizione ai rischi di natura collettiva.

L'analisi sociologica dell'Educazione sanitaria, in altri termini, ci consente di cogliere come questa rappresenti un indicatore rilevante della *differenziazione organizzativa* delle Usl e dei relativi servizi sia sul piano della programmazione degli interventi (con l'analisi della struttura dei bisogni socio-sanitari della popolazione) che sul piano della valutazione sociale dei risultati ottenuti con l'esecuzione degli interventi stessi.

2.2.2 L'Educazione sanitaria come processo comunicativo

Il sottolineare l'aspetto 'comunicativo' del processo di Educazione sanitaria, oltre che richiamare alcuni temi teorici connessi all'impianto pedagogico tradizionale del problema, significa anche richiamare l'attenzione sulle componenti simboliche e culturali che concernono la costruzione e la trasmissione dei messaggi relativi alla sfera del corpo e della salute.

L'attenzione del ricercatore e dell'operatore pedagogico si concentra, sia sulla fase di costruzione del messaggio, con la sua conseguente codificazione formale, sia sulle relazioni sociali che si sviluppano nel corso del processo comunicativo; nell'ambito di questo si evidenziano i fattori positivi e negativi che interferiscono sulla sua trasmissione al destinatario.

L'Educazione sanitaria mira ad occupare un ruolo inedito rispetto al passato: essa si può configurare come un sistema integrato di attività basato sulle relazioni sociali, più o meno legittimate sul piano istituzionale, tra soggetti con ruoli distinti. Nei processi comunicativi ad essa finalizzati si possono individuare aspetti importanti, quali il ruolo delle *mediazioni culturali* nel recepimento dei messaggi e dei mondi *vitali*¹⁴ nella loro assunzione come fattori di ristrutturazione delle aspettative e dei comportamenti sociali a livello individuale e di gruppo.

14. Ardigò A.. Crisi di governabilità e mondi vitali. Cappelli, Bologna 1980.

Poiché si insiste ormai da tempo con accenti critici alla scarsa efficacia dei programmi di Educazione sanitaria a carattere generale o troppo incentrati sulla dimensione istituzionale (è il caso delle 'campagne' di educazione sanitaria), si giustifica l'attenzione per una strategia educativa che stabilisca un particolare rapporto tra le mediazioni di mondo vitale e la valutazione differenziata dei mezzi e dei linguaggi della comunicazione; con ciò sviluppando la conoscenza del ruolo che questi ultimi giocano in maniera crescente sulla formazione di una coscienza sanitaria sia a livello individuale che collettivo.

La progettazione e la valutazione delle azioni di Educazione sanitaria non dovrebbero perciò essere mai disgiunte da una specifica attività di ricerca volta ad individuare le trasformazioni indotte dalla trasmissione dei messaggi; occorre, infatti, saper valutare in termini puntuali l'incidenza che variabili socio-economiche (tipiche quelle di classe sociale), modelli culturali, ma anche sfere di intersoggettività di mondo vitale hanno sia sul recepimento dei messaggi che sulla ristrutturazione dei campi cognitivi e delle rappresentazioni sociali che presiedono alla strutturazione dei comportamenti, sia a livello individuale che collettivo.

L'inserimento di questa prospettiva di analisi all'interno della cultura dell'Educazione sanitaria potrà consentire di acquisire quelle conoscenze a tutto campo capaci di conferire il controllo sui processi provocati dagli interventi di Educazione sanitaria e quindi di precisare meglio anche il campo di operatività e il profilo dei contenuti conoscitivi e delle abilità professionali necessarie per gli attori istituzionali coinvolti.

2.2.3 L'Educazione sanitaria come processo organizzativo

La dimensione organizzativa dell'Educazione sanitaria non è certo marginale, anzi la sua rilevanza le deriva dall'essere prevista e rappresentata come una *funzione generale e diffusa* di un sistema organico di prestazioni e di servizi di dimensione più generale, come il Servizio Sanitario Nazionale; in questo quadro, perciò, l'Educazione sanitaria va considerata come l'esito di un insieme di decisioni, processi organizzativi e performances operative che presiedono all'elaborazione ed alla trasmissione di messaggi inerenti la salute individuale e collettiva, nonché alla valutazione degli effetti di trasformazione ottenuti nella sfera degli atteggiamenti e dei comportamenti sociali.

In altri termini, la rilevanza organizzativa deriva all'Educazione sanitaria dall'essere un insieme di modelli e di messaggi che nella loro distribuzione e veicolazione richiedono la costruzione di una rete

apposita di recettori e di centri di nuova emissione, che ne rendono possibile la diffusione e conseguentemente la riproduzione.

Perciò, la dimensione organizzativa dell'Educazione sanitaria non va letta soltanto in funzione dell'organizzazione dei servizi, che stanno alle sue spalle, quanto piuttosto in relazione al rapporto che l'organizzazione stessa dei servizi ha con le domande di salute e di prevenzione dei rischi di malattia espresse dai soggetti a cui sono destinate le azioni di Educazione sanitaria; vanno altresì considerati gli effetti di cambiamento che lo sviluppo dell'Educazione sanitaria è in grado di produrre nell'ambito delle strategie più generali dell'organizzazione sanitaria Istituzionali e territoriali.

Sotto il profilo organizzativo si pongono in altri termini due temi di grande rilevanza:

* in primo luogo, la valutazione delle relazioni tra l'organizzazione sanitaria, rappresentata dalle sue funzioni informative e decisionali, ed il suo *ambiente* rappresentato dalle domande sociali di salute e di tutela assistenziale;

* in secondo luogo, la considerazione dei *processi di feedback* indotti dalle azioni di Educazione sanitaria sulle prestazioni quantitative e qualitative dell'organizzazione sanitaria.

Nel primo caso, poiché l'organizzazione sanitaria si trova ad operare in contesti di crescente turbolenza ambientale originata dal sovrapporsi ed intrecciarsi di domande sociali caratterizzate da diverse mediazioni simboliche e culturali, risulta particolarmente evidente il nesso che si viene a stabilire tra l'Educazione sanitaria (ed i suoi operatori) con i processi e gli strumenti con cui vengono strutturati i flussi informativi a contenuto sia epidemiologico che sociologico, nonché il rapporto tra l'Educazione sanitaria e gli obiettivi e le regole con cui vengono assunte le decisioni organizzative circa lo scambio comunicativo con la realtà esterna ¹⁵.

L'Educazione sanitaria in altri termini non si configura come una attività periferica ed accessoria dell'organizzazione sanitaria, ma piuttosto come una *strategia globale* capace di conferire continuità a processi spesso segmentati quali quelli dell'informazione e dell'organizzazione stessa.

Nel secondo caso si conferma la collocazione centrale dell'Educazione sanitaria nell'ambito delle funzioni informative, decisionali e gestionali della organizzazione sanitaria, poiché i mutamenti dell'ambiente di riferimento (a cui l'Educazione sanitaria tende prioritariamente) non sono irrilevanti per l'evoluzione delle decisioni e delle prestazioni della stessa. Da tale collocazione derivano alcune importanti conseguenze: una più intensa interattività tra più e

15. Cfr. Gherardi S., *Sociologia delle decisioni organizzative*. D Mulino, Bologna, 1985.

diversi sistemi organizzati.

Si possono meglio evidenziare gli effetti di ritorno dell'Educazione sanitaria ponendo attenzione ad alcuni aspetti dell'organizzazione sanitaria: le relazioni tra operatori ed utenti, l'integrazione più o meno sviluppata tra servizi ospedalieri e servizi territoriali, la comunicazione interprofessionale tra operatori medico-sanitari ed operatori sociali, la cooperazione tra servizi per la realizzazione di programmi comuni e di attività complementari.

In tale prospettiva deve perciò svilupparsi una *specificità riflessività* sociologica sulle potenzialità dell'Educazione sanitaria (e dei suoi operatori privilegiati), come strategia capace di interconnettere funzioni ed attività diverse nell'ambito della stessa organizzazione sanitaria (l'UsI in particolare) e perciò come fattore di cambiamento nei rapporti tra tale organizzazione e la rapida evoluzione del suo ambiente sociale; è solo, infatti, la costruzione consapevole di tali reti di relazioni (che soffrono peraltro sempre e comunque l'ambivalenza tra formalità e informalità) che rende possibile lo sviluppo e la diffusione della Educazione sanitaria come processo comunicativo e flusso informativo connesso alle funzioni di decisione strategica e di gestione dell'organizzazione sanitaria,

A tali aspetti occorre destinare una sistematica attenzione sotto il profilo analitico e critico, per evidenziare lo stato delle connessioni tra l'Educazione sanitaria e le modalità di trattamento delle informazioni e di assunzione delle decisioni nell'ambito dell'organizzazione sanitaria.

2.2.4 I nodi organizzativi e i problemi decisionali relativi all'Educazione sanitaria

La riflessione sull'Educazione sanitaria, anche sulla base delle considerazioni sopra esposte, evidenzia la centralità del rapporto tra Educazione sanitaria e possibilità di *mutamento organizzativo* delle strutture sanitarie entro cui essa si esplicita. Tale approccio comporta, a nostro avviso, il porre l'accento non solo sulle regole istituzionali di funzionamento della organizzazione sanitaria, ma anche l'intervenire nel merito delle *strategie* e delle *logiche di azione* degli attori sia decisionali che professionali dell'organizzazione stessa ¹⁶.

Da ciò la necessità di un approccio che intende non tanto misurarsi con la struttura dei vincoli istituzionali definiti quanto piuttosto sviluppare una conoscenza adeguata dell'incidenza che prassi e modelli organizzativi mutuati da altri ambiti operativi (il modello burocratico ad esempio) e professionali (lo specialismo spesso esasperato della pratica

16. Cfr. Bontadini P. (a cura di). *Manuale di organizzazione*. Isedi, Milano. 1978.

diagnostica e curativa della medicina) manifestano sull'efficacia delle azioni e del programmi di Educazione sanitaria.

Per muoversi in tale prospettiva di analisi è necessario, a nostro avviso, puntualizzare due aspetti: in primo luogo, i problemi derivanti alla performance dell'Educazione sanitaria dalla sua caratterizzazione come *un'intersezione* di più e diversificate unità organizzative (siano esse a dominanza burocratica o tecnico-professionale); in secondo luogo, gli effetti che le relazioni interorganizzative, attivate dalle 'interferenze' dell'Educazione sanitaria, producono sulla *dinamica di sviluppo* dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso.

Se quest'ultimo aspetto può portarci in un certo senso al di là del nostro oggetto di analisi, la disamina delle relazioni Interorganizzative dell'Educazione sanitaria risulta invece di primaria importanza, anche e soprattutto per affrontare in termini pratici i molteplici problemi che a tale proposito si possono ricorrentemente osservare nella realtà.

Infatti, la scelta degli obiettivi e del metodi di intervento nonché l'acquisizione delle risorse necessarie coinvolgono unità organizzative caratterizzate da strutture di decisione verticale che mal si conciliano con decisioni e strategie che implicano Invece una valorizzazione combinata e trasversale delle risorse conoscitive e tecniche proprie di ciascuna unità.

Anzi, proprio nel campo delle relazioni interorganizzative si possono osservare con maggiore frequenza le 'situazioni critiche' che rendono l'Educazione sanitaria un settore di decisioni incerte, con effetti deboli di visibilità e di influenza sulle strategie più generali dell'organizzazione sanitaria.

Una possibilità di situazione alternativa per tale settore di intervento è data dalla sua eventuale implementazione con l'acquisizione di media tecnologici avanzati e la capacità di sviluppare abilità comunicative ed organizzative nei confronti di targets specifici. Ciò potrebbe configurare l'area degli interventi di Educazione sanitaria come una unità organizzativa a sua volta autonoma e differenziata rispetto alle altre unità organizzative del sistema sanitario. L'autonomizzazione del settore si tradurrebbe inevitabilmente in una differenziazione organizzativa dell'intero sistema, ma anche In una crescita di complessità funzionale non sempre efficace sulle prestazioni e la redditività degli interventi da essa prodotti.

L'analisi, quindi, dell'assetto organizzativo dell'Educazione sanitaria deve svilupparsi all'interno di una sorta di *dilemma organizzativo* che si esplicita tra la sua caratterizzazione come funzione organizzativa che trae la sua legittimazione dalla *capacità di interferire* con le prestazioni ordinarie dei diversi servizi operativi delle Usl e la sua configurazione come un'unità *autonoma* corrispondente alla capacità di acquisire e controllare risorse e mezzi, strategie ed obiettivi, in una relazione di

complementarietà o di conflitto con le altre unità operative dell'organizzazione sanitaria.

L'analisi dei processi organizzativi incentrati sul ruolo che l'Educazione sanitaria ricopre all'interno delle Usl non potrà, perciò, non accentuare la sua attenzione sulle dinamiche sviluppate dalle relazioni interorganizzative a cui le azioni di Educazione sanitaria danno origine e, quindi, conseguentemente alle soluzioni date al dilemma sopra evidenziato, anche nei termini di un suo superamento; proprio tale possibilità assume un interesse prioritario per l'attività di ricerca che non limitandosi a descrivere la realtà in essere intende localizzare gli sviluppi che le criticità organizzative possono produrre nel senso dell'evoluzione dell'organizzazione sanitaria nell'insieme dei suoi rapporti tra le componenti interne e con l'ambiente esterno, rappresentato dai soggetti e dai fattori di strutturazione dei bisogni di salute individuale e collettiva.

2.3 L'Educazione sanitaria negli orientamenti della programmazione regionale

In precedenza abbiamo cercato di ripercorrere, se pur senza alcuna pretesa di esaustiva trattazione, le tappe più recenti dell'evoluzione del concetto di Educazione sanitaria e la sempre più stretta correlazione fra la nuova 'cultura della salute' e le strategie organizzative della pubblica amministrazione.

Di seguito si cercherà di vedere se questo dibattito teorico trova riscontro nella programmazione nazionale e regionale del nostro paese, quali forme assume in particolare sul piano dell'organizzazione interna ai servizi sanitari regionali, se e come si colloca rispetto ad un intervento diffuso di Educazione sanitaria.

Pare innanzitutto di poter dire che in questo primo decennio di sperimentazione del Ssn da parte delle regioni vi sia stata una costante attenzione per l'Educazione sanitaria, anche se non sempre si è passati dagli intendimenti a realizzazioni concrete; è comunque senz'altro aumentata la consapevolezza circa la centralità e la priorità dell'Educazione sanitaria come testimoniano le conferenze interregionali sul tema tenutesi in questi anni (Perugia 1981, Torino 1983, Trieste 1987). E infatti con l'avvio della programmazione sistematica voluta dalla «833» che si cerca di dare continuità alle esperienze di Educazione sanitaria che già in precedenza nei Consorzi socio-sanitari e negli uffici di igiene dei comuni avevano trovato nuclei di operatori sensibili.

La legge istitutiva del Ssn rappresenta senz'altro il punto di

partenza, assieme ai programmi per l'Europa dell'OMS. di un nuovo approccio al tema. non solo perché pone l'Educazione sanitaria come azione preliminare ed irrinunciabile per il raggiungimento di fini specifici, ma anche perché la colloca all'interno del sistema sanitario pubblico come processo diffuso ed attivo; basti ricordare l'art. 2 della «833» dove si afferma che è prioritaria «la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata Educazione sanitaria del cittadino e della comunità».

Un'ulteriore consapevolezza si è andata assumendo in questi anni circa l'impossibilità di cercare solo all'interno del settore sanitario le soluzioni ai molteplici problemi che interagiscono negativamente sullo stato di salute. E l'OMS stessa che con i 38 obiettivi del programma «Salute per tutti nel 2000» sottolinea questa visione, e con forza ripropone il tema della 'consapevolezza' dei cittadini quale unico modo per la validità di azioni di Educazione sanitaria. L'OMS-Europa a tal proposito suggerisce ai paesi membri: «per il 1990. tutti gli stati membri devono aver diffuso fra le popolazioni, mediante azioni educative appropriate, le conoscenze, i comportamenti e le motivazioni necessarie per l'acquisizione e la conservazione della salute».

La domanda che ci si è posti è dunque come queste sollecitazioni sono state recepite nelle leggi regionali, nei piani, nei programmi, ed ancora, con quali strumenti e risorse ci si propone di perseguire gli obiettivi dell'Educazione sanitaria a livello locale.

Non è nostra intenzione analizzare nel dettaglio gli strumenti della programmazione regionale in materia sanitaria, ma cercare riscontro dei temi che prima brevemente si richiamavano, in particolare:

-se l'Educazione sanitaria è percepita come un processo di cambiamento, innovativo dei comportamenti del singolo e della collettività;

-se l'Educazione sanitaria è vista come una dimensione inserita in un processo di rete. assieme ad altre istituzioni (ad esempio la scuola), e quale ruolo giocano in questo processo i soggetti sociali;

-se attualmente le risorse umane ed economiche sono già strutturate organizzativamente e a quale livello.

Restano in ombra alcuni temi importanti quali la valutazione degli effetti dell'Educazione sanitaria sulle modificazioni dei comportamenti (anche se cercheremo di vedere se nei piani questa è prevista), e le complesse tematiche della formazione del personale (è bene sottolineare che in alcune regioni - ad esempio in Umbria - l'Educazione sanitaria e la formazione professionale fanno capo ad un unico coordinamento); è opportuno comunque forse ricordare che finalità di questa ricerca è l'analisi dei processi organizzativi (in particolare dei Cses) attivati a supporto di azioni positive per il mantenimento e conseguimento della salute.

2.3.1 L'Educazione sanitaria nei Piani Socio-sanitari Regionali

Abbiamo preso in considerazione i Piani Sanitari o Socio-sanitari di 9 regioni (Valle d'Aosta. Piemonte. Veneto. Friuli-Venezia Giulia. Emilia-Romagna. Toscana. Umbria. Marche. Lombardia) e della Provincia autonoma di Bolzano. principalmente perché sono le realtà che già nel 1985 si erano dotate di un Piano Sanitario e rispetto alle quali esiste quindi la possibilità di un raffronto con atti di programmazione successivi.

L'ERESS ha condotto già nel 1987/88 una ricerca di valenza nazionale sul tema della «Programmazione Socio-Sanitaria» per conto del Ministero dell'Interno (Direzione Generale dei Servizi Civili). all'interno della quale si è analizzato, nell'ambito dei temi oggetto della programmazione regionale e della sua realizzazione locale, proprio quello dell'Educazione sanitaria.

Siamo dunque partiti nella nostra analisi anche da questa precedente ricerca per procedere alla lettura delle modificazioni intercorse in questi anni. Annotavamo allora come «data la complessità dell'intervento e la mancanza di un preciso modello di riferimento, le Regioni hanno strutturato l'Educazione sanitaria in modi tra loro non omogenei».

Proprio in tal senso, là dove se ne è avuta l'opportunità, si è cercato di valutare oltre agli strumenti di indirizzo (i Piani), anche delibere e circolari successive al 1985. in particolare per le regioni Toscana. Umbria e Veneto che hanno recentemente approvato modifiche o integrazioni ai Piani, e per la Regione Lombardia che ha deliberato un Piano ad hoc concernente direttive per la predisposizione ed attuazione di programmi di Educazione sanitaria e il riparto di contributi (del. n. IV/1806 del 20/12/1989).

Una prima osservazione positiva, per altro contenuta anche nella mozione finale della conferenza interregionale di Trieste del 1987. è che «il processo di sviluppo dell'Educazione sanitaria in Italia è in atto. quanto meno nella maggioranza delle regioni», e la centralità del tema è presente in tutti i Piani, pur con approfondimenti assai diversi; si va dalle enunciazioni di principio senza ulteriori specificazioni, a progetti articolati.

L'impostazione prevalente nella maggioranza delle regioni è in linea con la definizione di Educazione sanitaria rintracciabile nel glossario dell'OMS: «Educazione sanitaria è un termine usato per indicare le opportunità create in modo consapevole per fare imparare, e programmate allo scopo di facilitare cambiamenti comportamentali con un obiettivo predeterminato»; in alcune realtà si può rilevare una maggiore sottolineatura della funzione di 'informazione-convinzione' o

di 'attività informativa continua e programmata' sempre comunque nell'ambito di una visione di conservazione della salute e prevenzione dei fattori di rischio con minore enfasi sulla modifica dei comportamenti individuali.

Un'ulteriore osservazione si può far scaturire dall'analisi dei Piani disponibili all'85. non contraddetta dalla programmazione successiva; emerge infatti come l'attuazione dei programmi di Educazione sanitaria o la collocazione di coordinamenti e gruppi operativi che affrontano la materia sia spesso inserita negli articoli che fanno riferimento ai servizi di sanità pubblica (in particolare Igiene Pubblica).

Si può forse dire in tal senso che, pur in presenza di una concezione dell'Educazione sanitaria come processo diffuso, nei Piani Sanitari Regionali si riconferma una lettura della stessa come fortemente inserita di preferenza nei servizi che tradizionalmente hanno operato attorno all'Educazione sanitaria.

Questo non pare però in contraddizione con l'acquisizione generalizzata dell'Educazione sanitaria come processo diffuso, ma più come la continuazione di esperienze consolidate, ed a volte il campanello di allarme del non facile decollo della spesso richiamata funzione trasversale dell'Educazione sanitaria.

Questa visione trova però una conferma incoraggiante in un altro aspetto, che pure non prenderemo qui in considerazione, ma riteniamo giusto sottolineare: nella quasi totalità dei piani l'Educazione sanitaria è richiamata nei programmi di formazione e di aggiornamento del personale quale una prima capacità da acquisire ed approfondire.

Va sottolineato come nei Piani approvati dopo il 1985 o integrati anche alla luce della legge n. 595 dello stesso anno («Norme per la Programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario triennale 1986/88»). alcune regioni hanno previsto una specifica 'azione programmata' (secondo la definizione contenuta nella Legge citata) sull'Educazione sanitaria che, oltre ad indicare obiettivi, priorità e strategie, introduce ipotesi di organizzazione nuove, spesso frutto dell'esperienza maturata nei primi anni di applicazione della Riforma.

Ci pare che convenga mettere in evidenza queste caratteristiche esemplificandole, anche se forse correremo il rischio di un'eccessiva schematizzazione; nel capitolo precedente si è fatto riferimento a teorie di analisi organizzative, con particolare attenzione ai contributi di lettura delle pubbliche amministrazioni, con questo ulteriore passo vorremmo cogliere la realtà delle Usl in riferimento all'Educazione sanitaria e trarne poi, nelle conclusioni, delle indicazioni.

2.3.2 L'Educazione sanitaria e le risorse organizzative: il livello regionale

In seno al gruppo interregionale dell'Educazione sanitaria è maturato nel luglio '86. un interessante documento che aveva la finalità di formulare delle proposte per il Piano sanitario nazionale '87/'89; nell'ultima parte sono individuabili precise indicazioni circa gli adempimenti organizzativi ritenuti indispensabili per attivare al meglio gli interventi di Educazione sanitaria.

In particolare si afferma come «la realizzazione di un'adeguata struttura organizzativa con precisi referenti è un'esigenza fondamentale per consentire una reale efficacia operativa, nonché una premessa indispensabile per il conseguimento degli obiettivi generali e specifici»; questo concetto si articola poi nei vari livelli (nazionali, regionale e di Usl) prevedendo comunque l'individuazione di una struttura organizzativa che sia in grado di 'legare' i vari interventi all'interno del sistema sanitario, ma sia anche in grado di colloquiare con l'esterno, in particolare con il mondo della scuola.

Dal confronto fra le varie normative regionali emergono, per quanto attiene alle funzioni individuate e ai modelli operativi, alcuni dati comuni ed alcuni nodi problematici. Per quanto attiene alle funzioni del livello regionale le finalità comuni possono essere sintetizzate nelle seguenti:

- * coordinamento delle attività di Educazione sanitaria in riferimento agli obiettivi strategici (azioni progettuali, azioni programmate. Piani - mirati).

- * individuazione e coordinamento di iniziative sperimentali,

- * identificazione di modelli di valutazione degli interventi di Educazione sanitaria.

- * promozione e supporto di iniziative di formazione permanente, con particolare riferimento al versante metodologico.

- * riparto dei finanziamenti vincolati.

- * raccolta di documentazione relativa alle iniziative di Educazione sanitaria delle Usl.

Se queste schematicamente possono essere considerate le finalità comuni rintracciabili nelle normative regionali, si può evidenziare una maggiore difformità per quanto riguarda il livello di formalizzazione di uffici o coordinamenti centrali.

Due sono le tipologie riscontrabili: alcune regioni, fra le quali l'Umbria, la Toscana (in fase di definizione legislativa) e la Lombardia individuano a livello regionale un Ufficio o un Gruppo tecnico permanente, nei quali risulta sempre presente il rappresentante del Sovrintendente Scolastico regionale,

In altre regioni, pur essendo previsto un livello regionale con funzioni non dissimili dalle realtà prima descritte, non pare definito il livello organizzativo; si parla genericamente di ufficio o Coordinamento regionale senza specificarne la composizione in termini di personale e risorse.

Sempre a livello regionale sono previsti di norma due o tre organismi che affiancano la struttura descritta o meglio spesso ne sono l'origine in quanto sede del confronto culturale e scientifico sui temi dell'Educazione sanitaria, in particolare:

- *il gruppo tecnico o Coordinamento tecnico*, presente in quasi tutte le regioni con non rilevanti differenze, composto dai referenti delle Usl (di norma in rappresentanza delle realtà provinciali per le aree più grandi), da funzionari dell'assessorato alla sanità e spesso da rappresentanti degli assessorati sicurezza sociale e scuola.

- *il comitato tecnico-scientifico*, presente in modo particolarmente strutturato in Lombardia, composto da funzionari degli assessorati regionali alla sanità, sicurezza sociale, formazione, agricoltura, nonché dal dirigente del servizio tossicodipendenze ed alcolodipendenze, esperti di varie discipline, ed il sovrintendente scolastico.

- *il centro di documentazione o centro di riferimento* presente in tutte le realtà, di solito in raccordo con il Sendes della Regione Umbria, con la finalità di supportare le attività delle Usl oltre che di raccogliere la documentazione relativa alle iniziative.

2.3.3 Le risorse organizzative delle realtà decentrate: la molteplicità di soluzioni nelle Usl

Se per quanto riguarda il livello regionale le differenze organizzative sono più sfumate, man mano che si procede nell'articolazione territoriale le differenze fra soluzioni organizzative adottate dalle varie regioni nella programmazione delle attività di Educazione sanitaria aumentano, mettendo in evidenza in parte anche i diversi modelli a cui si è ispirata la programmazione.

Come già si è indicato in precedenza, tre sono i modelli a cui ricondurre il dibattito culturale sviluppatosi in questi anni, il modello cooperativo, il modello diffuso, il modello specialistico.

Volendo schematizzare si può dire che nessun Piano si rifa al modello specialistico in modo coerente, mentre sono presenti fino all'85. chiaramente distinti, gli altri due modelli; in seguito alle successive modificazioni intervenute o con provvedimento legislativo, ma più spesso con circolare, si è verificato un 'aggiustamento' delle iniziali

ipotesi organizzative, non negando la matrice ma introducendo variazioni a volte sostanziali.

Si può forse dire che allo stato attuale, nella maggioranza delle regioni prese in esame, si riscontra un tentativo di coniugazione dei due modelli, non abbandonando da un lato la visione dell'Educazione sanitaria «come funzione di tutti gli operatori che vengono in qualsiasi modo in contatto con la popolazione», ma salvaguardando al tempo stesso il necessario «coordinamento dell'orizzontalità delle sue funzioni» (Umbria).

Questo 'aggiustamento' di modelli sembra rispondere ad un'esigenza che attiene l'insieme delle strutture organizzative delle UU.SS.LL., ossia che più varianza e turbolenza esiste nell'ambiente, tanto più la struttura del sistema deve essere flessibile per privilegiare e promuovere le funzioni e la circolarità dei contributi professionali ¹⁷.

Non si vuole in questo capitolo concettualizzare i diversi approcci, ma descrivere le caratteristiche delle varie soluzioni organizzative proposte; è parso però indispensabile richiamare a larghe linee i modelli teorici esaminati diffusamente in precedenza per valutare l'evoluzione intervenuta alla luce dell'esperienza di questo decennio.

Si è cercato in primo luogo di evidenziare le funzioni in materia di Educazione sanitaria affidate alle Usl e positivamente si è riscontrato che coincidono, se pur enunciate in modo diverso nella forma e nell'ordine, con quelle elencate nel documento del gruppo interregionale del luglio 1986; nello specifico sono sintetizzabili nelle seguenti:

- * individuazione dei problemi di salute e definizione dell'area di intervento e dei destinatari.

- * definizione degli obiettivi educativi e dei relativi metodi e strumenti di valutazione.

- * integrazione, collegamento e coordinamento di tutti i servizi che svolgono attività di Educazione sanitaria;

- * promozione, in particolare nei distretti sanitari di base, dell'Educazione sanitaria.

- * collaborazione con le istituzioni educative.

In tutti i Piani l'Ufficio di direzione è identificato come il punto di riferimento della programmazione e verifica dei programmi di Educazione sanitaria: ciò conferma la 'vocazione trasversale' dell'Educazione sanitaria stessa.

Assai dissimili sono invece le strutture organizzative che nell'ambito dell'Usl hanno il compito di perseguire gli obiettivi prima descritti.

Nell'ambito della complessa articolazione dell'Usl in servizi, dipartimenti ed uffici, l'Educazione sanitaria si colloca in modo assai vario; abbiamo cercato quindi di identificare e sintetizzare in quattro

17. Carbonaro A. «Collegialità e gerarchie nella Usl». Salute e territorio n. 46/47. La Nuova Italia Editrice. 1986.

punti le diverse realtà organizzative che sono peculiari di alcune esperienze regionali, senza nessuna pretesa di analizzare compiutamente tali modelli (questo richiederebbe approfondimenti di ricerca ben più ampi di quelli possibili in questo studio), ma rifacendoci unicamente a fonti legislative, circolari ed atti di indirizzo.

a. In alcune regioni (Piemonte. Veneto) è demandato alle Usl la **nomina di un referente** identificato in un operatore (nel Veneto preferibilmente medico), a cui affidare il preciso compito di coordinare gli interventi del distretto, curare il collegamento con il livello regionale, e di realizzare un nucleo operativo non meglio definito; la preoccupazione maggiore nei Piani che scelgono questa modalità organizzativa sembra essere quella di «evitare rigorosamente la creazione di appositi uffici».

b. In altre regioni si è scelta la strada dell'identificazione di un apposito **settore per l'Educazione sanitaria e la formazione del personale**; in particolare le Marche e l'Umbria hanno legato anche a livello di Usl queste due aree.

Nello specifico le Marche prevedono un apposito settore all'interno del «Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, dell'Ambiente e dell'Alimentazione, Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro. Educazione sanitaria della Popolazione e Formazione degli Operatori Sanitaria»

Le finalità principali sono identificate nella promozione, predisposizione ed attuazione di programmi di Educazione sanitaria, con particolare attenzione, oltre che alla scuola, ai medici di base. Come dotazione minima di personale è prevista una figura di laureato con specifica competenza nel settore dell'Educazione sanitaria e nella formazione del personale.

Per quanto riguarda l'Umbria ci troviamo in presenza di un modello organizzativo già in funzione dall'83 (delibera G.R. n. 2574 del 10\5\1983). e che prevede a livello di Usl la realizzazione di una «Sezione per l'Educazione sanitaria» inserita nell'area delle funzioni centrali all'interno del «Settore Formazione del Personale ed Educazione sanitaria». Le funzioni attribuite coincidono totalmente con quelle generali prima richiamate; vi è forse da aggiungere una particolare attenzione per la raccolta di documentazione.

Non va dimenticato a questo proposito che la Regione Umbria, d'intesa con l'Università di Perugia, ha da anni attivato il Sendes (Servizio nazionale per l'Educazione sanitaria) quale strumento di raccolta di documentazione.

Per ogni Usl è prevista una dotazione di personale, preferibilmente a tempo pieno, composta da un responsabile, due operatori socio-sanitari, un amministrativo. Il collegamento con i distretti di base è garantito da un 'Gruppo di Lavoro' composto dai membri della sezione e

da un operatore designato da ogni distretto.

Nella proposta di Piano 1989-91. l'Educazione sanitaria, sempre collocata a livello di 'azione trasversale' prevede tre linee progettuali aventi per oggetto:

- * supporti alle azioni progettuali
- * Educazione sanitaria e scuola
- * Educazione sanitaria e mass-media.

Tutti e tre i punti vedono articolazioni di responsabilità e di impegni operativi che coinvolgono anche l'Usl.

c. In altre Regioni si stanno introducendo modifiche rispetto al modello sperimentato; in particolare la Toscana, con la L.r. n.70 del '84 disegnava per l'Usl un'organizzazione nella quale si indicava un 'referente per l'Educazione sanitaria' coincidente con il responsabile del Servizio delle Attività Sanitarie Distrettuali che, d'intesa con la medicina di base (rappresentante dei medici del comitato consultivo ex art. 8 DPR 13/8/81) e la rappresentanza delle farmacie pubbliche e private. predisponesse un programma annuale di Educazione sanitaria,

Attualmente è in discussione la modifica della legge e già con provvedimenti legislativi approvati si sta designando un mutato quadro organizzativo; in particolare pare si vada verso la **costituzione di un ufficio per l'Educazione sanitaria** per ogni Usl dotato di personale a tempo pieno; per le Usl di serie A (con popolazione inferiore ai 65.000 abitanti) sono previste due persone, per le Usl di serie B (popolazione non superiore al 150.000 abitanti) tre persone, per le Usl di serie C (capoluoghi di provincia e con popolazione superiore a 150.000 abitanti) quattro persone.

d. Alcune realtà regionali come l'Emilia-Romagna e la Lombardia hanno scelto la strada di formare un **Coordinamento (Cses) o un gruppo di lavoro permanente per l'Educazione sanitaria**, composto da un referente/animatore per ognuno dei servizi dell'Usl incaricati formalmente dal Comitato di Gestione su indicazione dell'Ufficio di Direzione.

Le funzioni disegnate e gli strumenti individuati sono assai simili: in entrambi i casi si afferma che tale organismo deve disporre di supporti amministrativi e tecnici (non quantificando specificatamente).

E' previsto espressamente un «livello organizzativo provinciale» o «sovrazonale» che rappresenta la sede di coordinamento delle varie programmazioni locali, delle verifiche su scala provinciale delle iniziative, e che intrattiene rapporti con il livello organizzativo regionale.

Volendo trarre alcune indicazioni generali dall'analisi dei diversi modelli organizzativi adottati dalle Regioni si può dire che essi rispecchiano più in generale le scelte programmatiche operate dai vari Piani Sanitari Regionali circa l'articolazione delle Usl in base alla «833». Si possono infatti evidenziare due caratteristiche di fondo:

-alcune regioni coinvolgono, in primo luogo, i distretti per dar vita a nuclei che si muovono attorno le tematiche dell'Educazione sanitaria;

-alcune regioni coinvolgono invece i servizi per costituire gruppi di coordinamento trasversali.

Questa osservazione meriterebbe ulteriori approfondimenti: infatti ci troviamo ad indagare attorno ad una delle funzioni dell'Usl che maggiormente risente delle scelte generali di programmazione per la sua indiscussa trasversalità, e che coinvolge tutti i servizi.

Vi sono alcuni nodi più specifici che di seguito cercheremo di sottolineare; in primo luogo va detto come in tutti i Piani si fa sempre riferimento *alla specifica professionalità ed esperienza nel settore dell'Educazione sanitaria e della formazione* come elemento guida per l'indicazione e la scelta degli operatori chiamati ai vari livelli di responsabilità.

Ancora una volta si riconosce che l'Educazione sanitaria è processo diffuso e compito di ogni operatore socio-sanitario, ma si rende anche evidente l'esigenza di disporre di tutte le energie e le competenze (anche specialistiche) necessarie a programmare ed attuare iniziative di Educazione sanitaria. E richiesta proprio perché trattasi di un processo educativo e modificativo dei comportamenti, una metodologia precisa ed una capacità di leggere i bisogni e le caratteristiche dei destinatari e l'adeguatezza dei messaggi che non è e forse non può essere patrimonio generalizzato, e che va comunque sostenuto da un forte impegno formativo.

Altro dato comune da considerare è la sottolineatura della necessità di uno stretto rapporto con il mondo della scuola.

In tutti i Piani è previsto un rapporto privilegiato e continuo con i Provveditorati scolastici nei momenti di programmazione: nella scuola l'Educazione sanitaria è infatti entrata ufficialmente a far parte del programmi della scuola elementare con la legge n. 104 del 12\2\85 e di quelli delle scuole medie inferiori con la legge n. 348 del 1987 e il DM del 9\2\79.

L'Istituzione scolastica supporta di norma queste attività con uffici provinciali per l'Educazione sanitaria che provvedono all'aggiornamento degli insegnanti, e che intrattengono rapporti con gli organismi dell'Usl.

2.3.4 Alcuni nodi *problematici*

Da questa breve panoramica attorno i diversi modelli organizzativi e programmatori attivati nelle varie regioni restano esclusi alcuni nodi problematici che trovano spesso esplicitazione nei resoconti dell'attività

e nelle premesse dei Piani, o che emergono dalla lettura delle relazioni sanitarie annuali; molto sinteticamente vorremmo annotare tali problematiche rinviandone l'approfondimento ad altre parti del presente rapporto:

- * nella quasi totalità dei modelli adottati emerge spesso il delicato problema dell'equilibrio fra i servizi e i coordinamenti o sezioni centrali;
- * il problema della valutazione degli interventi, sia delle singole azioni che dei programmi di più ampio respiro trova scarso spazio negli atti presi in considerazione; alcuni Piani prevedono una relazione annuale triennale oggetto di discussione dell'Ufficio di Direzione. ma è difficile trovare traccia di metodologie, o di processi attivati a questo fine;
- * il nodo del rapporto con i momenti di aggregazione della gente, con il volontariato, le organizzazioni di massa, le categorie sociali è forse per la natura stessa del problema, individuato con genericità; alcuni Piani prevedono sedi di coinvolgimento distrettuale della popolazione e la presentazione pubblica del programma annuale. ma il mandato è genericamente affidato a tutta l'Usl non meglio definita ;
- * emerge una forte esigenza di formazione multidisciplinare;
- *il nodo del rapporto con i media, in particolare per «intervenire tempestivamente nei fenomeni di formazione e orientamento della popolazione pare molto sentito; si tratta di norma di un impegno riservato al livelli regionali, ma che alcuni Piani (Umbria) indicano anche quale compito dell'Usl, attraverso l'utilizzo mirato di emittenze locali parlate e scritte.

3. L'EDUCAZIONE SANITARIA NELL'ESPERIENZA DEI CSES: UN'INDAGINE SULLE USL DELL'EMILIA-ROMAGNA

3.1 Aspetti metodologici

L'indagine ha avuto il compito di acquisire gli elementi informativi e valutativi essenziali per individuare i problemi nodali nello sviluppo di un modello e di un'esperienza, quella dei Cses, che rappresenta un'innovazione significativa - non solo nell'Emilia-Romagna - nel modo di impostare l'organizzazione di tale funzione all'interno delle Usl.

Si è trattato perciò, da un lato di proporre una lettura analitica delle caratteristiche dei diversi Cses - l'individuazione della posizione da essi ricoperta nell'ambito della più generale organizzazione delle funzioni delle Usl, la ricostruzione delle relazioni tra organizzazione del Cses e le altre componenti delle strutture operative coinvolte nella gestione dell'Educazione sanitaria - e di selezionare i nodi su cui effettuare interventi di trasformazione e di sviluppo per l'ulteriore affermazione di tale funzione. Dall'altro, ci è parso necessario orientare l'indagine anche verso una valutazione del ruolo che l'educazione sanitaria in generale e di Cses in particolare vengono ad acquisire nell'ambito delle Usl in funzione della loro capacità di assumere una specifica caratterizzazione sociologica, comunicativa ed organizzativa.

La ricerca sulle strutture di coordinamento degli interventi di educazione sanitaria nelle Usl della Regione Emilia-Romagna (Cses) si è posta primariamente l'obiettivo di valutare la congruenza dei modelli organizzativi attivati per sviluppare le azioni finalizzate in questo campo con le strategie di prevenzione e di qualificazione degli interventi socio-sanitari.

In particolare proprio l'organizzazione delle risorse tecniche finanziarie e professionali adottata dal Cses negli ultimi anni, anche sulla base delle indicazioni del primo Piano sanitario regionale, nonché dei Piani attuativi dei programmi annuali di intervento, costituisce il nodo di cruciale interesse in cui si gioca, in una certa misura, il successo di un settore tradizionalmente deficitario delle politiche sanitarie; infatti, l'Educazione sanitaria si basa sulla funzione della prevenzione-educazione-partecipazione che in realtà risulta sempre più relegata al margine del sistema sanitario nel suo complesso. L'analisi dell'esperienza del Cses, con il necessario privilegiamento della dimensione organizzativa, non può certamente esaurirsi nell'osservazione dei meccanismi e delle regole di funzionamento di tali strutture, ma deve attivare una più generale riflessione sulle caratteristiche dell'Educazione sanitaria e sulla sua congruità a tradursi in una prassi organizzativa specifica come quella in cui gli Cses sono problematicamente impegnati.

In altri termini occorre interrogarsi, a nostro avviso, sulla configurazione dell'Educazione sanitaria in primo luogo come "processo comunicativo" e come "struttura di relazioni" di rete attiva all'interno di sistemi organizzativi già operanti e quindi permanentemente in tensione, sia nella dimensione interna che nei rapporti di scambio con l'ambiente esterno; in secondo luogo occorre approfondire le specificità dei processi organizzativi che l'esercizio delle azioni di Educazione sanitaria induce all'interno e dall'esterno delle Usl e/o di singoli servizi, con la contestuale considerazione del *feedback* che si producono nell'insieme delle prestazioni degli Cses.

La diversità delle esperienze e delle soluzioni riorganizzative adottate da tali strutture non rispecchia, infatti, soltanto il particolarismo delle decisioni amministrative delle Usl o il volontarismo espresso da leadership locali, quanto piuttosto la rilevanza che le azioni e i processi di Educazione sanitaria vengono ad assumere nei confronti della struttura organizzativa delle Usl. Ciò comporta, da un lato una valutazione di congruenza di tali processi rispetto alle strategie adottate dall'organizzazione sanitaria e quindi della capacità che le strutture operative delle Usl dimostrano di saper sviluppare, perseguendone gli obiettivi, dall'altro la considerazione attenta e sistematica delle possibilità di cambiamento organizzativo che l'attuazione delle azioni di Educazione sanitaria e dei loro processi sociali induce nelle strutture e nelle performances dei singoli servizi e dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso.

La costruzione del questionario per l'indagine ha, perciò, inteso esplicitare l'impostazione teorico-analitica sopra esposta, articolando la sua osservazione sul fenomeno indagato in tre dimensioni:

- quella *sociologica*, consistente nell'individuare le relazioni tra

l'organizzazione dell'UsI ed il suo ambiente, il tipo e l'intensità delle relazioni tra attori interni ed esterni all'organizzazione, i processi di conoscenza e di valutazione sociale che l'organizzazione del servizi è in grado di attivare e di sviluppare;

- quella *organizzativa*, incentrata sull'analisi dell'organizzazione degli interventi di Educazione sanitaria, della struttura dei rapporti tra operatori di tale funzione ed il sistema dei servizi dell'UsI, nonché sulle caratteristiche dei processi decisionali ed attuativi delle azioni di Educazione sanitaria;

- quella *comunicativa*, finalizzata ad esaminare da un lato la struttura comunicativa interdisciplinare ed interprofessionale vigente all'interno delle azioni di Educazione sanitaria, dall'altro le caratteristiche e le tipologie dei media e dei messaggi prodotti e diffusi con i programmi di Educazione sanitaria.

A tale articolazione contenutistica del questionario si accompagna una parte iniziale dedicata all'identificazione della struttura del Cses.

Tale struttura di coordinamento delle attività di Educazione sanitaria costituisce anzi l'oggetto di più immediata osservazione sia sotto il profilo sociologico che organizzativo, poiché le azioni di Educazione sanitaria trovano nel suo contesto gli attori tecnici e professionali della propria operatività.

Quindi, struttura organizzativa, media e processi comunicativi. prodotti e risultati dell'interazione tra Cses ed ambiente sono i referenti immediati di un'analisi dell'Educazione sanitaria, che non pretende di isolarla dal contesto operativo di appartenenza, ma anzi di favorire l'innesto profondo e stabile delle sue funzioni.

3.2 La rilevazione dei dati di ricerca

Le considerazioni che di seguito si presentano sono il frutto di una lettura trasversale dei questionari utilizzati per la ricerca di sfondo.

Come ricordato in precedenza lo strumento di rilevazione distribuito alle 41 UsI si proponeva la duplice finalità da un lato di raccogliere in modo quanto più uniforme e completo informazioni sulla struttura e le attività dei Cses. dall'altro quella di fornire una chiave di lettura del complesso della realtà utile anche ad identificare una decina di UsI che, in ragione delle caratteristiche rappresentative dell'insieme di esperienze in essere, sono state oggetto di un'analisi più approfondita con la realizzazione di dieci monografie.

Pur nella consapevolezza che lo strumento di rilevazione, proprio perché standardizzato per tutte le UsI, ha senz'altro perso parte delle

peculiarità, anche importanti, di una realtà così varia e complessa come quella dei Cses, siamo certi che la mole notevole di dati raccolti possa ragionevolmente rispondere alle finalità sopra richiamate.

Tutte le Usl hanno restituito la scheda, nella maggior parte dei casi questa è stata compilata per intero, mentre solo un quarto ha allegato gli atti amministrativi istitutivi del Cses (delibere del Comitato di Gestione e verbali dell'Ufficio di Direzione), e circa un terzo ha correlato la scheda con copia del programma di lavoro o con 'prodotti' delle iniziative di Educazione sanitaria (depliant, riviste, pubblicazioni a vario titolo, ecc...).

Nell'analisi delle schede si è operata un'aggregazione dei dati tale da individuare tre grandi aree di interesse che fornissero una prima risposta, se pur parziale vista la natura stessa dello strumento questionario, al seguenti quesiti:

- * se e come si è strutturato il Cses;
- * in rapporto con chi lavora, e su che temi ha indirizzato la propria attività;
- * come e con quali vincoli opera.

Si tratta di un'analisi utile, nelle intenzioni, a chiarire da un lato il modello o i modelli organizzativi operanti, anche al fine di poter confrontare l'esperienza emiliana con quella di altre realtà regionali italiane che hanno attivato a vari livelli organismi deputati ad intervenire a promozione e sostegno dell'Educazione sanitaria; dall'altro ad individuare i contenuti, i percorsi della programmazione degli interventi e i destinatari degli stessi; ciò anche al fine di 'leggere' l'organizzazione alla luce delle tre dimensioni prima richiamate (sociologica, organizzativa, comunicativa) e nel contesto degli obiettivi che la Regione da un lato e la singola realtà dall'altro hanno individuato.

Al fine di visualizzare la lettura delle risultanze del questionari si sono predisposte tabelle riassuntive proposte in allegato a supporto di una parte delle considerazioni che seguono.

3.2.1 Organizzazione e prestazione dei Cses

Dal questionario è stato possibile ricavare molte indicazioni circa il grado di 'strutturazione' dei Cses.

Un primo elemento che emerge è che in tutte le 41 Usl, il Cses è stato costituito fra l'inizio dell'84 e la fine dell'88, solo in tre casi la data di avvio si fa risalire a prima ('81-'83). considerando in sostanza il Cses come una continuazione, a volte non ulteriormente formalizzata, della

commissione prevista dalla circolare 26/1981 dell'Assessorato alla Sanità.

La reale data di avvio si discosta in genere di pochi mesi dalla decisione formale, tranne rare eccezioni (due Usl), nelle quali a una deliberazione tempestiva non corrisponde un avvio dell'attività del Cses.

Il grado di 'ufficializzazione' è elevato: in 35 Usl la costituzione del Cses è stata deliberata dal Comitato di Gestione, e in altre 5 è stata attivata con decisione dell'Ufficio di Direzione; a questa disponibilità dei massimi livelli politici e tecnici dell'Usl a formalizzare il coordinamento dei servizi per l'Educazione sanitaria non sembra però corrispondere. almeno ad una prima lettura delle delibere, dei verbali e dei questionari stessi altrettanta disponibilità ad attribuire funzioni e possibilità concrete di svolgere le attività previste (monte ore, uffici, mezzi economici).

E' comunque da ricordare che l'analisi delle delibere e dei verbali è stata possibile solo per 11 Usl, non avendo le altre allegato atti amministrativi. Dalla documentazione raccolta emerge che circa la metà delle delibere prendono atto di proposte dell'Ufficio di Direzione, definendo nel contempo la composizione del Cses e il programma di attività, nell'altra metà l'individuazione dei componenti è demandata ai servizi, raramente è compresa l'indicazione del monte ore attribuito o la sede.

Nelle delibere si fa spesso riferimento alla 'disponibilità' come criterio per la scelta dei membri del Cses, sia che si richieda ai servizi di individuarne i componenti, sia che essi vengano già riportati nell'atto.

Questo trova riprova nel questionario là dove si è chiesto espressamente (dom. 7) di elencare i criteri prevalenti adottati per la scelta dei componenti del Cses: circa un terzo, ha utilizzato la casella 'altro' per specificare il criterio della disponibilità personale come quello maggiormente seguito. In seconda istanza l'effettiva rappresentatività del proprio servizio è stata la motivazione principale (9 Usl); spesso questi due criteri sono stati accoppiati, mentre in pochi casi a guidare la scelta dei componenti è stata la 'capacità operativa ed organizzativa', o la 'competenza professionale', queste due caratteristiche si trovano a volte accoppiate alla disponibilità.

Senza voler far discendere da questi dati considerazioni esaustive, pare di poter dire che questa prima fase di attuazione dei Cses è stata caratterizzata per quanto riguarda la composizione degli stessi, da una sorta di formalizzazione di disponibilità e capacità personali a vari livelli ed in vari modi espressi (viene riportato anche il caso dell'autocandidatura), che probabilmente risponde alla necessità di una particolare sensibilità verso il tema richiesto in una fase sperimentale come può essere considerata ancora quella attuale.

Negli approfondimenti monografici è stato oggetto di particolare

attenzione, quale indicatore del livello organizzativo raggiunto, il permanere o meno di questi criteri di scelta; infatti, il parametro della disponibilità se è certamente importante come motivazione individuale non è certo elemento di stabilità della struttura.

Il Secondo Piano Sanitario dà indicazioni circa la composizione dei Cses precisando che «i Cses sono costituiti da almeno un referente per ogni servizio socio-sanitario della Unità Sanitaria Locale e da un coordinatore formalmente incaricati dal C.diG. [...]»; a questo riguardo abbiamo diviso l'osservazione dei dati che riguardano il coordinatore da quelli che riguardano gli altri componenti dei Cses.

La varietà di composizione dei Cses sia in ragione del numero dei componenti che della rappresentanza dei servizi ci ha suggerito di registrare per esteso la composizione dei vari Cses, rilevando la professione, il servizio di appartenenza, la funzione svolta nello stesso e il monte ore impegnato da ciascun componente.

La composizione dei Cses dal punto di vista numerico è la più varia. Si va da un minimo di 2 operatori ad un massimo di 16; circa la metà delle Usl ha meno di 9 componenti, e le restanti sono comprese fra i 10 e 13 componenti.

In due momenti specifici del questionario ci si è proposti di rilevare la presenza o meno di operatori rappresentanti tutti i servizi, in un primo momento in modo formale, attraverso la descrizione della composizione del Cses, in un secondo momento in modo sostanziale invitando ad indicare quali servizi non erano stati adeguatamente rappresentati negli ultimi due anni.

Il confronto fra queste due risposte è assai interessante; in primo luogo va rilevato come nella maggioranza dei casi i servizi indicati come non rappresentati non abbiano effettivamente referenti nel Cses; si tratta in sostanza di una assenza a tutti gli effetti, non di uno scarso impegno; in particolare dove i Cses hanno dimensioni più ridotte, ma anche dove il numero dei componenti potrebbe far supporre una totale presenza dei servizi si hanno spesso invece più rappresentanti dello stesso servizio (il Materno Infantile è il più presente) e assenza di altri.

Fra i servizi giudicati 'più assenti' figurano in misura diversa tutti i servizi senza eccezione, ma è senz'altro il Simap a 'staccare' di larga misura gli altri, anche dove può contare su un componente formalmente indicato, seguito a maggior distanza dal Servizio Sociale e dal Servizio ospedaliero.

Un altro elemento certamente importante è quello riguardante il monte ore attribuito o comunque impegnato nell'attività del Cses: solo 5 Usl hanno distinto fra monte ore attribuito e monte ore impiegato. Ciò conferma quanto già in precedenza sottolineato, che seppur 'formalizzati', i Cses non godono nella maggior parte dei casi di un reale riconoscimento di impegno. Se si assommano le Usl che non hanno

risposto a tale quesito con quelle che hanno usato le formule 'non definito', 'non determinato', 'secondo necessità', risulta che la metà dei Cses non sono in grado o non ritengono di dover quantificare l'impegno orario dei propri componenti, prestato a favore dell'Educazione sanitaria.

Nell'altra metà risulta un'identificazione dell'impegno orario assai articolata; se si escludono le unità a tempo pieno (17 unità tecnico-amministrative) concentrate in 12 UsI, si rileva come il monte ore dedicato dai singoli componenti al Cses è in media di 2/3 ore settimanali.

Non crediamo che un'analisi dettagliata delle professioni presenti possa contribuire ad una migliore comprensione della struttura dei Cses. E' invece importante osservare che soltanto in pochi casi sono membri del Cses i capo-servizi. ma di questi quasi tutti (6) assumono la funzione di coordinatore,

All'interno delle varie province non si colgono particolari omogeneità circa la composizione e il livello di strutturazione, ogni realtà fa storia a sé.

Come in precedenza detto si è proceduto ad una lettura autonoma per quanto riguarda la figura del coordinatore, si è cercato in tal modo di raccogliere indicazione circostanziate circa il ruolo ricoperto da questo nell'ambito dello Cses.

Volendo tracciare (cfr. fig.1) una sorta di identikit professionale del coordinatore del Cses si può annotare che nel 65% dei casi si tratta di un medico, che ha di norma la qualifica di aiuto/coadiutore sanitario, e che in prevalenza appartiene al Servizio di Igiene Pubblica ed in numero minore allo Smiev.

Per quanto attiene il restante 40% esso si distribuisce equamente fra molteplici figure professionali (educatore, pedagogo, biologo, sociologo, psicologo, veterinario, e ASV).

I servizi che esprimono il maggior numero di coordinatori sono il Servizio di Igiene Pubblica e lo Smiev, solo un coordinatore appartiene al Servizio Sociale, uno al Servizio Ospedaliero ed uno al Simap; questo sembra confermare quanto già rilevato per la composizione dei Cses. e cioè che nel complesso questi ultimi due servizi sono scarsamente presenti.

Anche per i coordinatori particolare attenzione, quale indicatore del livello di strutturazione, è stata prestata all'indicazione dell'impegno orario profuso nell'attività del Cses.

Mentre solo in poche UsI si è rilevata una distinzione fra monte ore attribuito formalmente e impegno di fatto per i componenti del Cses. per quanto riguarda i coordinatori la situazione si presenta in parte diversa, infatti circa un terzo ha un monte ore ufficialmente riconosciuto, anche se solo 5 di questi sono a tempo pieno.

Risulta assai dissimile il monte ore impegnato (o perlomeno quello riportato nel questionari) e non sembra di poter cogliere motivazioni oggettive a questo situazione, non sono infatti le dimensioni dell'Usl (più o meno *grande*) né la composizione del Cses (altre figure a tempo pieno) a influire sulla definizione del monte ore del coordinatore, anzi pare quasi di poter dire che là dove è stato formalizzato il monte ore per l'intero Cses, qualunque siano le caratteristiche dell'Usl, anche per il coordinatore si è proceduto in modo più uniforme.

L'impegno orario si può quantificare da un minimo di 16 ore annue al tempo pieno, ma anche qui sono presenti varie dizioni del tipo 'non definito' e 'non formalizzato' che sottendono, come abbiamo avuto modo di appurare nelle riunioni dei coordinamenti provinciali, un impegno orario reale ma una difficoltà a procedere alla sua formalizzazione che discende, vuoi dalla non chiarezza o da difficoltà di rapporti con l'Ufficio di Direzione. vuoi dalle complesse dinamiche interne ai singoli servizi di appartenenza.

Confrontando i dati riguardanti il coordinatore con quelli dei componenti del Cses si rileva inoltre che nell'80% dei casi l'appartenenza del coordinatore ad un determinato servizio comporta anche la presenza di un altro operatore del medesimo servizio nel Cses, in alcuni casi più di uno.

Analizzando questo dato e ricollegandosi alla domanda prima formulata circa l'aderenza o meno dei Cses al modello proposto dalla Regione Emilia-Romagna, ossia alla presenza di un referente per ogni servizio, sembrerebbe non confermarsi compiuta la fase di 'costituzione'; infatti, in molti Cses non sono presenti tutti i servizi ed in molti di essi si verifica la paradossale situazione di una doppia o tripla rappresentanza di un solo servizio (in una UsI addirittura cinque). Ciò potrebbe comunque rispondere alle opportunità che «confluiscono nel Cses anche operatori con competenze specifiche in campo educativo» (cfr. *Contributi* n. 22 Regione Emilia Romagna).

Sono infatti i servizi che operano tradizionalmente di più nel campo dell'Educazione sanitaria come ad esempio il Smiev e l'Igiene Pubblica a moltiplicare spesso la loro presenza nel coordinamento anche se è indubbio, a nostro avviso, un effetto di trascinarsi della figura del coordinatore.

Tale effetto sembra anche determinante nella scelta della sede. coincidente nella maggioranza dei casi con la sede del servizio di appartenenza del coordinatore, e quando questa è diversa si colloca di preferenza presso la sede dell'Ufficio di Direzione o nella sede amministrativa dell'Usi, solo tre coordinamenti denunciano di non avere a disposizione una sede.

Uno degli elementi che ci è sembrato importante cogliere è la stabilità o meno del gruppo di operatori che costituiscono il Cses: si è

già detto dei servizi non adeguatamente rappresentati e si è cercato nel questionario con varie domande di appurare se ci siano state sostituzioni negli ultimi due anni e quali ne siano stati i motivi prevalenti.

E' rilevante constatare che tutte le Usl hanno registrato delle sostituzioni negli ultimi due anni, ed il motivo più frequentemente addotto è stato la mancanza di tempo, spesso associato al trasferimento o alla caduta di interesse. Senza voler forzare l'interpretazione di questo dato, sembra emergere una difficoltà a svolgere, come sarebbe nei desideri dei membri del Cses, il proprio impegno nel coordinamento ed in generale nell'attività di questo.

3.2.2 Con quali risorse e strumentazioni opera il Cses

Nello strumento di rilevazione varie domande hanno mirato ad acquisire informazioni circa l'operatività e la strumentazione a disposizione.

Uno dei primi elementi rilevati e che ci paiono importanti è la periodicità con la quale si riunisce il Cses (cfr. fig.2): il 39% ha scelto la dizione 'altre periodicità', senza specificare, per descrivere la cadenza di riunione del proprio coordinamento; la maggioranza degli altri Cses si riunisce una volta ogni uno o due mesi, tre una volta ogni 15 giorni, uno settimanalmente.

Il Secondo Piano Sanitario regionale prevede che i Cses procedano all'individuazione delle iniziative di Educazione sanitaria attraverso la stesura di un piano annuale e, per le iniziative di più lungo respiro, triennale; dal questionario si è rilevato che il 60% predispose tale piano (cfr. fig.3). L'approfondimento dei temi e delle modalità di realizzazione di questo strumento di programmazione ha trovato largo spazio negli approfondimenti monografici.

Un po' meno della metà dei Cses ha un proprio ufficio operativo e 12 Usl su 40 possono disporre di personale amministrativo e tecnico-organizzativo (complessivamente 17 unità, alcune part-time); non è dato capire dai questionari se una parte di queste figure fa anche parte del coordinamento come referente di un servizio. Solo tre hanno un proprio mezzo di informazione.

Le domande circa l'attrezzatura a disposizione del Cses per la propria attività non hanno richiesto una valutazione sulla loro adeguatezza, ci si è limitati ad elencarne alcune nell'intenzione proprio di cogliere una generica disponibilità: infatti il giudizio sull'adeguatezza dell'attrezzatura non può essere scisso da un'analisi congiunta del tipo

di interventi di Educazione sanitaria che si vogliono attivare. Ci limitiamo a registrare che nessuna Usl è sprovvista di attrezzature didattiche, documentazioni bibliografiche, audiovisive e grafiche.

Un'osservazione a parte merita il problema dei finanziamenti derivati del bilancio ordinario destinati alle iniziative di Educazione sanitaria (cfr. fig.4); a questo riguardo si è cercato di avere risposta a due quesiti:

* se esiste da parte delle Usl un impegno economico a carico del bilancio ordinario a favore dell'Educazione sanitaria;

* se e come il Cses è effettivamente coinvolto in una programmazione delle Iniziative di Educazione sanitaria tanto da essere uno degli interlocutori per la distribuzione di fondi.

La risposta al primo è che di regola poco meno del 50% delle Usl non distribuisce fondi del bilancio ordinario, che qualora lo faccia, ciò avviene a favore dei singoli servizi dopo avere sentito il parere del Cses (7 Usl); in soli 4 casi i fondi vengono destinati al Cses perché li ripartisca fra i servizi.

3.2.3 Ambiti di intervento e rapporti di collaborazione

Una delle domande poste all'inizio è stata su che temi ha incentrato la propria attività il Cses e in rapporto con chi ha sviluppato il proprio lavoro; abbiamo legato queste due variabili nell'intento di leggere da un lato i temi che hanno impegnato maggiormente in termini di tempo il Cses e dall'altro il grado di coinvolgimento di soggetti - istituzionali e non - che di norma viene attivato negli interventi.

Non si è proceduto ad un'analisi dettagliata delle iniziative e della metodologia seguite, sia perché il materiale allegato ai questionari compilati non è parso esaustivo, sia perché è nell'ambito degli approfondimenti monografici che sono state analizzate più compiutamente le fasi delle 'azioni' di Educazione sanitaria (programmazione, attuazione, valutazione).

Si è comunque rilevato come quasi tutte le Usl abbiano risposto compiutamente alle domande che riguardavano i temi trattati (cfr. fig.5. fig.6). Si può ragionevolmente ipotizzare che questo fornisca un quadro d'insieme, seppur sommario, delle tematiche maggiormente presenti nell'attività del Cses.

Tali temi anche se impegnativi per il Cses non necessariamente corrispondono ai più 'importanti' prodotti dell'Usl nell'ambito delle attività di Educazione sanitaria; vi sono infatti spesso iniziative che partono direttamente dai servizi senza il contributo o l'intermediazione metodologica del Cses.

Alcuni temi sono stato oggetto di specifici input regionali, infatti il Secondo Piano Sanitario regionale identifica fra le altre, quali aree di particolare interesse, quelle dell'igiene alimentare, igiene ambientale, sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro. Due sono dunque le chiavi di lettura che in questa prima fase si possono proporre rinviando ad una fase successiva più complessi approfondimenti:

* esistono temi comuni a tutta la realtà regionale che potremmo dire 'dominanti' dell'impegno del Cses;

* esistono temi che hanno caratterizzato il lavoro di aree provinciali in modo forte o comunque in modo diverso rispetto ad altre.

Esistono *effettivamente dei temi dominanti* (cfr. fig-7). in particolare il tema dell'educazione alimentare si colloca, per la quasi totalità delle Usl, fra quelli che hanno impegnato maggiormente i Cses, e quasi uguale interesse è rivolto ai temi della prevenzione degli incidenti domestici, con una minore propensione verso questo tema della Romagna.

Per altri temi non si può parlare di una rilevanza egualmente distribuita sul territorio: gli interventi per la prevenzione dell'Aids o del fumo si presentano diffusi a 'macchia di leopardo'.

Si può rilevare una maggiore attenzione in alcune province attorno a talune tematiche: emblematico il caso della prevenzione nei luoghi di lavoro che, nella provincia di Bologna e Ferrara, è più alta rispetto alle altre realtà, il tema della prevenzione dell'alcoolismo e della tossicodipendenza è maggiormente sentito nelle province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena.

E' da ricordare a questo proposito che oggetto dell'indagine è il ruolo del Cses nell'ambito dei processi di Educazione sanitaria, e non l'attività di tutta l'Usl in questo campo anche perché spesso iniziative di Educazione sanitaria partono direttamente dai servizi, in particolare attraverso i progetti-obiettivo, e non sempre il Cses è coinvolto.

A tale riguardo nel questionario dove si è cercato di chiarire se le iniziative scaturite dai progetti-obiettivo passano al vaglio del Cses. circa il 45% ha risposto che 'qualche volta' tali progetti vengono visti, ben 7 Usl non vengono mai interpellate, mentre un quarto del coordinamenti è preventivamente sempre chiamato a vagliare i progetti di Educazione sanitaria.

Nel delineare la fisionomia del Cses assume importanza cercare di individuare quali siano altri interlocutori operanti al di fuori dell'Usl che hanno rapporti occasionali o continui con il Cses.

A questo proposito nelle figg.7-8 è stata sintetizzata la frequenza dei rapporti con gli interlocutori istituzionali interni ed esterni all'Usl, le associazioni di massa e di utenti, gli organi d'informazione.

Dalla fig.7 emerge come i Cses abbiano rapporti frequenti e spesso formalizzati con il Coordinamento provinciale e seppur in misura minore con i Cses delle Usl limitrofe, a conferma dell'impressione ricavata

anche dalle riunioni fatte nella fase preparatoria: la sede provinciale è vista come sostegno reale alla programmazione e punto di confronto e verifica delle esperienze, con una sola eccezione, la provincia di Forlì, dove tutte le Usl hanno risposto che solo qualche volta intrattengono rapporti con il Coordinamento provinciale.

Il Coordinamento regionale è visto come un'entità con la quale i rapporti sono più saltuari o addirittura assenti.

Molto più varia e non riconducibile ad aree territoriali omogenee è la frequenza di relazioni con i Comuni e l'Amministrazione Provinciale.

Una particolare attenzione è riservata ai rapporti con il Distretto scolastico e il Provveditorato: in alcuni Cses vi è la presenza permanente di un rappresentante di questi enti. Per altro, come si è visto, la presenza di referenti del Smiev è forte e senz'altro questo favorisce il rapporto con il mondo della scuola, in questo perpetuando un'esperienza ormai ventennale di iniziative di Educazione sanitaria rivolte alla fascia 0-18 anni.

Nella fig.8 si è cercato di rappresentare quale sia la frequenza di rapporti con associazioni di utenti, volontariato e mass-media; l'impressione è che essa sia sporadica. Sono rare infatti le Usl che intrattengono spesso rapporti con gli organi di informazione, sia radio-video sia della carta stampata, e con il volontariato (solo due).

Molto basso è anche il livello di rapporti con i sindacati; per più della metà del Cses non si sono mai verificate occasioni di raccordo. Questo pare un elemento da approfondire anche in relazione all'impegno assorbito dal tema della prevenzione nei luoghi di lavoro che pur essendo fra i temi prioritari proposti dalla Regione Emilia-Romagna, non è fra quelli che maggiormente sembra impegnino attualmente il Cses.

Il tema dei rapporti con gli interlocutori esterni è assai complesso e delicato; nel modello organizzativo proposto dalla Regione Emilia-Romagna (cfr. *Contributi* n.22), mentre risulta abbastanza chiaro che la singola Usl si rapporta con il Coordinamento provinciale, è più sfumato il problema dei rapporti con il tessuto associativo, sindacale e produttivo del territorio di ciascuna realtà.

Si tratta senz'altro di un nodo di grande rilevanza che abbiamo cercato di approfondire nella stesura delle monografie, soprattutto per quanto riguarda i soggetti non istituzionali (ad esempio il volontariato) e la verifica dei rapporti che questi hanno con l'Usl.

3.2.4 Il Cses: come opera e come si 'percepisce'

Il questionario si è posto anche la finalità di raccogliere, oltre a dati misurabili, anche opinioni sul funzionamento del Cses e sui vincoli incontrati.

Quelle che di seguito si sviluppano sono alcune considerazioni su come il Cses opera e al contempo "legge" la propria funzione nell'ambito dell'Usl.

Non va dimenticato che il questionario per sua natura non ha potuto cogliere compiutamente l'opinione degli interlocutori coinvolti in questa ricerca, anche per la complessità dei livelli istituzionali che sono interessati ai temi dell'Educazione sanitaria. Si è cercato quindi di estrapolare alcune considerazioni generali.

Una delle prime domande a cui abbiamo cercato risposta è stata come si articola l'organizzazione del Cses al suo interno; nella quasi totalità delle Usl i Cses operano adottando uno stile di lavoro collegiale, solo 3 affermano di non muoversi in questo modo e specificano che il Cses si avvale di una 'giunta esecutiva'.

A questo proposito va sottolineato che in alcune delibere di costituzione dei Cses è esplicitamente previsto un 'nucleo operativo' o 'giunta operativa', di norma costituito di 2-3 unità: si tratta di una variante al modello organizzativo più largamente diffuso.

L'abitudine di costituire gruppi di lavoro permanenti è comune solo a 6 Usl, mentre molto più praticata è la prassi di istituire gruppi di lavoro ad hoc con operatori dei servizi non facenti parte del Cses ma di volta in volta coinvolti su tematiche specifiche.

Un dato che ci pare interessante legare a questa lettura del modo di operare al proprio interno del Cses è come esso si rapporta ai servizi, ed in particolare come persegue gli obiettivi di Educazione sanitaria previsti dal Piano sanitario regionale. A una prima lettura sembra di rilevare che il Cses non opera di regola come gruppo autonomo svincolato dai servizi: più del 60% afferma di non operare quasi mai così, solo in un caso questa modalità organizzativa costituisce la norma; vi sono però ben 8 Usl che scelgono la risposta intermedia, ossia di 'operare prevalentemente come gruppo autonomo'.

Senza voler in questa prima lettura dare delle interpretazioni, si può forse ipotizzare un certo isolamento del Cses nel contesto dell'Usl, che trova una conferma là dove alla domanda sui vincoli che maggiormente inibiscono l'attività del Cses, la maggioranza delle risposte sottolinea una scarsa collaborazione dei servizi ed un difficile coinvolgimento degli organi dell'Usl (cfr. fig.9).

Nella maggioranza delle Usl il Cses opera comunque in maniera congiunta con i servizi, più raramente di supporto alle attività di questi.

Così come abbiamo valutato separatamente i dati riguardanti il coordinatore ed i componenti del Cses. ugualmente abbiamo fatto per i compiti espletati dall'uno e dagli altri; non emergono rilevanti differenze fra i compiti del coordinatore e quelli dei membri del Cses per quanto attiene l'attività specifica di Educazione sanitaria, se non per la più modesta partecipazione del primo alla gestione operativa degli interventi.

Si registra, invece, una notevole differenza per quanto riguarda i rapporti con le figure istituzionali dell'UsI (Ufficio di Direzione. Comitato di Gestione. Coordinatore Sanitario); è infatti il coordinatore che si incontra con questi, quasi mai si verificano incontri collegiali.

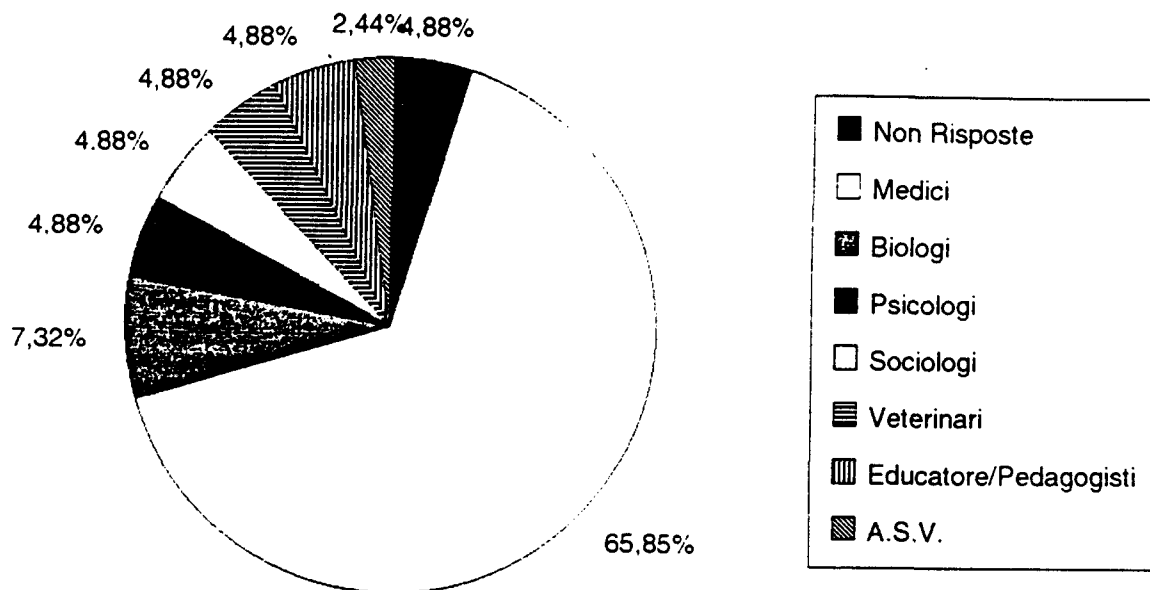
Ci pare interessante sottolineare come poco più del 50% dice di incontrarsi di norma attraverso il coordinatore con l'Ufficio di Direzione. ma come quasi il 70% afferma di non avere di norma incontri con il Coordinatore Sanitario, il Comitato di Gestione e i distretti; si tratta di una sorta di 'incomunicabilità' che emerge da vari indicatori.

Un'ultima considerazione va fatta a proposito dei vincoli che i Cses leggono come quelli che maggiormente influiscono negativamente sulla attività dello stesso (cfr. fig.9).

Già si diceva della scarsa collaborazione da parte dei servizi e degli organi dell'UsI, ma il vincolo che senz'altro è considerato di gran lunga il più pesante è 'la disomogenea considerazione del ruolo dell'Educazione sanitaria', certo non una novità, viste le difficoltà complessive incontrate dalle iniziative di Educazione sanitaria, in un sistema fortemente sbilanciato sugli interventi di diagnosi e cura anche nel dibattito generale.

Fig. 1 I COORDINATORI DEL CSES

PROFESSIONI DEI COORDINATORI



SERVIZIO DI APPARTENENZA DEI COORDINATORI

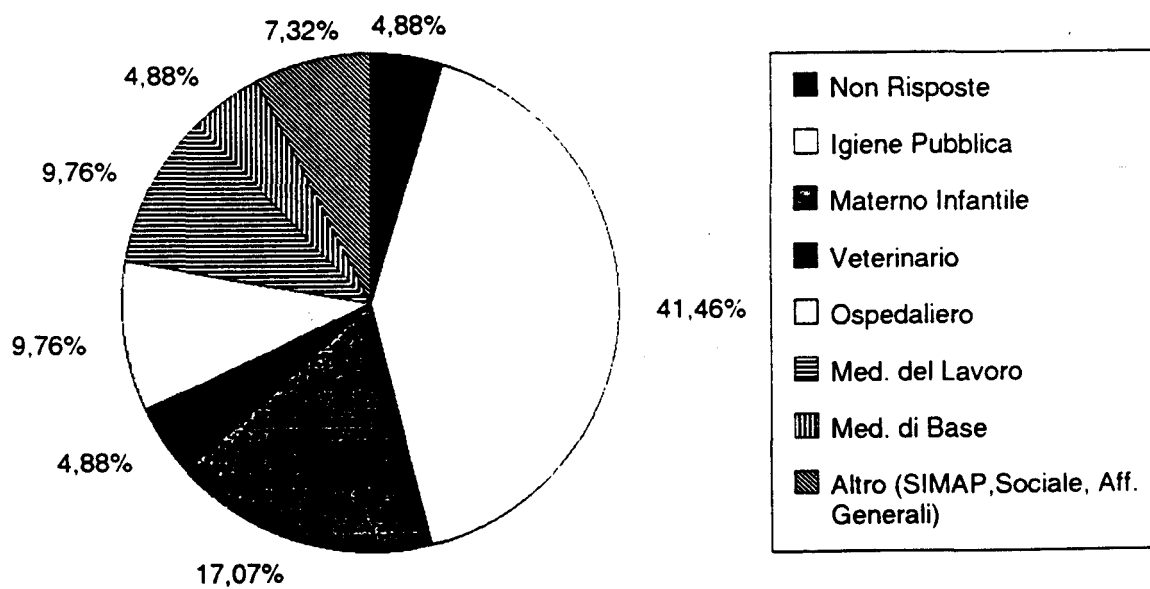


Fig. 1 bis I COORDINATORI DEL CSES

IMPEGNO ORARIO DEI COORDINATORI

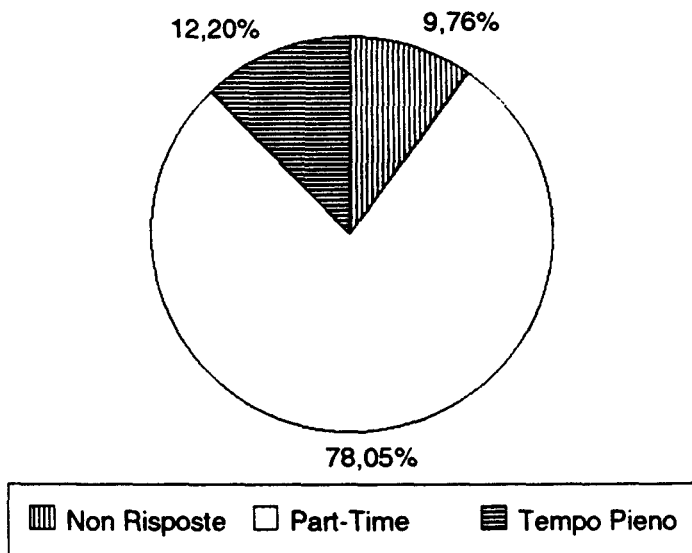


Fig. 2 PERIODICITÀ CON LA QUALE SI SVOLGONO LE RIUNIONI DEL CSES

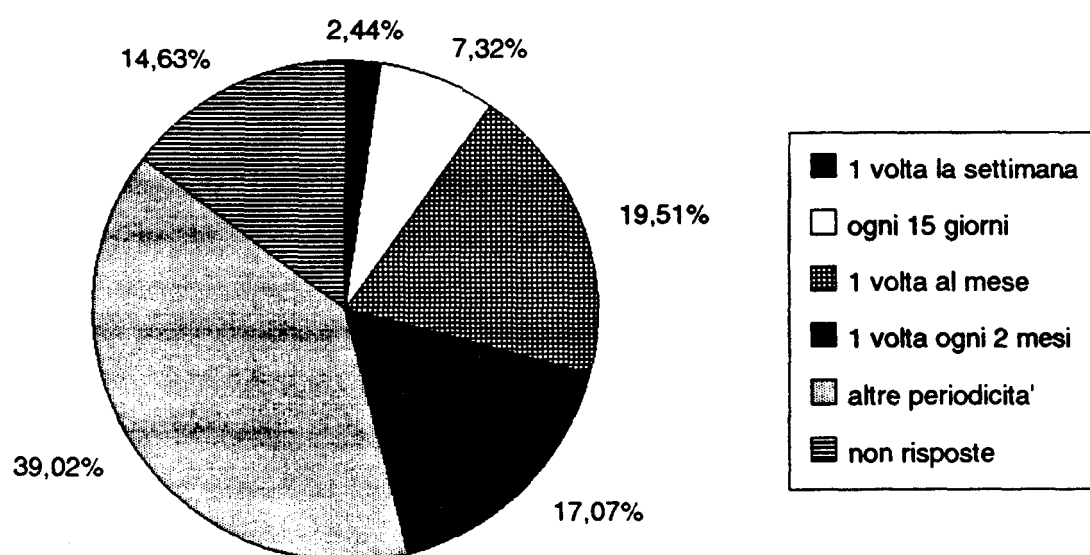


Fig. 3 FORMULAZIONE DEL PROGRAMMA (annuale o triennale)
DELL'ATTIVITÀ DEL CSES

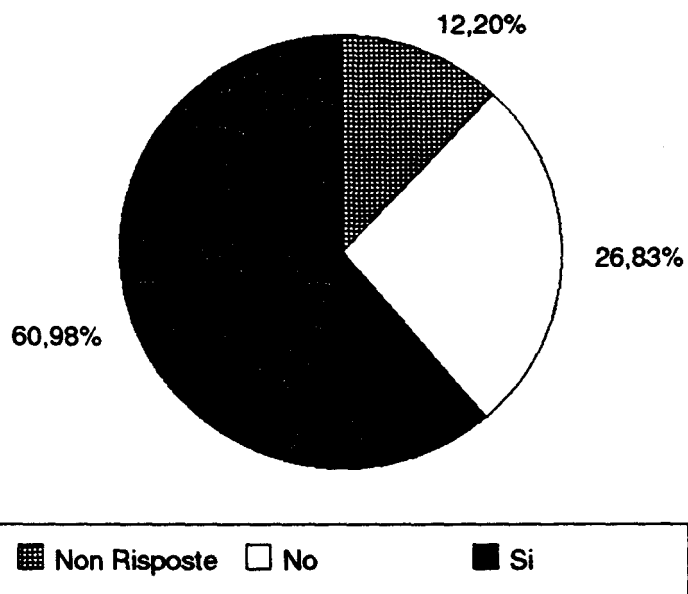


Fig. 4 FINANZIAMENTI DERIVATI DAL BILANCIO ORDINARIO DESTINATI CON REGOLARITÀ- ALLE INIZIATIVE DI EDUCAZIONE SANITARIA

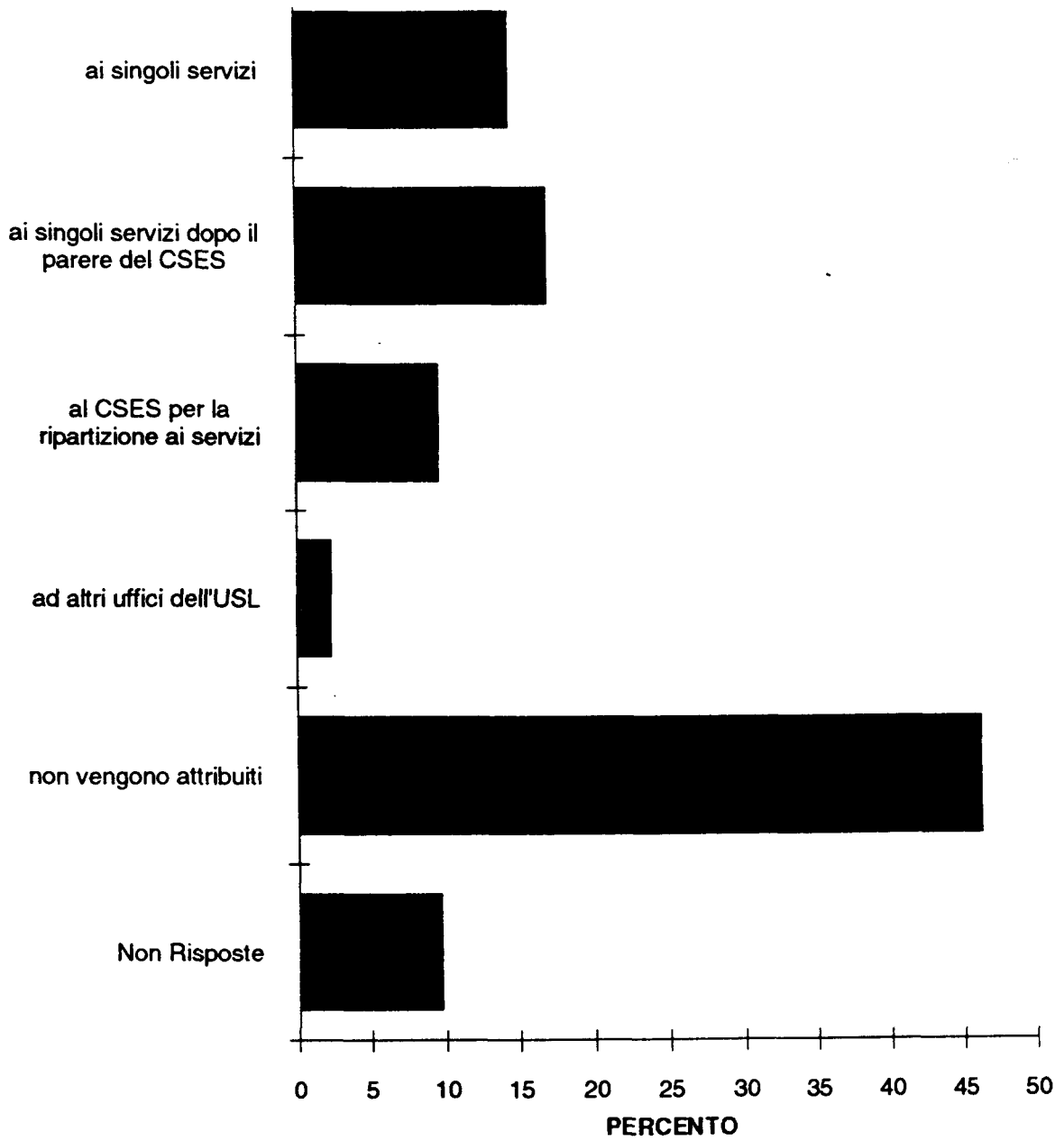


Fig. 5 AREE E TEMI CHE CARATTERIZZANO IL LAVORO DEL CSES (In riferimento al TEMPO speso In questa iniziativa)

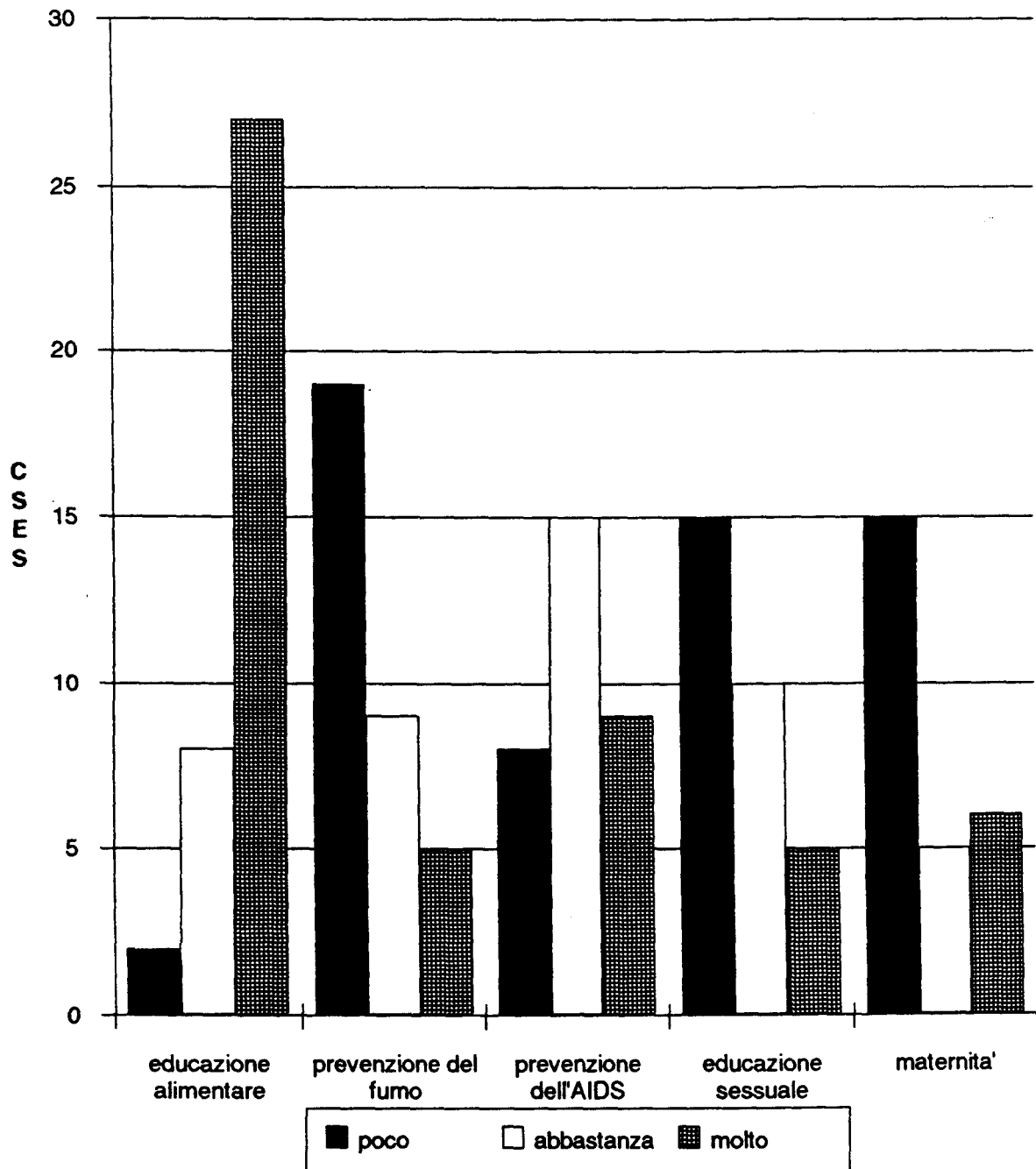


Fig. 6 AREE E TEMI CHE CARATTERIZZANO IL LAVORO DEL CSES (in riferimento al TEMPO speso in questa iniziativa)

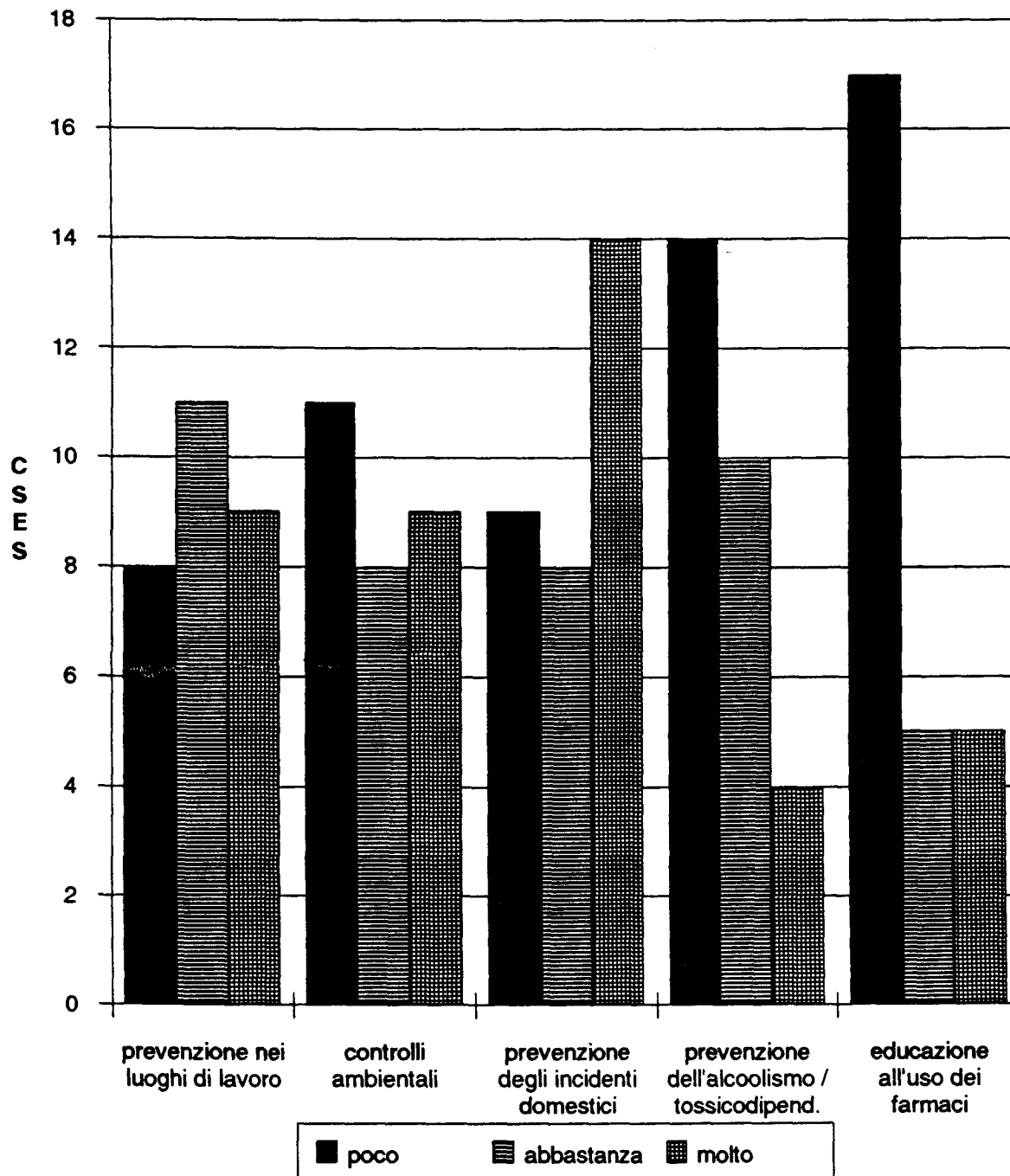


Fig. 7 FREQUENZA DEI RAPPORTI INTRATTENUTI DAL CSES CON INTERLOCUTORI ISTITUZIONALI

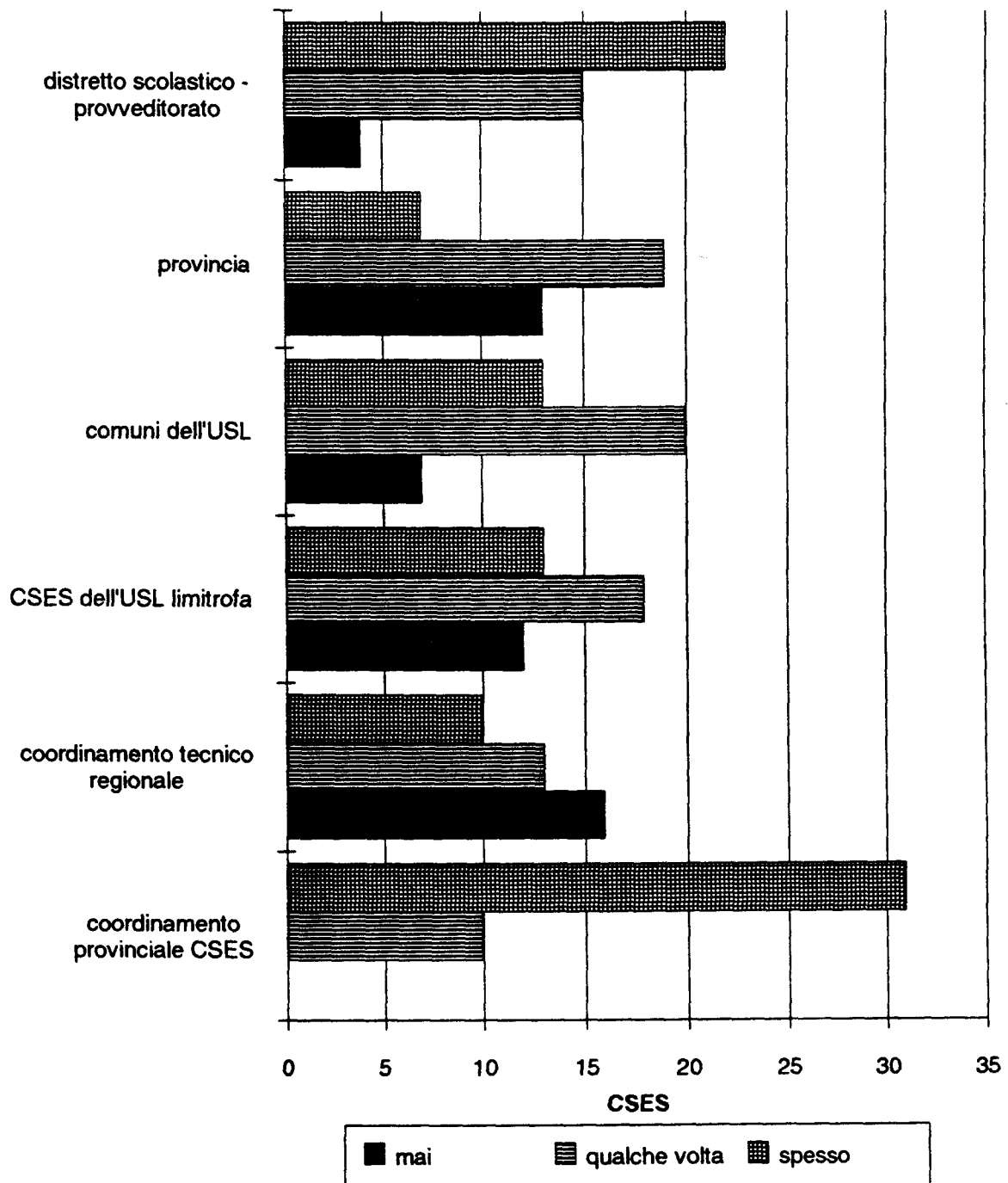


Fig. 8 FREQUENZA DEI RAPPORTI INTRATTENUTI DAL CSES CON INTERLOCUTORI NON ISTITUZIONALI

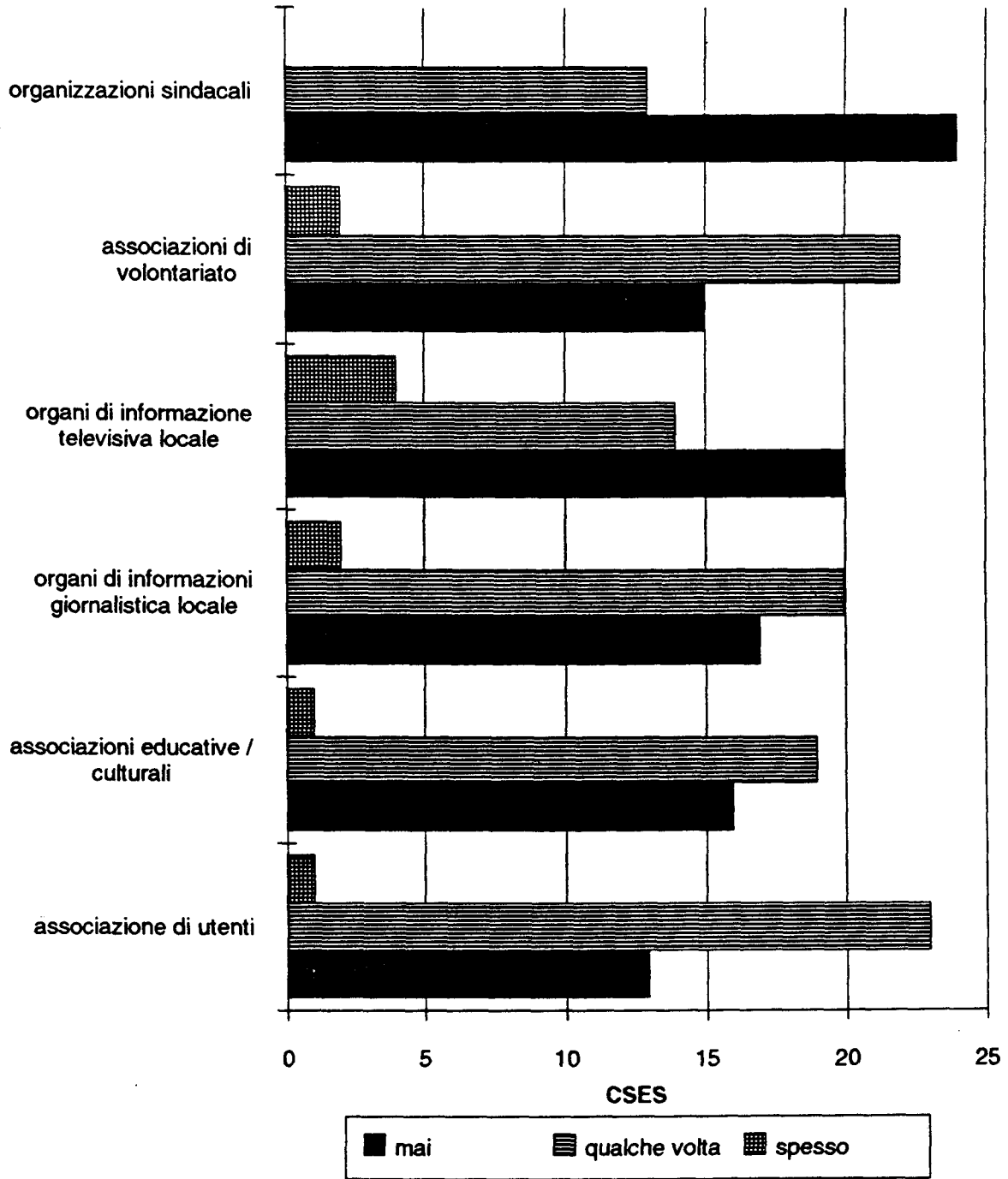
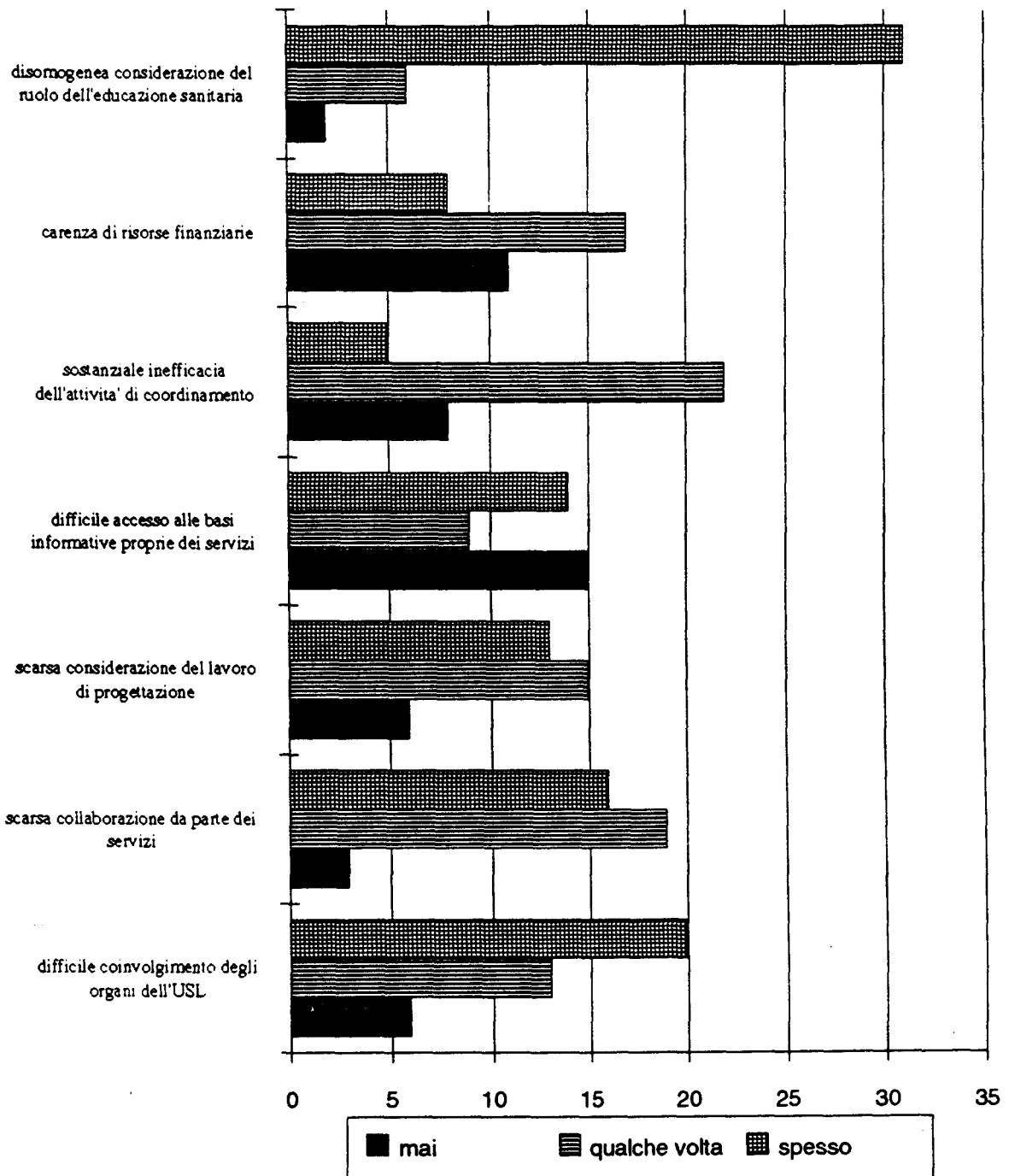


Fig. 9 VINCOLI INCONTRATI DAL CSES NELL'ESERCIZIO DELLE PROPRIE ATTIVITÀ



4. ALCUNI APPROFONDIMENTI DI RICERCA IN REALTA' PARTICOLARI: LO STUDIO MONOGRAFICO DI DIECI CASI

4.1 Criteri di scelta delle realtà analizzate

Nella prima parte di questa ricerca, attraverso la scheda di rivelazione, si sono raccolti dati circa la struttura organizzativa, le attività e il grado di formalizzazione dei Cses.

Obiettivo successivo è stato quello di analizzare i processi decisionali e programmatori attraverso i quali il Cses persegue i compiti ad esso assegnati.

Si era riservato a questa seconda fase il compito di individuare, con maggior puntualità di quanto fosse stato possibile fare attraverso le schede di rilevazione, quali fossero i protagonisti e le fasi del processo di programmazione, nonché le dinamiche organizzative attivate all'interno dell'Usl ed i rapporti stabiliti con le altre istituzioni ed i soggetti sociali coinvolti nei processi di Educazione sanitaria.

Si è trattato innanzitutto di individuare un *mix* di criteri secondo cui scegliere le Usl rappresentative delle diverse situazioni che si sono andate consolidando in Regione e delle diverse caratteristiche strutturali sotto vari profili: geografico, del tessuto economico/produttivo prevalente, della dimensione, del grado di concentrazione urbana o rurale, fatta salva l'opportunità di comprendere almeno un'Usl per provincia.

Si è tenuto conto delle dimensioni delle Usl, per quanto attiene sia alla popolazione, sia al territorio; si è cercato di analizzare anche casi in cui in futuro potrebbero porsi problemi di accorpamento con altre Usl (nel contesto di una ridefinizione territoriale, come ipotizzato da recenti

disegni di legge di riforma).

Si sono incluse inoltre realtà nelle quali non vi è struttura ospedaliera e dove il sistema mutualistico pre-riforma aveva scarsa presenza decentrata, che hanno quindi visto nascere il tessuto sanitario nel loro territorio a partire dal 1980, con i conseguenti problemi di avvio e radicamento, con i quali anche il Cses ha fatto i conti.

Tali criteri sono stati assunti tenendo anche conto delle risultanze della prima parte dell'indagine, in particolare per quello che riguarda l'aderenza o meno del vari Cses alle direttive regionali; come già sottolineato, il livello di realizzazione del modello proposto è assai disomogeneo, è parso dunque indispensabile cogliere anche quelle specificità che più se ne allontanano.

Ulteriore guida alla scelta sono stati poi particolari elementi caratterizzanti alcune esperienze: come un'ampia presenza di collaborazioni con l'esterno delle Usl, o una ulteriore articolazione organizzativa del Cses (gruppi operativi, comitati ristretti, ecc...).

Secondo le indicazioni sopra descritte sono state prescelte le seguenti dieci Usl:

- Usl n. 2 di Piacenza (della provincia di Piacenza);
- Usl n. 7 di Langhirano della provincia di Parma;
- Usl n. 12 di Scandiano della provincia di Reggio Emilia;
- Usl n. 13 di Castelnuovo ne' Monti della provincia di Reggio Emilia;
- Usl n. 16 di Modena (della provincia di Modena);
- Usl n. 26 di S. Giovanni in Persiceto della provincia di Bologna;
- Usl n. 27 di Bologna ovest (della provincia di Bologna);
- Usl n. 32 di Portomaggiore della provincia di Ferrara;
- Usl n. 35 di Ravenna (della provincia di Ravenna);
- Usl n. 39 di Cesena della provincia di Forlì.

In questo modo si sono analizzate:

- realtà del *territorio montano* (Castelnuovo ne' Monti) o parzialmente montano (Langhirano);
- realtà di *pianura* (Scandiano, S. Giovanni in Persiceto, Cesena, Portomaggiore) in cui prevalgono ora problemi propri del territori agricoli, ora problemi dell'industrializzazione diffusa attorno a centri di medie dimensioni con un modello caratteristico di altre parti della pianura padana;
- realtà in cui il *territorio urbano* è prevalente (le Usl dei capoluoghi di provincia come Piacenza, Modena, Bologna e Ravenna).

In ogni Usl sono state effettuate tre o quattro interviste semistrutturate anche a partire dalla conoscenza e dall'analisi del materiale raccolto per ciascuna di esse.

Gli operatori da intervistare sono stati identificati in base alle caratteristiche peculiari di ogni singola realtà, avendo cura di includere non più di un membro del Cses (in un caso soltanto si sono intervistati due operatori del coordinamento).

Sono stati intervistati, 33 operatori così suddivisi:

- 10 coordinatori del Cses;
- 6 coordinatori sanitari;
- 3 coordinatori amministrativi;
- 4 responsabili del Smiev (Servizio materno infantile dell'età evolutiva);
- 3 responsabili del Smpil (Servizio medicina preventiva e igiene del lavoro);
- 2 responsabili del Ss (Servizio sociale);
- 2 responsabili del Sip (Servizio Igiene pubblica);
- 1 capo sala didattica;
- 1 responsabile Scuola per educatori professionali;
- 1 membro del C.diG., delegato all'Educazione sanitaria.

Va sottolineato altresì che dei dieci coordinatori del Cses quattro sono anche responsabili di servizio, nello specifico due del Servizio di Igiene Pubblica, gli altri due rispettivamente del Servizio di Medicina del Lavoro e del Servizio Veterinario; mentre come è ovvio, i coordinatori sanitari sono tutti responsabili di servizio, nello specifico due del Simap, tre del Servizio Ospedaliero, uno del Smiev.

Nell'effettuare le interviste ad operatori che riassumevano in sé più ruoli di coordinamento e responsabilità, si è cercato di indagare con maggior attenzione le diverse funzioni ed interconnessioni che possono essersi realizzate fra i diversi compiti svolti.

Le interviste sono state completamente deregistrate e il materiale ottenuto è stato analizzato ed elaborato in modo da stendere una monografia. In ragione dell'assai disomogeneo grado di strutturazione dei Cses e dei modi di operare delle singole realtà si è ritenuto opportuno procedere ad una lettura trasversale delle monografie individuando alcune grandi problemi:

- come le Usl hanno interpretato il 'mandato' della Regione in merito alle quattro funzioni (programmazione, coordinamento, consulenza e valutazione) assegnate al Cses;
- qual'è la strumentazione attraverso la quale il Cses persegue i suoi obiettivi;
- quale il grado di collaborazione e interconnessione del Cses con le articolazioni territoriali dell'Usl (in specifico i distretti) e con il Coordinamento Provinciale;
- con quali modalità il Cses intrattiene rapporti con il suo ambiente pertinente, in particolare con i soggetti istituzionali (Comuni, Scuola...)

e con i movimenti e associazioni (sindacati) e il volontariato.

Si tratta di un'analisi utile per rendere più fruibile il materiale monografico e per mettere in evidenza le peculiarità di questa esperienza, i nodi problematici ed i temi principali, già in parte evidenziati nei capitoli precedenti e che trovano ampio riscontro in questa parte empirica.

4.2 L'avvio dell'esperienza dei Cses

L'avvio dell'esperienza del Cses, come si è visto precedentemente, ha seguito una serie di indicazioni regionali che, in vari momenti, sono andate via via definendo il modello infine recepito dal Secondo Piano sanitario regionale.

Anche nei casi studiati si è potuto perciò osservare una realizzazione 'incrementale' del modello a partire, in alcune situazioni, già dal 1981. I Cses hanno perciò raggiunto livelli di strutturazione di funzionamento diversi in relazione alla lunghezza del loro periodo di vita. Questo lento avvio ha inoltre consentito il prodursi e il perdurare di diverse e, a volte, non chiare concezioni del ruolo e delle funzioni stesse del Cses.

In molte Usl infatti, l'impostazione attuale del lavoro del Cses deve essere considerata alla luce degli orientamenti assunti nelle iniziali esperienze, connotate da un forte 'volontarismo' da parte, in primo luogo, dei coordinatori che, soprattutto nel periodo immediatamente successivo alla circolare n. 26, svolsero le funzioni di unici referenti per l'intera materia; in tre casi (nei dieci approfondimenti condotti) i coordinatori hanno mantenuto, poi, la loro funzione fino ad oggi; in questi stessi casi il coordinatore è a tutt'oggi identificato, soprattutto dall'esterno, come il 'referente', per l'Usl, dell'Educazione sanitaria.

La successiva attivazione di «gruppi di coordinamento)», in seguito denominati Cses, è avvenuta spesso in modo automatico, a ricaduta dalle indicazioni regionali, senza tematizzare e discutere le difficoltà di realizzare una soluzione organizzativa così complessa. In primo luogo non ci fu sufficiente consapevolezza del fatto che, per assolvere le funzioni e raggiungere gli obiettivi ad esso attribuiti, il Cses doveva sempre fronteggiare l'ambiente, cioè creare relazioni efficaci sia con gli ambienti interni (i servizi) all'Usl, che con ambienti esterni.

Una particolare attenzione a questo approccio pare sia stata posta in uno dei casi studiati, la Usl n. 27 di Bologna. Qui, dopo l'esperienza negativa e la breve vita di un primo «nucleo per l'Educazione sanitaria» nato a seguito della circolare n. 26, il Comitato di Gestione richiese (alla fine del 1984) all'Ufficio di Direzione di ricostituire il gruppo (secondo le

linee che nel frattempo la Regione aveva ulteriormente chiarito). A seguito di una delibera del Comitato di Gestione, a cui si pervenne pochi mesi dopo, il Cses cominciò ad operare scegliendo tuttavia un programma insieme di ricerca e intervento che costituisse un momento formativo e qualificante per l'intero Cses.

La complessità del mandato e del modello organizzativo del Cses, proposto dalla Regione, fece giudicare indispensabile innanzitutto che gli operatori ad esso aderenti e il Cses nel suo insieme, acquisissero consapevolezza circa il proprio ruolo: gli operatori dovevano perciò innanzitutto interrogarsi sul «chi siamo, cosa dobbiamo fare, a chi dobbiamo rapportarci, che cosa possiamo e dobbiamo chiedere».

A questo fine fu scelto di collegare la formazione con un lavoro di ricerca che consentisse a tutti la conoscenza di quei servizi a cui il Cses avrebbe dovuto essere di supporto tecnico: ciò fu realizzato attraverso una serie di interviste svolte dai componenti del Cses ai responsabili dei diversi servizi che costituirono un momento importante di comunicazione e di conoscenza reciproca.

Ciò consentì anche il censimento e l'analisi specifica di tutti i progetti di Educazione sanitaria già attivati dai servizi dell'Usi al fine di valutare quali fossero gli interventi che i servizi erano già pronti ad attivare.

Sulla base di questa ricerca fu anche individuato un primo programma, sull'Educazione alla sicurezza nei luoghi di vita, già realizzato per un piccolo territorio (il comune di Calderara che a quel tempo faceva capo all'Usi n. 27) da riproporre all'intera Usi, su cui poter misurare e sperimentare le possibilità di collaborazione di tutti gli operatori del territorio.

In questa fase di avvio, concepita innanzitutto come specifico momento formativo, ci si preoccupò di definire i rapporti tra Cses e servizi e tra ciascun referente e il suo servizio, così come tra Cses e Ufficio di Direzione. facendo derivare da questi due ordini di rapporti la definizione delle competenze.

L'esperienza positiva del Cses dell'Usi n. 27 e in particolare la buona conoscenza che i servizi hanno dell'attività del Cses, i rapporti frequenti tra Cses e servizi e anche tra Cses e Ufficio di Direzione, possono essere ancora considerati un frutto dell'impulso iniziale impresso dall'iniziativa precedentemente descritta che ha fortemente 'coinvolto' il Cses nell'Usi (nella intervista svolta nel caso di questa ricerca, il coordinatore sanitario ha ricordato, dopo anni, una precedente intervista svolta nell'ambito del progetto sopra descritto, ritenendola momento importante di conoscenza e collaborazione).

Altre Usi hanno tentato di supportare la fase d'avvio dei Cses con momenti di formazione rivolti all'intero gruppo dei referenti dei Cses o anche a più gruppi di Cses diversi. Gli operatori delle Usi della provincia

di Reggio Emilia hanno, ad esempio, partecipato ad un corso organizzato a livello provinciale principalmente incentrato sia sugli aspetti metodologici degli interventi di Educazione sanitaria con l'obiettivo di fornire la capacità di costruire progetti rispondenti agli effettivi bisogni sia sugli aspetti comunicativi che entrano in gioco in qualsiasi programma di Educazione sanitaria e che devono consentire l'utilizzo di canali comunicativi più adatti per le diverse fasce di destinatari. (I contenuti di questo corso, in molti aspetti hanno anticipato le scelte dell'Iniziativa che in seguito la Regione ha organizzato per tutti i Cses dell'Emilia-Romagna).

Queste iniziative tuttavia, così come i corsi che molti operatori di Cses hanno individualmente frequentato al Centro di Perugia, hanno certamente offerto agli operatori conoscenze e competenze specifiche in materia di Educazione sanitaria di cui alcuni operatori non disponevano, consentendo la creazione di una sorta di 'cultura interdisciplinare; esse hanno rafforzato i rapporti tra operatori interni al gruppo, favorendo la crescita di un linguaggio comune e la capacità di collaborare. Queste iniziative hanno agito positivamente sull'organizzazione interna del Cses, ma non sono forse riuscite ad orientare i rapporti tra il Cses e l'ambiente', rapporti che costituiscono l'elemento caratterizzante il Cses inteso come «risorsa organizzativa trasversale ai servizi e aperta all'esterno dell'Usi».

L'analisi dei diversi tempi e delle diverse modalità d'avvio delle esperienze del Cses ha posto in evidenza la difficoltà di compiere confronti e valutazioni sulla effettiva realizzazione degli obiettivi posti dalla Regione. E' infatti difficile confrontare esperienze avviate da anni, con esperienze il cui recente avvio ha tra l'altro coinciso con la fase di incertezza e di 'ripiegamento' vissuta da tutte le Usl.

A ciò si aggiungano le profonde diversità sia del contesto territoriale che della struttura organizzativa delle Usl: tali elementi hanno infatti determinato diversi modi di intendere le funzioni del Cses. Caso emblematico è quello della Usl n. 13 di Castelnuovo ne' Monti in cui si è avuta un'individuazione formale degli operatori del Cses, ma il Cses non è mai stato attivato, compiendo in questo una scelta esplicita, giustificata a parere degli operatori intervistati dalle caratteristiche dell'Usl. L'Usl n. 13 ha un territorio amplissimo, le singole sedi distrettuali distano anche più di un'ora di automobile, vi è una costante scarsità di personale con un alto *tum-over* ecc..., elementi questi che non hanno consentito l'attivazione di un ulteriore gruppo di lavoro. In questa realtà, tuttavia, si sono realizzati ugualmente interessanti interventi di Educazione sanitaria, supportati da un processo organizzativo e decisionale affidato maggiormente alla responsabilità dei servizi.

Pur tenendo conto delle difficoltà sopra illustrate, si può tentare un

confronto tra i casi studiati; gli elementi oggetto di analisi riguardano, in particolare, i rapporti tra Cses. servizi e organi dell'Usl in relazione allo svolgimento delle funzioni individuate nel modello proposto dalla Regione e i rapporti tra Cses e ambiente esterno, cioè con Istituzioni quali Scuola e Comuni, o altre realtà sociali quali volontariato, associazionismo, sindacati, ecc...

Ciò porta ad esaminare anche alcune variabili interne all'organizzazione del coordinamento: le risorse interne in termini di personale, strumentazione ecc... e le ulteriori articolazioni organizzative, sperimentate soprattutto per promuovere il rapporto con i servizi.

4.3 Rapporti tra il Cses e i servizi: funzioni di programmazione, coordinamento, consulenza, verifica/valutazione

La promozione dell'Educazione sanitaria richiede infatti che i diversi servizi dell'Usl e il Cses compiano una lettura globale dei bisogni del territorio, individuino obiettivi prioritari e comuni (programmazione), si scambino informazione e competenze (coordinamento e consulenza), valutino l'impatto della loro azione sulle conoscenze e sui comportamenti del cittadini (valutazione).

Si è innanzitutto analizzato come le diverse Usl abbiano interpretato le indicazioni regionali circa le quattro principali funzioni che la legislazione regionale individua come caratterizzanti il ruolo (o come qualcuno preferisce indicare, il 'mandato') del Cses come 'momento organizzativo trasversale' rispetto ai servizi:

- *la programmazione,*
- *il coordinamento.*
- *la consulenza.*
- *la valutazione.*

L'analisi delle quattro funzioni sopra indicate consente di affrontare quello che da tutti gli intervistati è stato individuato come il nodo fondamentale, il rapporto cioè tra Cses e Servizi.

4.3.2 Il rapporto tra Cses e servizi nell'ambito del processo programmatico.

Delle dieci realtà considerate in tre casi non sono stati predisposti ne piani annuali ne un piano triennale.

Alcuni Cses Invece hanno formulato piani triennali in passato: Langhirano, ad esempio, ha discusso in Ufficio di Direzione il primo piano triennale per l'Educazione sanitaria nel 1987.

Le altre UsI che, a seguito dell'approvazione del Secondo Piano Sanitario regionale per il triennio 1990-1992 (Legge Rep. n. 15/90), secondo le indicazioni dell'art. 8, hanno elaborato ed approvato programmi attuativi triennali per l'insieme delle loro competenze; nell'ambito di questa adempienza stanno formulando programmi attuativi anche in materia di Educazione sanitaria.

Tali programmi sono stati costruiti sulla base delle 'Note di orientamento per la predisposizione del programma attuativo delle UsI nel settore della prevenzione con particolare riferimento agli Allegati A1, A2, A3, A4' (del Piano Sanitario): tali note (messe a punto dalla Commissione Tecnica regionale per l'Educazione sanitaria) hanno fornito soprattutto un orientamento metodologico-organizzativo per la predisposizione dei programmi e la necessaria valutazione degli stessi a livello regionale; queste non ripropongono infatti gli *obiettivi* e le *azioni* definite dal Piano sanitario regionale in modo molto dettagliato e comunque suscettibili di integrazione sulla base delle diverse esigenze territoriali, ma piuttosto indicano alcuni parametri quantitativi e qualitativi.

Tali note richiedono di indicare nei piani la composizione dei Cses, nonché la soluzione prevista per l'attivazione di un supporto organizzativo permanente. Vengono poi indicati i seguenti criteri e metodi relativi alla realizzazione di specifici piani mirati:

- *«definizione delle aree tematiche di intervento prioritarie con individuazione dei problemi di salute dei destinatari;*
- *selezione degli obiettivi educativi previsti e scelta dei contenuti e dei metodi di comunicazione;*
- *definizione del numero degli operatori coinvolti e del personale di nuova dotazione necessario per la realizzazione dei progetti e consulenti;*
- *individuazione di strumentazione e di materiale informativo/divulgativo previsto;*
- *scelta di criteri di valutazione dei progetti*

La stesura di questi piani, come si è detto, era in corso al momento in cui sono state effettuate le interviste (molte UsI in precedenza avevano formulato piani a cadenza annuale e soltanto su sollecitazione del Piano sanitario regionale piani triennali).

Le scadenze burocratiche e la relativa novità dell'esperienza non hanno forse consentito di avviare una effettiva programmazione in cui fosse presente un processo circolare di informazioni e di proposte dai servizi al Cses e viceversa.

Alcuni intervistati hanno sollevato il problema del rapporto fra questo momento programmatorio ed altri momenti che vanno a fare parte del più ampio piano attuativo di Usl, come ad esempio i Progetti-obiettivo o altri programmi, soprattutto finalizzati alla prevenzione.

Ricordiamo infatti che l'Educazione sanitaria, secondo il Primo e il Secondo Piano sanitario regionale, costituisce elemento qualificante di alcuni Progetti-obiettivo ed 'azioni programmate': essi sono, come previsto dalla legge n. 595/85 disarticolazioni del Piano regionale e, a ricaduta, dei piani di Usl che si propongono il superamento della settorialità dei servizi e l'integrazione tra diversi servizi sanitari e/o tra servizi sanitari e servizi sociali per il perseguimento di particolari obiettivi o per la risposta ai bisogni di particolari fasce d'utenza. Il Piano sanitario regionale individua ad esempio progetti-obiettivo per la tutela della maternità e dell'infanzia, per la salute dell'anziano, per la prevenzione e la cura dei tossicodipendenti, ecc...

Entro questi piani sia a livello regionale che a livello locale sono o possono essere inserite azioni di Educazione sanitaria.

L'ingegneria programmatoria del Piano sanitario regionale dell'Emilia-Romagna pare perciò proporre altri momenti di trasversalità che devono a loro volta essere raccordati. Un programma attuativo per l'Educazione sanitaria non può che essere raccordato con questi altri progetti; esso cioè deve richiamare al suo interno interventi già inseriti in altri progetti-obiettivo in altre azioni programmatiche.

In un'organizzazione prevalentemente settoriale e perciò verticale come, nella realtà, è quella delle Usl la programmazione, nei diversi momenti sopra descritti, diviene uno dei possibili strumenti di coordinamento tra settori diversi, che potrebbe contribuire a trasformare l'organizzazione stessa in un modello 'a matrice', che era il modello giudicato più idoneo, dai 'padri della Riforma sanitaria' per il raggiungimento dei fini stessi del Servizio sanitario nazionale.

Interpretare correttamente le indicazioni regionali circa la programmazione triennale, compito delle Usl anche in materia di Educazione sanitaria richiede, come si è visto, di disporre di un quadro complessivo chiaro delle funzioni di programmazione dell'Usl.

L'attività programmatoria del Cses non può quindi che essere inserita in questo quadro e da questo quadro essere condizionata.

A parere di alcuni operatori è su queste più generali tematiche che sono necessarie esplicite indicazioni regionali.

Analoghi problemi si sono certamente anche posti per la stesura dei diversi programmi attuativi annuali; essendo tuttavia questo un momento programmatorio tutto interno all'Usl, non implicando una comunicazione tra livello locale e livello regionale, ad essi sono state attribuite minori pretese di esaustività e sono maggiormente centrati su quegli interventi che, per la loro natura, richiedono collaborazione tra

servizi diversi.

Altri momenti programmatori sono costituiti dalla stesura di specifici progetti per la realizzazione dei quali sono disponibili fondi regionali 'finalizzati'.

La stesura di questi piani, programmi e progetti ha comunque costituito un momento rilevante per i rapporti tra Cses e servizi e tra Cses e Ufficio di Direzione.

A Ravenna sono stati sperimentati, ad esempio, momenti di programmazione generale e momenti di programmazione intermedia specifici.

«Ogni anno verso settembre ottobre il Coordinamento scrive ai servizi chiedendo una valutazione rispetto all'anno precedente e un programma rispetto all'anno successivo. Da qualche anno si tende a far coincidere queste fasi con quelle in cui si programma l'aggiornamento degli operatori dei servizi; si chiede a ciascun servizio una valutazione e un programma per l'aggiornamento e una scheda per raccogliere gli elementi di verifica e i programmi di Educazione sanitaria. Le schede che riguardano l'Educazione sanitaria in seguito vengono assemblate dal Cses, costruendo così un programma annuale e contestualmente effettuando una valutazione sull'attività svolta nell'anno precedente; il programma viene in seguito portato in Ufficio di Direzione per chiederne l'approvazione, definire i gruppi di lavoro che devono sviluppare le direttive dei programmi e individuare i finanziamenti».

In questa stessa UsI gli intervistati hanno giudicato costruttivo il rapporto del Cses con l'Ufficio di Direzione e anche con il Comitato di Gestione: ciò è consentito dalla sua organizzazione interna che prevede che i piani passino da due commissioni:

«una 'commissione gestione del personale' composta da politici e da tecnici che valuta tutto quello che attiene all'utilizzo del personale e quindi l'attivazione dei gruppi di lavoro e una 'commissione di tipo economico' che valuta la natura economica della richiesta. Quando il programma arriva al Comitato di Gestione, ha superato questa serie di filtri (più lunga a dirsi che a farsi, anche se dura all'incirca tre settimane) e il Comitato di Gestione approva nel 99,9% dei casi, perché il grado di maturazione della pratica è così avanzato che tutti i dubbi e le perplessità sono state via via eliminate».

In un'UsI di piccole dimensioni invece, come quella di Langhirano, il piano triennale del 1987, oltre ad essere discusso nell'Ufficio di

Direzione e in Comitato di Gestione, è stato preventivamente discusso anche con altre istituzioni pubbliche e con tutte le associazioni del territorio in qualche modo interessate.

Anche i programmi specifici vengono a volte valutati in Ufficio di Direzione che si riunisce infatti settimanalmente e, considerata la piccola dimensione dell'Usl, discute su quasi tutte le tematiche rilevanti contando anche su rapporti interpersonali facili e costruttivi: «è una comunicazione circolare tra amici».

Al di là delle costruzioni dei piani generali, la funzione programmatica del Cses si gioca nel rapporto con uno o più servizi.

«Se vengono avanzate proposte in merito ad iniziative di Educazione sanitaria dai singoli servizi, com'è la prassi più frequente, e queste vengono poi accettate dall'Ufficio di Direzione, previa presentazione di un progetto curato e stilato dal coordinamento (in cui vengono specificati: la denominazione dell'intervento, la paternità da parte di un servizio, il periodo di attuazione, l'area geografica, le motivazioni, i gruppi destinatari, gli obiettivi, i metodi di valutazione), prendono avvio le singole iniziative che vengono seguite prevalentemente dal servizio interessato, ma sotto il coordinamento del Cses nel suo complesso» (Usl n. 26 di San Giovanni in Persiceto).

Vi è, tuttavia, da parte degli operatori, qualche incertezza su cosa debba intendersi per piano e in generale per processo programmatico.

«Il Cses formula un *programma di attività* che ha una cadenza annuale, oppure triennale (come quest'anno, sulla scia del Piano sanitario regionale), anche a seconda della portata delle Iniziative che si vogliono attuare; il rispetto di questo programma non viene sentito come vincolante nel senso che, se nasce l'esigenza di attuare un'attività al di fuori di quelle indicate, si cerca di realizzarla pur non essendo stata prevista: se un servizio è interessato ad un'attività, non ce la sentiamo di dire di no subito perché non è all'interno di una programmazione. Gli stessi programmi che noi facciamo sono sempre rivedibili e non strettamente vincolanti»

Si temono cioè i vincoli che i piani possono porre, e non sempre si intende la programmazione come un processo continuo, che consente aggiustamenti.

Il catalizzatore della programmazione è comunque il coordinatore che a volte può rischiare, proprio per l'urgenza delle scadenze programmatiche (consegna di progetti in Regione ecc.), di assumere un

ruolo di supplenza troppo ampio nei confronti degli altri soggetti che dovrebbero entrare nel processo programmatico. Si afferma spesso che «i coordinatori scrivono materialmente i piani».

E' evidente che una soluzione alternativa per evitare questi rischi è l'attivazione di gruppi di lavoro per singole tematiche. Nella Usl n. 2 di Piacenza dove il Cses ha sempre presentato piani annuali, le riunioni collegiali hanno il compito di

«definire le iniziative di massima, mentre le articolazioni dei singoli progetti vengono sviluppate da gruppi di lavoro di cui fanno parte anche operatori esterni al Cses nei periodi in cui si fa programmazione, gli incontri diventano più frequenti».

La funzione di programmazione richiede comunque la definizione di tempi e procedure che articolino maggiormente le indicazioni regionali e definiscano con precisione le modalità comunicative tra Cses e servizi, così come tra Cses Ufficio di Direzione e Comitato di Gestione. Si sono in proposito già citate le indicazioni provenienti dall'esperienza del Cses di Ravenna.

L'attuazione di questi processi richiede, inoltre, la disponibilità di un minimo di struttura organizzativa: una sede in cui potere radunare il materiale via via inviato dai servizi, una segreteria che consenta la sollecitazione e il controllo dell'adempimento delle procedure, ecc... Di questo tuttavia parleremo in un paragrafo successivo.

In generale si può osservare che le caratteristiche delle esperienze programmatiche attivate sono fondamentali in funzione della dimensione delle diverse Usl; nelle Usl di piccole dimensioni, ad esempio, il Cses può riuscire a sollecitare ampie discussioni dell'Ufficio di Direzione su tematiche di Educazione sanitaria; nelle realtà più ampie e strutturali, invece, l'Ufficio di Direzione si limita a stabilire le regole del gioco, ad individuare le tematiche rilevanti e a decidere alcune priorità, demandando il processo complessivo a momenti più operativi. Ciò richiede evidentemente una definizione più precisa delle procedure secondo cui individuare la sede peculiare dei singoli momenti del processo programmatico.

Poiché la programmazione non è altro che un processo comunicativo tra diversi livelli e momenti decisionali e operativi della struttura, ogni struttura organizzativa cerca di utilizzare le modalità più consone alle proprie caratteristiche.

4.3.2 *La funzione di coordinamento del Cses*

Le funzioni di programmazione attribuite al Cses implicano una più complessa funzione di coordinamento ad esse strettamente collegata.

E' riguardo a questa funzione che forse si sono originati i maggiori conflitti e che si sono sedimentate le maggiori ambivalenze.

Gestire un'organizzazione complessa qual è l'Usl, ponendole l'obiettivo nuovo di promuovere interventi di Educazione sanitaria, richiede metodi radicalmente diversi da quelli utilizzati da un'organizzazione burocratica di tipo gerarchico. Si tratta di cercare modi di operare e forme di organizzazione flessibili che possano porsi obiettivi unitari.

E' in questo senso che i Cses, come organizzazioni flessibili e interdisciplinari, devono assumere funzioni di coordinamento: il problema è quello di conciliare la loro necessaria autonomia tecnico-organizzativa con la dipendenza funzionale dei singoli operatori dei Cses da un servizio.

La maggiore o minore presenza degli operatori referenti dei diversi servizi è il segnale, come si è già visto nell'esame dei dati raccolti attraverso le schede di rilevazione, del diverso modo di intendere le funzioni di coordinamento del Cses.

Possono infatti verificarsi diverse modalità e gradualità di cooperazione tra servizi e tra operatori, anche perché, al di là delle affermazioni di principio, non sempre è chiaro perché e su che cosa coordinarsi.

La funzione di coordinamento del Cses, infatti, va letta e interpretata tenendo presente che il Cses è considerato una struttura tecnica di *staff*, di cui si avvale l'Ufficio di Direzione che rimane titolare della responsabilità primaria delle attività di Educazione sanitaria.

La funzione di coordinamento del Cses è perciò finalizzata a consentire all'Ufficio di Direzione di esercitare tale responsabilità che implica funzioni di promozione e di monitoraggio nei confronti dell'intero sistema dei servizi; le singole iniziative infatti devono essere realizzate da servizi singoli o in collaborazione tra loro.

E' quindi evidente che la funzione di coordinamento implica innanzitutto la raccolta e la diffusione delle informazioni circa le Iniziative di Educazione sanitaria realizzate dai servizi; ciò tra l'altro rappresenta il primo passo per realizzare una programmazione globale di Educazione sanitaria (di cui si è parlato nel paragrafo precedente) con il compito di evitare sovrapposizioni, obiettivi contraddittori e spreco di risorse.

In alcune delle realtà considerate la raccolta di informazioni stenta a realizzarsi sia per quanto riguarda i programmi che per quanto riguarda

l'effettiva realizzazione degli interventi; alcuni coordinatori sono arrivati ad affermare di non sapere 'che cosa fa per l'Educazione sanitaria' un certo servizio; si tratta di servizi i cui referenti sono stati poco presenti alle riunioni del Cses o i cui referenti (può essere il caso di un servizio molto esteso come quello Materno Infantile) hanno una collocazione nel servizio marginale o molto recente.

Là dove si evidenzia una presenza effettiva alle attività del Cses dei referenti di tutti i servizi si riscontra ovviamente anche una maggiore informazione.

Alcune realtà considerate in questa seconda parte hanno messo a punto *procedure* precise per la raccolta di informazioni (invio di lettere a scadenza costanti, schede di rilevazione, ecc...); a questo proposito gli intervistati hanno espresso l'esigenza di potere disporre, come si è già detto in precedenza, di una pur piccola struttura organizzativa capace di sollecitare l'adempimento di dette procedure: disponibilità di una sede, di strumenti anche informatici per la catalogazione di materiali e di dati, ma soprattutto di personale amministrativo; alcuni infatti ritengono che la disponibilità di personale amministrativo o tecnico a tempo pieno, sia forse più indispensabile che il disporre di un coordinatore a tempo pieno. Nella Usl n. 27 di Bologna, ad esempio, il coordinatore non è a tempo pieno, ma può contare su collaboratori a tempo pieno.

Maggiori problemi nascono nella diffusione delle informazioni; molti operatori intervistati non appartenenti al Cses, dichiarano di non conoscerne le attività, né le attività di Educazione sanitaria svolte da altri servizi. Si avrebbe cioè un input di informazioni dai servizi al Cses, e perciò all'Ufficio di Direzione, finalizzato a consentire all'Ufficio stesso di esprimere linee di indirizzo che si concretizzano nei piani; non si determinerebbe invece quella informazione diffusa che potrebbe consentire una maturazione culturale comune, così come aggiustamenti all'interno dei singoli servizi. Il significato delle funzioni di coordinamento viene in questo modo molto limitato.

Alcuni ritengono, così come si è visto verificarsi anche per la programmazione, che la funzione di coordinamento del Cses debba riguardare, quasi esclusivamente, i progetti inter-servizio e i progetti 'finalizzati' per cui si deve accedere ad un finanziamento regionale.

Si può verificare inoltre uno sbilanciamento per cui il Cses interviene soprattutto per gli ambiti che riguardano il servizio di appartenenza del coordinatore. Vi è il rischio, cioè, che il Cses diventi una struttura fortemente collegata con un servizio più forte (come accadeva a seguito della circolare n. 26 per quanto riguarda il Servizio di Igiene Pubblica).

Ciò può essere ulteriormente enfatizzato nei casi in cui la sede di incontro del Cses sia presso la sede del servizio di appartenenza del coordinatore.

La funzione di coordinamento, secondo alcuni, deve anche essere finalizzata ad esprimere all'esterno la 'vocazione complessiva' dei servizi riguardo all'Educazione sanitaria; a comunicare cioè questa 'vocazione' a tutti gli operatori, alle strutture esterne e ai singoli cittadini.

Il raggiungimento di questa finalità può essere supportato da semplici strumenti di identificazione del Cses e di tutti gli interventi di Educazione sanitaria dell'Usl.

Nell'Usl n. 27 scelta caratterizzante è stata quella di realizzare una sorta di 'marchio di qualità' con l'individuazione di un simbolo e della dizione '**progetto salute**' che accompagna ogni intervento di Educazione sanitaria; ciò implica che tutte le iniziative, anche avviate singolarmente dai servizi, vengano presentate al Cses; la loro realizzazione rimane affidata al servizio e agli operatori che le hanno progettate, ma vengono inglobate nel «progetto salute»: tutte le loro parti grafiche sono contrassegnate dallo stesso 'logo'. Il medesimo 'logo' è anche riprodotto dalla carta intestata del Cses, così come sulla segnaletica che indirizza all'Ufficio.

È interessante analizzare a questo punto le 'linee di fuga' rispetto a questa funzione di coordinamento.

Particolarmente problematico si presenta, ad esempio, il rapporto tra Cses e servizio di Medicina del Lavoro; per comprendere questo rapporto è necessario considerare la storia di questo servizio che già nella esperienza dei consorzi socio-sanitari era fortemente caratterizzato dalla tematica della prevenzione e della partecipazione e dalla sperimentazione di nuove metodologie di intervento anche in relazione all'Educazione sanitaria.

Il mantenimento di un filo di raccordo con le esperienze innovative attuate in passato si è verificato soltanto in quelle realtà in cui la 'memoria storica' è stata conservata dagli stessi operatori, presenti allora nel servizio e presenti anche all'avvio del Cses: è il caso dell'Usl n. 27 di Bologna in cui un sociologo, che aveva operato per anni nel Servizio di Igiene del Lavoro del Comune di Bologna, poi nel Servizio di Medicina del Lavoro del consorzio ha partecipato attivamente, anche se non in funzione di coordinatore, all'avvio delle attività del Cses.

Nella maggioranza delle realtà considerate (a conferma di quanto emerso dalla rilevazione effettuata per tutte le Usl) il servizio di Medicina del Lavoro (che pure fa capo, come il servizio di Igiene pubblica, al dipartimento di prevenzione) non è tuttavia presente nell'attività del Cses così come la sopraccitata esperienza farebbe pensare. In alcuni casi ciò può essere ricollegabile al prevalere di nuovi orientamenti operativi conseguenti alle molteplici funzioni di controllo assunte dal servizio che in parte ne hanno modificato le metodologie di lavoro.

In generale però si può dire che, nonostante queste nuove competenze, nei servizi di Medicina del Lavoro vengono realizzati

interventi di Educazione sanitaria formali e informali, strettamente connessi ai programmi di prevenzione e di ricerca epidemiologica che sono propri del servizio. Anche in queste realtà tuttavia emerge, in forma esplicita, una sorta di 'sfiducia' nel Cses:

«prevale l'opinione di avere al proprio interno competenze sufficienti, per programmare e gestire gli interventi».

Il servizio di Medicina del Lavoro dell'Usl n. 12 di Scandiano, che vanta una lunghissima esperienza e che ha saputo mantenere al suo interno molti dei contenuti innovativi sperimentati nel passato, rivendica, ad esempio, una propria autonomia in campo di Educazione sanitaria.

Un'ulteriore 'linea di fuga', raramente esplicitata nelle interviste, ma costantemente emersa dall'esame delle attività del Cses, riguarda il Servizio Sociale.

L'ipotesi di ricerca da cui si è partiti (e che ha indotto ad intervistare alcuni operatori del Servizio Sociale o comunque ad analizzare con particolare approfondimento i dati relativi al ruolo assunto all'interno del Cses dal referente del Servizio Sociale) era che il Servizio Sociale potesse svolgere un ruolo importante sia nella messa a punto delle metodologie di intervento (con particolare riferimento alle metodologie comunicative orientate alle modifiche dei comportamenti), sia, soprattutto, nella individuazione dei *target* dei destinatari degli interventi nonché dei momenti di aggregazione e socializzazione entro cui poterli collocare (i centri giovanili, i centri anziani, ecc...): tali strutture e iniziative fanno spesso capo al Comune ma intorno ad essi si articolano vari momenti di collaborazione tra i servizi sociali dell'Usl e i servizi sociali dei Comuni e dei quartieri.

Tuttavia anche nei casi in cui si attivano collaborazioni tra i Servizi Sociali e altri servizi, tali collaborazioni non si attivano all'interno del Cses; nell'Usl n. 27 di Bologna, ad esempio, i programmi di educazione sessuale per adolescenti del Consultorio, svolti nell'ambito delle scuole o del consultorio stesso, vedono la collaborazione costante dell'Assistente Sociale che fa capo al Servizio Sociale dell'Usl e degli operatori del Materno Infantile; la collaborazione avviene, tuttavia, non all'interno del Cses, ma nell'ambito di un momento organizzativo, il Consultorio, che è, anch'esso, formalmente definito come momento di integrazione trasversale tra servizi diversi e in particolare tra interventi sociali e sanitari.

Anche nell'attività dei distretti si stanno iniziando interessanti collaborazioni tra servizi sanitari e servizi sociali: anche in questo caso la collaborazione è sollecitata dal fatto che il distretto è un momento organizzativo trasversale, finalizzato alla gestione globale dei problemi

della salute. Non sempre, tuttavia, le esperienze di collaborazione a livello di distretto fanno capo alle attività dei Cses.

Sembrerebbe cioè che i distretti e, al loro interno, i consultori si sentano, in qualche modo, autosufficienti nell'organizzare le attività di Educazione sanitaria, proprio perché le loro équipes già attivano un lavoro trasversale ai servizi e multidisciplinare, in cui un ruolo rilevante è svolto dal Servizio Sociale e dagli operatori sociali.

Il problema del rapporto tra Cses e Servizio Sociale si presenta, inoltre, in modo molto diverso da realtà a realtà in relazione alle differenti caratteristiche che il settore dei servizi sociali assume nelle diverse Usi; caratteristiche che dipendono dalle competenze delegate al Servizio Sociale che si scostano dal suo modello organizzativo, dalle metodologie di lavoro più o meno orientate al lavoro con i gruppi e con la comunità, piuttosto che al lavoro con singoli soggetti.

Anche in una Usi (Usi n. 35 di Ravenna) al cui Servizio Sociale il Comune ha delegato la totalità delle competenze (comprese le competenze dei servizi per gli anziani) e che ha un assetto organizzativo abbastanza consolidato, si evidenzia, ad esempio, una scarsa partecipazione di tale servizio alle attività del Cses.

Per contro gli operatori del Servizio Sociale di questa Usi entrano in specifici gruppi di lavoro sull'Educazione sanitaria attivati o dal Cses o da altri servizi, il coordinatore sociale è, inoltre, filtro di domande di interventi in materia di Educazione sanitaria provenienti soprattutto da soggetti privati iscritti agli appositi albi (come ad esempio l'Università per gli Anziani); essi chiedono all'Usi contributi economici (di cui il Servizio Sociale è erogatore) per sostenere iniziative anche di Educazione sanitaria.

L'attribuzione di tutte le competenze relative agli interventi in favore degli extra-comunitari ha indotto, eccezionalmente, il Servizio Sociale dell'Usi n. 35 di Ravenna a formulare in modo autonomo, al suo interno, un programma di Educazione sanitaria ad essi destinato.

Il coordinatore sociale riconosce che nel servizio vi è la consapevolezza di possedere un'ottica propria nell'intendere l'Educazione sanitaria, ottica particolarmente centrata sui vari tipi di utenza e che parte dalla convinzione che «la salute è anche relazione sociale».

E' significativo, in ogni caso, che nella medesima Usi dove è attivata una sperimentazione di Scuola per Educatori, il cui responsabile è un operatore del Servizio Sociale, non esista nessun tipo di attenzione del Cses rispetto a questa esperienza, e viceversa; soprattutto considerando che a tale Cses fa capo anche il Centro Dres, cioè il centro di documentazione regionale per l'Educazione sanitaria che potrebbe essere utile supporto anche per le attività didattiche della scuola per educatori professionali.

Gli educatori di professione, infatti, come operatori sociali, possono essere inseriti in servizi che attivano al loro interno programmi di Educazione sanitaria; un fondamentale contributo potrebbe essere dato dalla competenza dell'educatore professionale. La competenza degli educatori professionali potrebbe, infatti, essere utilizzata nei servizi in cui sono inseriti, anche per attivare iniziative di Educazione sanitaria.

L'individuazione formale e la effettiva presenza dei referenti dei diversi servizi è comunque diversa da Usl a Usl; a fronte delle difficoltà incontrate nell'effettivo loro coinvolgimento, alcune Usl rispondono tentando di moltiplicare tali referenti. A Portomaggiore, ad esempio, nei cui Cses sono rappresentati tutti i servizi, il coordinatore ritiene che

«sarebbe meglio che fossero presenti due operatori per servizio [...]; occorrerebbe forse anche un referente del servizio informatico, ma ancora non siamo riusciti ad organizzarci. Attualmente abbiamo un coadiutore sanitario (responsabile del servizio) e un'operatrice di vigilanza per il Servizio di Igiene Pubblica, tre operatori per il servizio Materno Infantile (di questi un referente è la psicologa, entrata in un secondo momento in quanto era una figura professionale che mancava al nostro interno), due referenti per il servizio della Medicina del Lavoro (il responsabile e un'assistente sanitaria), un referente per il Servizio Sociale (la responsabile), un rappresentante del servizio Veterinario (il responsabile), tre rappresentanti del Servizio Ospedaliero (un medico, una caposala, un membro della Scuola Infermieri), due operatori del Simap (un medico e un infermiere professionale). Nel Cses è presente anche il mondo della scuola: sono stati infatti invitati a farne parte un rappresentante per ogni distretto scolastico (sono due nel nostro territorio)».

Questa tendenza, presente anche in altre Usl, può tuttavia essere interpretata sia come desiderio di stabilire legami forti con i servizi, sia come tendenza a creare un gruppo capace di 'vivere da solo', perché ha costantemente al suo interno tutte le competenze necessarie per un'azione autonoma.

Si coglie, ancora una volta, un segnale di come non siano unanimemente definiti i rapporti che devono intercorrere tra Cses e servizi. Da un lato i servizi tendono correttamente a gestire gli interventi, ma non sempre accettano di collocare la loro azione in un confronto costante con il Cses e quindi con gli altri servizi, dall'altro il Cses ha spesso la tentazione di gestire direttamente alcuni interventi, soprattutto se richiedono contributi interdisciplinari e collaborazioni di servizi diversi. Tale gestione, che comunque va al di là del 'mandato istituzionale' del Cses, richiederebbe personale e risorse di cui non

dispone.

In generale si può osservare che, con il termine coordinamento, si possono indicare operativamente diverse modalità e gradualità di cooperazione tra settori ed operatori.

I momenti di programmazione, consulenza e verifica (di cui si parla negli altri sottoparagrafi) sono già momenti essi stessi di coordinamento, che hanno bisogno, tuttavia, di ulteriori azioni di raccordo.

Gli intervistati riconoscono che il coordinamento richiede, come prerequisito, di individuare obiettivi comuni esplicitati e formalmente definiti, così come di definire i ruoli chiari per operatori e servizi e un metodo di comunicazione condiviso, che presuppone, come si è già visto, una formazione comune.

In relazione alle diverse caratteristiche della UsI di appartenenza, si avranno, tuttavia, ugualmente diverse modalità operative dei Cses.

Si può parlare di coordinamento quando differenti organizzazioni (quali i servizi) si propongono di rafforzare gli effetti di interventi per loro natura diversi, rivolti tuttavia agli stessi soggetti evitando sovrapposizioni e duplicazioni di interventi od interventi contrastanti con spreco di risorse finanziarie ed umane; un passo ulteriore è la collocazione intesa come organizzazione di interventi comuni, per obiettivi e responsabilità comuni, da parte di servizi con funzioni diverse. Il coordinamento può anche tradursi in un unico progetto d'intervento che non è la semplice sommatoria di interventi, ma una forma di potenziamento reciproco degli stessi. Ciò porta ad una diversa distribuzione delle responsabilità.

4.3.3 Rapporto tra Cses e servizi: la funzione di consulenza

Le interviste svolte hanno messo in evidenza un'opinione non uniforme su cosa debba intendersi per funzione di *consulenza tecnico-metodologica nel confronti dei servizi*.

L'espletamento di tale funzione si ricollega a due problemi: l'effettiva interdisciplinarietà del gruppo di coordinamento e la formazione ad hoc ricevuta dal gruppo stesso.

Il modello di Cses messo a punto in Emilia-Romagna prevede infatti che la composizione dello stesso sia determinata in modo da garantire la rappresentatività di tutti i servizi dell'UsI, ma anche l'interdisciplinarietà, cioè la presenza di tutte le competenze professionali che entrano in gioco nei programmi di Educazione sanitaria.

Ciò al fine anche di offrire ai servizi un panorama culturale esaustivo cui potere attingere.

Da quanto osservato si può desumere che i servizi richiedono la consulenza del Cses soprattutto per quanto riguarda la metodologia della costruzione dei progetti e le competenze comunicative su cui deve basarsi qualsiasi intervento di Educazione sanitaria. Si presuppone infatti che tutte le competenze riguardanti i contenuti dell'intervento siano uno specifico patrimonio dei servizi.

Per questo le esperienze di formazione che, come abbiamo visto, hanno accompagnato l'avvio dei Cses hanno riguardato le tematiche sopra indicate, cioè gli aspetti metodologici degli interventi di Educazione sanitaria e i processi comunicativi di cui ci si deve saper avvalere; gli operatori si sono infatti avvalsi e continuano ad avvalersi delle iniziative formative condotte dal Centro di Perugia (a cui alcuni sono ricorsi anche più volte), ma sono stati anche coinvolti in iniziative *ad hoc* programmate, in una prima fase autonomamente dalle Usl e in quest'ultimo periodo dalla Regione stessa.

Una tematica difficile, riguardo alla quale rimane incerto se la competenza debba essere offerta dal Cses o dai servizi è l'epidemiologia.

L'individuazione della 'domanda' di Educazione sanitaria del territorio di riferimento e la scelta di priorità richiede infatti la disponibilità di dati epidemiologici aggiornati attinti da osservatori attivati ai diversi livelli istituzionali o, per alcune tematiche, raccolti ad hoc.

Il Cses dovrebbe essere momento di collegamento tra i diversi punti del sistema sanitario in cui sono disponibili i suddetti dati e dovrebbe disporre delle competenze per l'interpretazione, l'elaborazione e l'utilizzo in termini di lettura di situazioni critiche.

In nessuno dei Cses considerati è presente, tuttavia, la figura dell'epidemiologo.

In generale, gli interventi hanno riconosciuto che lo svolgimento da parte del Cses della funzione di consulenza ha incontrato difficoltà che diventano maggiori nelle Usl di piccole dimensioni (ad esempio l'Usl n. 7 di Langhirano) per le quali emerge spesso, invece, la necessità di attingere competenze all'esterno della propria Usl (ad esempio a livello del Coordinamento Provinciale).

In alcuni casi la funzione di consulenza è interpretata come un più complessivo orientamento a tutte le strutture, interne o esterne all'Usl, che si interessano di Educazione sanitaria. Tale funzione viene assunta dal coordinatore (è il caso, ad esempio, del coordinatore di Modena) che così definisce il proprio lavoro:

<dove ci sono delle lacune subentra il coordinatore che tappa dei buchi, nel senso che il coordinatore fa di tutto. Moltissimo del mio tempo è dedicato a dare consigli agli operatori ed anche agli utenti: cioè telefonano scuole, quartieri o anche singoli che chiedono del

materiale di supporto all'attività educativa, e questo è un po' un problema perché non è lavoro molto qualificato, penso che un impiegato, un'assistente sanitaria sarebbe benissimo in grado di rispondere a questi quesiti. Ci sono dei quesiti che magari sono complessi, per cui si richiede la presenza del coordinatore e ci sono dei quesiti di carattere organizzativo o procedurale, a cui potrebbe benissimo rispondere un impiegato. In fin dei conti il compito del coordinatore è anche quello di rispondere a chiunque in modo da trovargli dei collegamenti. Questa è l'unica motivazione che mi sono data per quest'attività di consulenza, anche spicciola»

In generale si può dire che emerge una profonda ambiguità circa le caratteristiche e il livello qualitativo che potrebbero o dovrebbero avere le prestazioni di consulenza.

Alcuni osservano che l'utilizzo di un modello cooperativo ha indotto la convinzione che «a livello centrale non ci dovevano essere specialisti» mentre «l'Oms prevede, nell'ambito dello stesso modello, l'utilizzo di specialisti». Si comprende cioè la necessità di utilizzare competenze specialistiche, in materia di comunicazione, progettazione e epidemiologia invece di disporre di uno 'specialista in Educazione sanitaria' a cui affidare tutte le funzioni di consulenza e coordinamento con il rischio di separare la materia dal contesto complessivo dei servizi sanitari.

E' innegabile comunque che il livello di competenze che il Cses può mettere a disposizione dei servizi dipende dalla dimensione e dalla strutturazione dell'UsI:

«nelle piccole UsI il Cses può fungere da tramite per il reperimento di consulenze dall'esterno, attivando contatti sia con il Coordinamento provinciale o regionale, ma anche con altre UsI o con istituti di ricerca universitari, centri di documentazione ecc...».

4.3.4 La funzione di verifica/valutazione

I Cses hanno incontrato particolari difficoltà nell'attivare processi di verifica e di valutazione degli interventi.

Ciò in primo luogo perché qualsiasi operazione di verifica di fatto può porre il Cses in una funzione di controllo nei confronti dei servizi che si fanno carico dell'effettiva realizzazione degli interventi di Educazione sanitaria.

Ciò diviene ancora più complesso nei casi in cui i progetti di intervento non prevedono con chiarezza le procedure e gli strumenti di verifica.

Ciò vale sia per le valutazioni di risultato, particolarmente difficili perché dovrebbero verificare se gli interventi di Educazione sanitaria effettivamente incidono sui comportamenti dei soggetti cui sono rivolti, sia più semplicemente per le 'valutazioni' del processo attraverso cui si è attivato l'intervento.

Non sempre comunque è stata riscontrata piena consapevolezza circa i possibili e diversi momenti di valutazione che potrebbero essere attivati su un intervento di Educazione sanitaria e che sono riconducibili sia a valutazioni del processo che a valutazioni del risultato: misura dell'efficienza dell'organizzazione, successo dell'iniziativa misurata dal numero di persone coinvolte, effettiva trasmissione dei messaggi, efficacia dei messaggi trasmessi valutabili attraverso il mutamento dei comportamenti e il miglioramento o la tutela dello stato di salute della fascia di popolazione a cui l'intervento era diretto.

4.4 Le modalità organizzative

Come è stato più volte osservato, l'applicazione delle varie direttive e indicazioni programmatiche regionali hanno consentito l'accumularsi di esperienze diverse.

A questo proposito, più esempi interessanti riguardano le modalità anche notevolmente differenziate prescelte caso per caso per introdurre dei 'rafforzativi' della dimensione organizzativa dei Cses, che riguardano organismi di supporto e dispositivi procedurali che sono stati via via proposti come una sorta di 'filtri' di assorbimento delle incertezze ingenerate nel funzionamento dei Cses.

Molte Usl, pur nel rispetto del modello cooperativo proposto dalla Regione che comporta uno stile di lavoro prevalentemente collegiale, hanno introdotto modalità diverse di organizzazione del lavoro che prevedono una suddivisione di compiti tra 'sottogruppi' di operatori.

Queste articolazioni possono avere finalità diverse: possono attribuire ad un nucleo più ristretto di operatori i compiti relativi al funzionamento generale del Cses, oppure compiti di approfondimento di singole tematiche e di ampliamento, riguardo a queste, dei rapporti all'esterno.

Un esempio del primo caso è la scelta dell'Ufficio di Direzione di Modena di istituire una 'Giunta esecutiva del Cses' a supporto

dell'attività del coordinatore, composta da tre operatori, il primo referente dei servizi dell'area di prevenzione, il secondo del servizio ospedaliero. il terzo referente dei servizi dell'area dell'Igiene Pubblica.

Tale Giunta ha la possibilità di riunirsi ogni settimana, mentre il coordinamento tiene un incontro mensile.

Sempre a Modena, inoltre, sono attivi gruppi di lavoro, interni a singoli servizi, o posti 'trasversalmente' ai servizi, che studiano singole tematiche e costruiscono i progetti d'intervento che poi in seguito vengono esaminati dal Cses.

Una diversa esperienza è ancora una volta quella dell'Usl n. 27 di Bologna che ha invece istituito due sottogruppi permanenti a cui sono attribuite problematiche diverse; in ciascuno sono presenti cinque membri del Cses, mentre un altro membro (il dietista) funge da consulente per entrambi i sottogruppi. In ogni sottogruppo è, inoltre, presente un operatore a tempo pieno.

I sottogruppi si riuniscono a cadenza settimanale, mentre il 'momento plenario' discute e decide relativamente al piano di lavoro annuale: esso, dopo essere stato valutato e approvato dall'Ufficio di Direzione, torna all'attenzione della discussione allargata del Cses proprio per definire quali argomenti mettere maggiormente all'attenzione a livello plenario, e quali affidare ai sottogruppi o ad eventuali altri gruppi di lavoro costituiti *ad hoc*. Sembra cioè di cogliere una forte attenzione al

«metodo di lavoro che viene spesso aggiustato via via che si presentano delle difficoltà a lavorare insieme: le modifiche sono tuttavia cercate con la partecipazione di tutti e paiono perciò abbastanza condivise».

Un'ulteriore complessità organizzativa caratterizza l'esperienza dell'Usl n. 35 di Ravenna, che è anche sede del Centro di documentazione regionale (Dres).

A Ravenna esistono infatti, tre momenti operativi: un nucleo di operatori impegnati in funzioni tecniche e amministrative che gestiscono il Centro di documentazione; il Cses con funzioni di coordinamento e di valutazione sull'avanzamento dei singoli progetti assegnati ai gruppi di lavoro; e, appunto, i gruppi di lavoro su temi specifici che lavorano 'a termine' e vengono sciolti alla chiusura del progetto. In tali gruppi di lavoro sono presenti referenti dei servizi, gli operatori coinvolti nel progetto e anche operatori esterni all'Usl: il 'Gruppo adolescenza', ad esempio, vede coinvolti operatori dell'Usl, del Comune e del Provveditorato; in alcuni casi sono presenti anche rappresentanti del volontariato.

Il tentativo di attivare gruppi di lavoro all'interno di singoli servizi,

gruppi trasversali ed anche gruppi aperti a contributi esterni alla stessa Usl è comunque stato avviato in quasi tutte le Usl, anche nei casi in cui il Cses era poco funzionante o addirittura non funzionante.

Nelle Usl di grandi dimensioni i singoli progetti di intervento non vengono costruiti all'interno del Cses, ma da questi diversi gruppi, costituiti *ad hoc*.

Nell'ambito degli stessi gruppi possono poi essere mantenuti alcuni aspetti gestionali dei singoli progetti che il Cses non dovrebbe né potrebbe gestire.

Le diverse modalità organizzative sono strettamente collegate alle diverse cadenze temporali secondo cui viene poi ad essere convocato il Cses.

In molte realtà, infatti, riunioni troppo ravvicinate si sono rivelate, a parere degli operatori intervistati, non produttive e disincentivanti nei confronti di quei servizi che più faticano ad occuparsi delle problematiche della prevenzione e i cui operatori hanno, perciò, soprattutto rinunciato ad una partecipazione giudicata troppo gravosa rispetto ai loro interessi prevalenti.

La frequenza delle riunioni plenarie non pare dunque sempre correlata ad una valutazione positiva del funzionamento.

Il lavoro dei gruppi consente invece di distanziare maggiormente gli incontri plenari, rispettando la 'vocazione' originaria dei Cses alle attività di programmazione, coordinamento, consulenza e verifica. I gruppi di lavoro in un qualche modo 'filtrano' le tematiche rilevanti su cui tutto il Cses deve intervenire.

Ciò vale anche per le Usl di piccole dimensioni: a Langhirano, ad esempio, le riunioni si svolgono ogni due o tre mesi, mentre il coordinatore rimane come costante riferimento per ogni ulteriore esigenza.

L'esiguità dei servizi su questo territorio e la presenza del coordinatore all'interno dell'Ufficio di Direzione, in quanto responsabile del Servizio di Igiene Pubblica, rafforza i canali di comunicazione anche informale fra servizi e consente esperienze di collaborazione fattiva. Ne è una testimonianza lo svolgimento di un programma di prevenzione dell'alcolismo in cui il Simap ha collaborato con il servizio di Medicina del Lavoro su una problematica che forse non era propria di nessuno dei due servizi, ma che richiedeva la loro collaborazione proprio per le peculiarità del fenomeno: i destinatari dell'intervento, infatti, erano gli operai addetti alla conservazione e alla custodia dei prosciutti che, proprio per le caratteristiche dell'attività lavorativa (al freddo, con molti momenti di pausa, ecc...). potevano essere particolarmente a rischio di problemi di alcolismo. In generale comunque si può osservare che le modalità organizzative del Cses non possono che essere calibrate alla realtà dei servizi dei singoli territori.

4.5 I rapporti con la realtà esterna all'Usl

Nel Secondo Piano sanitario regionale viene attribuito al Cses, o meglio al coordinatore del Cses, la funzione di «attuare rapporti di collaborazione con le strutture educative esterne al servizio sanitario e con le amministrazioni locali ed in modo particolare con il mondo della scuola»; è questo l'unico passo nel quale viene evidenziato in modo esplicito il compito di un diretto raccordo con la realtà esterna. Viene inoltre attribuito al Coordinamento provinciale dei Cses il compito di mantenere rapporti con associazioni, ordini professionali e volontariato, prevedendo una loro partecipazione diretta al Coordinamento provinciale, in particolare per quanto riguarda il referente per l'educazione alla salute del Provveditorato agli studi.

Si sono volute richiamare le direttive del piano perché rappresentano il punto di partenza per quanto riguarda le realtà indagate; la prima osservazione che pare rilevante sottolineare è che in questo ambito, come in altri già evidenziati in precedenza, si riscontra una grande diversità di approccio e di esperienze. Tutti gli intervistati tengono presente il problema del rapporto con l'esterno, soprattutto della sua continuità, ma questo tema emerge come uno dei nodi irrisolti in merito alle funzioni del Cses.

Tutto il sistema sanitario incontra difficoltà a rapportarsi con l'esterno, ed a maggior ragione è destinata ad incontrarne un'organizzazione trasversale interna a questo come il Cses che deve fare i conti con la complessa realtà di ruoli istituzionali, con una forte conflittualità fra servizi e come spesso è stato sottolineato dai più, con un'«assai dissimile concezione dell'Educazione sanitaria».

Solo l'Usl n. 27 Bologna ovest sembra, fra quelle oggetto di approfondimento monografico, aver scelto di attribuire al Cses le funzioni di raccordo con gli organismi esterni per tutte le iniziative di Educazione sanitaria, siano queste attivate direttamente dai servizi, o promosse dal Cses, collocate comunque nell'ambito del 'progetto salute' che rappresenta una sorta di 'filo di Arianna' degli interventi di Educazione sanitaria attivati nell'Usl. In questa realtà si è fatta la scelta, in particolare, di demandare al Cses il coordinamento dei rapporti con tutte le emittenti radiofoniche televisive, senza tuttavia escludere il mantenimento di alcuni rapporti diretti da parte dei servizi. Il Cses viene, in questa realtà, considerato come un'interfaccia necessaria tra organizzazione sanitaria ed ambiente esterno.

Se si esclude questa esperienza, che è sembrata anche abbastanza codificata e accettata da tutti i protagonisti, nelle altre realtà indagate gli approcci con il mondo esterno sono assai differenti: in generale, sono i servizi a mantenere i rapporti con gli interlocutori esterni coinvolti

nelle varie iniziative di Educazione sanitaria e, solo marginalmente o solo in alcune situazioni l'agente principale è il Cses.

Se non ci troviamo, dunque, davanti a una delega specifica in tal senso, tuttavia si può affermare che sono molte le situazioni nelle quali il Cses mantiene rapporti continui e fruttuosi con alcune agenzie educative, quali la scuola o alcuni soggetti istituzionali come i Comuni. Questo anche in linea con quanto affermato dal secondo Piano sanitario regionale.

4.5.1 La collaborazione con la scuola

Un campo particolarmente ricco di esperienze è quello riferito ai rapporti con il mondo della scuola. In tutte le dieci realtà analizzate, il confronto con la scuola è vivace e, di solito, abbastanza continuo nel tempo. Due sono le principali modalità attraverso le quali questo rapporto viene attivato e mantenuto e corrispondono a diversi livelli di coinvolgimento istituzionale.

La prima modalità si riferisce al rapporto fra il Cses e i direttori didattici, i presidi o il Provveditorato spesso attraverso il referente dell'Educazione sanitaria di quest'ultimo; ciò consente di giungere ad una definizione più ampia degli interventi a partire dalla programmazione e dalla verifica dei progetti in corso. Tale rapporto viene mantenuto di regola dal Cses, spesso d'intesa con le altre UsI limitrofe in sede di Coordinamento provinciale.

Una seconda modalità si riferisce ai rapporti fra la singola scuola e il Cses o i sottogruppi attivati *ad hoc* per mettere a punto e seguire la realizzazione dei singoli programmi. Qui le differenze fra UsI diventano più evidenti. In alcune di esse il rapporto con la singola scuola viene mantenuto dal Cses, favorito ora dal fatto che il coordinatore appartiene allo Smiev, ora dal fatto che vi sono all'interno dei nuclei operativi del Cses, come descritti nel paragrafo 4.4, esponenti di questo servizio. Di contro, in situazioni differenti, questo rapporto si realizza solo nella fase di programmazione più generale; in seguito il servizio e i singoli operatori (anche attraverso la figura del medico scolastico) mantengono rapporti con le scuole coinvolte.

Nella maggioranza del Cses presi in esame i rappresentanti della scuola partecipano ai momenti di programmazione delle attività che in qualche modo coinvolgono l'istituzione scolastica. Tali operatori rappresentano i pochi interlocutori esterni che entrano a far parte attivamente del Cses se pur limitatamente a momenti specifici. Spesso la partecipazione dei rappresentanti del Provveditorato in sede di

singolo Cses avviene quale conseguenza di un precedente lavoro realizzato nell'ambito del Coordinamento provinciale, il quale, di norma, costituisce dei gruppi appositi.

Nella maggioranza delle realtà analizzate, con l'esclusione dell'Usl n. 39 di Cesena, e, in misura diversa, dell'Usl n. 12 di Scandiano, questa metodologia di rapporti è consolidata anche se non sempre ha visto nel Cses l'interlocutore principale, infatti, in alcune situazioni (Usl n. 26 e n. 35) è il Smiev a mantenere di fatto questi rapporti.

Certo, come molti hanno fatto rilevare, il mondo della scuola anche nell'affrontare queste tematiche soffre di una rigidità e di un insieme di problemi che lo frenano, non solo nel rapporto con il Cses.

Gli interventi attivati con la scuola sono comunque moltissimi e vanno dall'iniziativa con il singolo plesso scolastico, individuato come portatore di un problema, all'intervento che coinvolge tutto il sistema scolastico di un territorio, in riferimento ad una determinata fascia di età e ad una tematica individuata.

La scelta metodologica fatta di norma è quella di coinvolgere in questi processi non tanto direttamente gli studenti quanto gli insegnanti. A questo proposito, sono stati fatti corsi di formazione e informazione attorno a moltissime tematiche che vanno dall'educazione alimentare, alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici, dall'educazione al posizionamento, alla prevenzione della carie, dall'educazione sessuale alla prevenzione dell'AIDS o di altre patologie.

Viene spesso riportato dagli intervistati come la scuola si rivolga al Cses con domande precise, spesso molto circostanziate su problemi particolari, questo a volte anche in relazione ad una propria programmazione; uno degli sforzi che il Cses d'intesa con il servizio Materno Infantile e con la scuola stessa tende a sviluppare è quello di arrivare alla definizione di un progetto di Educazione sanitaria vero e proprio in genere più ampio rispetto alla singola richiesta.

«Arrivano le richieste della presenza del medico per fare le lezioni sul danno del fumo o altro, e allora si cerca di riproporre la tematica in modo più qualificato all'interno di un contesto più ampio di mantenimento dello stato di salute».

Pare opportuno, a questo proposito, notare come di norma i Cses non siano pienamente a conoscenza dei programmi complessivi della scuola in materia di Educazione sanitaria, la quale, come ricordato nel secondo capitolo, con la legge n. 104/1985 e la legge n. 348/1987 ha previsto momenti a livello provinciale (uffici dell'Educazione sanitaria) per la progettazione di interventi e l'aggiornamento degli insegnanti.

La scuola, quale agenzia educativa primaria, rappresenta quindi anche il principale interlocutore del Cses. A questo proposito si può

sottolineare una tendenza generale emersa dall'indagine: gli intervistati hanno evidenziato come attraverso la scuola, vista come momento di aggregazione già strutturato, sia possibile attivare canali comunicativi con fasce di popolazione 'gravitanti' intorno all'istituzione.

Vi è dunque una scelta metodologica che esclude la diffusione generica dei messaggi sulla falsariga delle campagne di Educazione sanitaria, ma individua punti di aggregazione dei giovani o degli adulti, ai quali rivolgere dei messaggi mirati con metodologie adeguate.

Questa intenzione trova una chiara e possibile applicazione nel mondo della scuola che rappresenta la più grande agenzia educativa ed anche la sede più idonea per coinvolgere anche il mondo degli adulti (i lavoratori della scuola, le famiglie degli scolari, ecc...) su temi di Educazione sanitaria che non riguardano solo i minori.

Con questo ci riferiamo in particolare alle molte iniziative sulla abitudini alimentari che hanno coinvolto 'le mamme' e le maestre delle scuole dell'infanzia, oltre al personale addetto alla preparazione ed alla distribuzione dei pasti (Langhirano, Castelnuovo ne' Monti); spesso si sono trasformate in veri e propri gruppi di lavoro che negli anni hanno portato alla modificazione di alcuni comportamenti non corretti. Pare opportuno sottolineare che queste esperienze sono riscontrabili con maggior frequenza nelle realtà medio-piccole.

4.5.2 I rapporti con gli Enti locali

Un secondo interlocutore privilegiato è rappresentato dagli Enti locali. Anche in quest'ambito le differenze emerse sono notevoli; vi sono realtà nelle quali i Comuni vengono vissuti come elementi centrali della vita sociale e partecipativa, con questi il Cses intrattiene rapporti abbastanza continui e ciò accade in particolare nelle realtà medio-piccole. Gli Enti locali spesso sono chiamati a discutere i programmi annuali o triennali, in particolare sono coinvolti gli Assessori all'istruzione, alla sanità, alla sicurezza sociale, allo sport e tempo libero. Non vi sono però esperienze in cui, all'interno del Cses vi sia un rappresentante dell'Amministrazione comunale se si esclude la realtà dell'Usl n. 10 di Guastalla che vi aveva inserito un assistente sociale del Comune (attualmente l'esperienza è però sospesa).

Nelle città capoluogo di provincia di norma il rapporto con gli assessorati viene tenuto dal coordinatore: a Ravenna ad esempio, una volta all'anno viene convocata la Consulta del decentramento, con gli assessori competenti, il Presidente dell'Usl e il rappresentante delle due Università della Terza età che collaborano con il Comune, per discutere

e verificare i programmi da portare poi nelle commissioni e nei servizi dei quartieri. Come qualcuno degli intervistati ha sottolineato:

«queste prese di contatto sono spesso un'operazione di marketing, quasi un'operazione di vendita dell'immagine e delle attività di Educazione sanitaria rivolte alla popolazione che i Cses adottano da un lato per fare conoscere la loro esistenza e per accreditarsi come interlocutore privilegiato attorno a queste materie, dall'altro per potere avere da parte del Comune una sorta di sponsorizzazione anche economica e comunque di partecipazione e di messa a disposizione di strumentazione e di ambienti».

Da parte delle amministrazioni locali, a parere degli intervistati, vi è un'attenzione, a volte anche rilevante, per le iniziative di Educazione sanitaria avviate dall'Usl, ma nel contempo viene lamentata una scarsa disponibilità a partecipare alla programmazione complessiva delle attività ed a segnalare temi particolari in relazione alle caratteristiche del territorio.

In alcuni casi è stata citata la richiesta di collaborazione su progetti già definiti o già avviati da parte delle Amministrazioni comunali, soprattutto per quello che riguarda le iniziative rivolte al più giovani, ai centri adolescenti, alle realtà che coinvolgono, dal punto di vista ricreativo o sportivo, gli adolescenti (Usl n. 12 di Scandiano).

Va, a nostro avviso, constatato come il rapporto fra Cses e Comuni non sfugga alle modalità più generali di rapporto fra Usl ed Enti locali, spesso caratterizzato da una sorta di separatezza o di delega deresponsabilizzante del Comune stesso.

4.5.3 La collaborazione con i soggetti non istituzionali

Si è posta l'attenzione, fino ad ora, sui rapporti fra Cses e alcuni interlocutori istituzionali quali la scuola e gli Enti locali; di seguito si cercherà invece di riportare quanto scaturito dagli approfondimenti di casi circa la collaborazione avviata dal Cses con le forme di aggregazione spontanea della società civile. Si è avuta cura, dove è stato possibile, di indagare la natura di questo rapporto, sia in riferimento ai prodotti dell'attività, sia in riferimento al contributo programmatico dei soggetti non istituzionali.

Un primo ambito riguarda il rapporto con i momenti di aggregazione degli anziani: quasi in ogni Usl presa in esame, si è cercato da parte del

Cses di instaurare un rapporto con l'Università degli anziani, i centri sociali, le associazioni che a vario titolo raggruppano le persone 'avanti nell'età'. Si tratta in genere di rapporti che si sono svolti in modo abbastanza positivo e lineare senza contrasti con altri servizi, quali la Medicina di Base, il Servizio Sociale, il Servizio Ospedaliero che, a titolo diverso, si occupano dei problemi inerenti la terza e la quarta età. Gli anziani, interlocutori principali su alcune tematiche quali quelle dell'educazione alimentare e dell'uso corretto dei farmaci, spesso si rivolgono direttamente al Cses.

Si può sottolineare in quasi tutte le Usl oggetto di analisi come vengano avanzate richieste dai centri sociali o dalle Università anziani che rappresentano il pretesto ed anche, molto spesso, l'inizio di un rapporto poi continuativo con queste aggregazioni assai vivaci nel domandare contributi illustrativi e dimostrativi e spiegazioni su tutte le materie di Educazione sanitaria.

Assai disomogenee si rivelano invece le singole esperienze concernenti i rapporti con altri interlocutori esterni e soprattutto con il volontariato. La vasta area del volontariato ha in genere scarsi rapporti con il Cses, il quale raramente sembra cercare nelle aggregazioni spontanee dei cittadini dei *partners* ai propri processi di programmazione e identificazione degli obiettivi. Le aggregazioni del volontariato sono considerate come una sorta di «arena» esterna, nella quale è possibile portare un messaggio mirato ad individui disposti ad accettarlo proprio perché all'interno di un'organizzazione o di un'associazione liberamente scelta e di cui condividono i valori.

Ad esemplificazione della valenza di *partner* assunta dal volontariato ci sembra opportuno riportare l'esperienza dell'Usl n. 7 di Langhirano: in questa realtà, priva della struttura ospedaliera e dove le Amministrazioni locali non sono vissute in modo particolarmente pregnante come sede di partecipazione, assumono un ruolo centrale le organizzazioni di volontariato perché assai conosciute ed apprezzate dalla gente: le associazioni di mutuo soccorso, le 'croci', l'Avis, tutte le associazioni che a vario titolo rappresentano in un territorio assai vasto e sprovvisto di struttura ospedaliera, indispensabili reti di solidarietà in caso di emergenza. Queste sono in grado di mettere a contatto la maggioranza dei cittadini, di avere momenti di riunione comuni, feste, incontri, momenti di riflessione e di rappresentare un interlocutore attivo. Si tratta in sostanza dell'identificazione di un soggetto sociale con il quale mettere a punto programmi e strumenti, e che spesso partecipa anche economicamente alla realizzazione delle iniziative.

Nelle altre Usl prese in esame, il mondo del volontariato sembra non essere stato coinvolto nei momenti di programmazione, ma chiamato a partecipare ai singoli interventi; in altre situazioni, come a San Giovanni in Persiceto si è registrato un apporto progettuale e partecipativo

specifico su tematiche già individuate quali quelle ambientali.

Vi è anche da sottolineare come il volontariato, che prevalentemente si occupa di problematiche sociali, abbia come interlocutore il servizio sociale, uno dei servizi per lo più assenti dalla programmazione e dall'organizzazione delle iniziative di Educazione sanitaria che scaturiscono dal Cses, per le motivazioni a cui si faceva cenno nel capitolo precedente; questo, di fatto, indebolisce uno dei canali più importanti di rapporto con il volontariato.

Vi è poi un ampio gruppo di associazioni che potremmo definire *partners specialistici*, in particolare i centri di Medicina Sociale, le associazioni di familiari o di soggetti affetti da particolari patologie (quali l'Associazione dei diabetici, tutte le associazioni che a vario titolo si occupano di portatori di handicap o patologie specifiche; oltre a varie associazioni che promuovono una cultura di solidarismo in ambito sanitario (quali l'Avis, l'Aldo, le diverse associazioni per la lotta ai tumori). Le iniziative proposte da queste associazioni che entrano spesso sul terreno proprio dell'Educazione sanitaria non coinvolgono quasi mai, neanche sotto il profilo informativo, il Cses.

E' la struttura ospedaliera, e specificatamente le divisioni o i centri che si occupano di queste patologie ad avere un rapporto continuo e positivo con queste Associazioni che attraverso la loro voce e il loro impegno contribuiscono a potenziare le strutture fisiche e tecnologiche messe a disposizione. In questi centri oltre a rappresentare, nell'impatto con la popolazione, uno strumento importante di trasmissione di conoscenze di Educazione sanitaria.

In sintesi, si potrebbe affermare che, ancora una volta, il Cses nel rapporto con le aggregazioni spontanee della società civile sconta la rigidità dell'Usl nel suo complesso e la separatezza dei servizi; risulta assai evidente come un passo considerato minimale, ma ormai irrinunciabile da tutti gli intervistati, vede compiuto nella direzione di una sorta di censimento interno ad ogni Usl delle Iniziative di Educazione sanitaria che vengono avviate sia dal Cses che dai vari servizi.

4.5.4 Altri interlocutori *del Cses*

Un interlocutore assai poco presente in questo contesto è il sindacato. Le organizzazioni sindacali, a detta degli intervistati non rappresentano infatti un interlocutore attivo, cercano la collaborazione con il Cses e si rivolgono di norma al servizio di medicina del lavoro. I non sempre fluidi rapporti fra quest'ultimo e il Cses (già descritti nel

paragrafo 4.2.2), rappresentano probabilmente lo snodo del problema del mancato rapporto con le organizzazioni sindacali.

A ciò probabilmente vanno aggiunte anche le caratteristiche che l'organizzazione del lavoro assume in diverse situazioni. Spesso ci si trova davanti ad attività particolarmente parcellizzate dove l'intervento richiesto è sostanzialmente specialistico e dove evidentemente non viene visto in questi momenti di aggregazione, un luogo in cui portare delle tematiche di Educazione sanitaria non strettamente legate all'attività produttiva.

L'unico esempio che in parte si discosta da questa situazione è quello dell'Usl n. 7 di Langhirano, nella quale il servizio di medicina del lavoro è particolarmente attivo all'interno del Cses e ha sviluppato una tematica sociale importante anche all'interno dei luoghi di lavoro. Si tratta della tematica dell'alcoolismo, sulla quale il Cses di Langhirano sta approntando un intervento articolato che coinvolge anche i medici di base ed il servizio di medicina del lavoro che ha fatto da tramite con le organizzazioni sindacali, con lo scopo di affrontare questo tema anche all'interno della struttura produttiva.

La rete dei rapporti non continui intrattenuti dal Cses è assai vasta, e tocca molte realtà esterne istituzionali e non, è prevalentemente improntata al coinvolgimento su singole iniziative, anche perché si rivolge ad agenzie specialistiche (come i vigili del fuoco e le croci, che contribuiscono alla realizzazione di iniziative sulla sicurezza stradale); o perché si rivolge ad associazioni ed agenzie (come le associazioni dei lavoratori autonomi o dei commercianti), che richiedono e sono disposti a recepire prevalentemente messaggi specialistici una tantum.

4.5.5 II rapporto con i mezzi di comunicazione di massa

Un'osservazione a parte è stata riservata al rapporto con i media sia della carta stampata che radio-televisivi. Si tratta in questo caso di un rapporto non con un soggetto sociale ma con uno strumento di comunicazione che assume sempre maggiore importanza. E raro tuttavia che i Cses o le Usl nel loro complesso stabiliscano rapporti di collaborazione sistematica con i mezzi radio televisivi o con la stampa: ci si limita ad un utilizzo relativo a occasioni specifiche.

Fra le poche realtà che hanno un rapporto abbastanza continuo con le emittenti radiofoniche locali è individuabile il Cses dell'Usl n. 27 che ha curato una serie di programmi finalizzati a informare circa le attività dei servizi dell' Usl, ed anche a fornire una serie di indicazioni sui comportamenti idonei a mantenere lo stato di salute; una attività di

organizzazione, reperimento degli specialisti e conduzione realizzata in prima persona dal Cses: quest'ultimo, peraltro, rappresenta ora, per queste emittenti radiofoniche o televisive locali, un punto di riferimento nel caso di inserimento nel palinsesto di programmazione, di materie di natura sanitaria.

Altra iniziativa da sottolineare è quella del Cses dell'Usl n. 1 di Piacenza che ha continui rapporti con i mass-media e pubblica di frequente informazioni nonché articoli sul quotidiano di Piacenza, *la Libertà*, e utilizza i canali di tv e radio locali per le attività di Educazione sanitaria. Nel descrivere questi rapporti con i media, si è voluto fare riferimento a quei rapporti che si verificano con una certa continuità nel tempo. Ciò non toglie che esistano rapporti fruttuosi ed efficaci che vengono allacciati di volta in volta con varie agenzie di comunicazione su singole iniziative sia dal Cses che dai singoli servizi; in particolari realtà come ad esempio nell'Usi di Modena e di Scandiano sono i vari servizi a curare alcune rubriche sanitarie inserite nel palinsesto delle emittenti radiofoniche locali senza l'intermediazione del Cses o la collaborazione di questo alla fase programmatoria e di coordinamento.

4.5.6 Osservazioni di sintesi

Si potrebbe a questo punto tentare di ricondurre a tre condizioni emblematiche i diversi tipi di collegamento che i Cses intrattengono con le realtà esterne:

- * un primo gruppo comprende i Cses che hanno rivolto la propria attenzione, in particolare, al mondo della scuola ed hanno rapporti abbastanza continui con le amministrazioni locali; sono in genere le Usi che operano con maggior aderenza al modello proposto da secondo Piano sanitario regionale;
- * un secondo gruppo, meno consistente del primo, comprende quei Cses che hanno individuato, oltre alla scuola e agli Enti locali, altri interlocutori, attivando una serie di rapporti anche con il volontariato o con realtà presenti specificatamente in quel territorio. Fra questi Cses, si possono identificare anche quelli che al di là del modello organizzativo scelto, hanno maggior "riconoscimento" di ruolo nel proprio contesto;
- * un terzo gruppo comprende i Cses che hanno difficoltà a rapportarsi con l'esterno in maniera continua e perciò avviano rapporti ogni volta che viene messo in cantiere un progetto cercando interlocutori e alleanze, legate alle singole iniziative. Si tratta in genere di Usi nelle quali la forza dei singoli servizi è

largamente condizionante l'attività del Cses o in cui questo non ha raggiunto in questi anni per svariati motivi quella chiarezza di ruolo minima all'interno dell'Usi che gli permette di rapportarsi in qualche misura con l'esterno.

4.6 Gli strumenti operativi del Cses, alcuni spunti di riflessione

Nel caso delle interviste sono state raccolte informazioni circa la strumentazione, il personale in dotazione e la disponibilità di risorse di cui ciascun Cses si avvale. Sono state anche raccolte le eventuali denunce circa carenze giudicate determinanti per il funzionamento stesso dei Cses.

Un problema sottolineato con evidenza, che accomuna quasi tutte le realtà territoriali, è la **mancanza di una sede fissa**; gli unici ad usufruire di una sede stabile dove custodire le attrezzature, svolgere le riunioni, fare programmazione e realizzare le attività, sono il Cses di Ravenna, anche in considerazione del ruolo per la documentazione rivestito all'interno della Regione, e quello dell'Usi n. 27 di Bologna Ovest e il Cses dell'Usi n. 12 di Scandiano. Tutte le altre realtà lamentano la mancanza di una struttura stabile, anche di dimensioni modeste:

«non è facile individuare una sede per il Cses; però occorrerebbe perlomeno un armadio dove tenere tutta la nostra roba».

E' evidente che il problema è stato posto in particolare evidenza da quegli operatori che aderiscono al modello teorico del Cses proposto dai documenti regionali. Attualmente i Cses sono comunque, nella maggioranza dei casi, itineranti; la sede dove tenere le riunioni, dove incontrarsi, dove custodire i materiali a disposizione, è presa a prestito di volta in volta da ciascun servizio. Solo il coordinamento dell'Usi n. 2 di Piacenza rileva alcuni elementi positivi di questo modo di procedere:

«il Cses non dispone di una sede fissa, ma può contare sull'ottima collaborazione con i servizi, che riescono a ricavare uno spazio per gli incontri. Questa, comunque, non è una flessibilità legata all'improvvisazione, ma è funzionale a far andare le cose in un certo modo e a tenere i rapporti con tutti i servizi».

Accanto al problema relativo alla mancanza di una sede e a questo abbastanza connesso, emerge la necessità, sollevata da alcuni

intervistati, di dotarsi di una *figura che svolga funzioni di segreteria*. A questa potrebbero essere affidate diverse e molteplici mansioni anche molto semplici, ma necessarie: il reperimento della sede dove tenere le riunioni, la comunicazione di questa ai membri del coordinamento, la gestione del materiale didattico e di documentazione sull'Educazione sanitaria, la battitura della relazione sull'attività svolta e sui progetti e ancora, la compilazione del verbale delle riunioni, la predisposizione della documentazione da presentare al responsabile del servizio, a testimonianza della partecipazione alle riunioni. L'esigenza è stata sottolineata con insistenza soprattutto in quelle realtà che avevano al proprio interno, anche se con rapporto non formalizzato, una persona che svolgeva tali mansioni, e che ora, per diversi motivi, non è più presente. La figura individuata come necessaria rappresenterebbe sostanzialmente un 'factotum' deputato a mansioni organizzative, di coordinamento del lavoro e di mantenimento di una continuità delle attività, perlomeno nelle realtà che a tale continuità sono interessate.

Viene sottolineata, inoltre, l'importanza di avere all'interno del coordinamento, e ad esso precisamente destinate, anche se per un numero limitato di ore, altre *figure con specifiche competenze professionali*

Si tratta in prima istanza di amministrativi, cioè di operatori che si occupino prevalentemente delle questioni finanziarie. Su queste ultime, infatti, pochissimi intervistati sembrano «avere le idee chiare»; i membri del coordinamento non sono a conoscenza della provenienza dei finanziamenti destinati alle attività di Educazione sanitaria. Per lo più affermano che questi non vengono dal bilancio ordinario dell'Usl, forse anche perché ritengono che l'Educazione sanitaria abbia un'importanza secondaria all'interno dell'Usl che porterebbe le autorità competenti in materia a non investire denaro per questo fine.

Questa opinione risulta avvalorata dai colloqui con i coordinatori amministrativi che in effetti ammettono resistenza di una linea gestionale più propensa al finanziamento di altre attività, che non a quelle dell'Educazione sanitaria.

Una testimonianza individua tra le funzioni di cui dovrebbe farsi carico un ipotetico

«esperto in materie giuridiche-finanziarie con il compito di provvedere all'individuazione delle leggi nazionali e regionali da cui poter attingere finanziamenti per specifiche attività, la realizzazione degli atti necessari per attingere a quel finanziamento, il controllo dell'iter della pratica e l'operazione di verifica sulla regolarità dei pagamenti».

Un esperto, insomma, che si occupi sostanzialmente del reperimento

dei fondi disponibili e degli stanziamenti necessari allo svolgimento delle attività, all'interno di un gruppo di coordinamento oggi non sufficientemente informato su queste tematiche.

Era d'altronde nelle linee indicate dalla Regione che il Cses disponesse, per il suo funzionamento, di un supporto amministrativo e di un supporto tecnico-organizzativo necessari a garantire sia la gestione amministrativa sia quella relativa alle strumentazioni ed ai materiali di documentazione di ciascuna Usl.

Anche per quanto riguarda le strumentazioni a disposizione, è stato evidenziato un quadro abbastanza eterogeneo di situazioni.

Le attrezzature attualmente a disposizione sono state acquistate negli anni passati, per lo più con residui di fondi utilizzati per progetti-obiettivo, e sono soprattutto lavagne luminose, lucidi, videotape, e in taluni casi, videocamera, televisione, videocassette. In una sola Usl (quella di Modena) è a disposizione un computer, utilizzato fino ad ora per il trattamento di testi (con programmi di videoscrittura), ma di prossimo impiego per la realizzazione di un archivio dove catalogare le Iniziative di Educazione sanitaria attuate.

In alcune Usl il Cses non ha a propria disposizione alcuna attrezzatura, pur essendo impegnato direttamente in attività di Educazione sanitaria, per svolgere le quali ricorre al prestito da altri servizi; altri Cses, pur non essendo in effetti operativi, dispongono di strumentazioni, anche costose; altri ancora sono riusciti a dotarsi di materiale, nominalmente proprio del Cses, ma effettivamente utilizzato da uno o pochi servizi che perseguono autonomamente iniziative di Educazione sanitaria; altri, infine, hanno un proprio corredo strumentale utilizzato attivamente e che viene prestato all'interno della Usl. L'aspirazione comune è quella di dotarsi di attrezzature, o in ogni modo di utilizzare correttamente quelle esistenti nella Usl evitando sprechi, il Cses potrebbe coordinare questo utilizzo; è inutile sottolineare come la dotazione di strumenti richiami nuovamente il problema di disporre di una sede per la loro custodia.

Un altro problema è quello di poter disporre di una raccolta di documentazione relativa alle attività svolte nella Usl in tema di Educazione sanitaria.

In quasi tutte le realtà viene sollevato il problema inerente la necessità di conservare 'memoria' delle iniziative attuate in materia di Educazione sanitaria nell'Usl, anche se non sempre con la finalità di trasmetterle poi ad altri. Le proposte vanno dalla pubblicazione sotto forma di quaderni delle attività realizzate, alla loro archiviazione su computer (come più sopra rilevato); dalla costituzione di un Centro di documentazione per uso interno, dove raccogliere anche materiale proveniente da altre esperienze (questo è costituito ed operativo, per esempio, a Cesena e a Piacenza).

Caso del tutto particolare è, evidentemente, il *Centro Dres di Documentazione Regionale per L'Educazione sanitaria* con sede presso l'Usl di Ravenna, che si prefigge lo scopo primario di promuovere la diffusione e la circolazione della documentazione inerente l'Educazione sanitaria, con particolare riferimento al materiale bibliografico ed audiovisivo, attivando una periodica informazione, alla Regione e alle Usl, circa le esperienze realizzate anche a livello nazionale. Il Dres ha anche la finalità di favorire il raccordo con il Sendes per garantire la completezza dell'informazione anche dei diversi Centri di Documentazione operanti in Emilia-Romagna.

I Cses delle diverse Usl possono cioè richiedere al Centro Dres indicazioni bibliografiche o documentazioni ritenute necessarie per lo svolgimento della loro attività; dovrebbero, a loro volta, inviare al Centro di Ravenna la documentazione ritenuta significativa delle proprie attività. Questo scambio non pare tuttavia funzionare ancora 'a regime'; le Usl, a volte, si avvalgono dei servizi del Centro, ma raramente inviano i materiali di documentazione sulle loro esperienze, anche perché non esiste ancora una procedura che sollecita con regolarità tale collaborazione.

Si ritiene comunque che nell'immediato futuro saranno promossi più efficienti canali di comunicazione tra i Cses e il Centro Dres, anche in conseguenza delle recenti trasformazioni in esso introdotte (fino ad ora il Centro di Ravenna fungeva da referente e da tramite con le attività del Sendes di Perugia, mentre ormai ha acquisito una sua autonomia).

4.7 L'attività di Educazione sanitaria; i diversi approcci al problema

In generale le Usl hanno approfondito ampiamente le tematiche proposte dai due Piani sanitari regionali e cioè l'igiene alimentare, l'igiene ambientale e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, ma anche altre tematiche sollecitate dalle diverse esigenze presenti sugli specifici territori.

L'analisi dei casi ha confermato quanto emerso nella prima parte della ricerca e cioè che in tutte le Usl sono state attivate più o meno articolate iniziative di Educazione sanitaria e che anche Usl in cui l'esperienza del Cses ha incontrato rilevanti difficoltà possono vantare iniziative di particolare interesse metodologico e contenutistico.

Questo perché relativamente ad alcune tematiche come, ad esempio, l'educazione alimentare, si aveva un'esperienza ormai più che ventennale, portata avanti dagli operatori della scuola, dei comuni e, in

seguito, delle Usl che hanno via via saputo coinvolgere sia la competenza dell'Università, che il sostegno e la collaborazione di altri soggetti privati quali, ad esempio, il mondo cooperativo.

In tema di educazione alimentare si sono privilegiati interventi per fasce d'età. La maggior parte delle iniziative sono state indirizzate ai ragazzi della scuola dell'obbligo e gestite in collaborazione scuola e Usl, e, a volte, anche da altri protagonisti del settore privato come, ad esempio, le cooperative di consumo.

La metodologia utilizzata ha privilegiato la formazione degli insegnanti, la somministrazione, l'elaborazione e la discussione delle risultanze di questionari utilizzati per rilevare i comportamenti alimentari più diffusi tra i ragazzi.

Le Usl in collaborazione con gli Enti Locali, hanno rivolto iniziative di educazione alimentare agli anziani nel quadro dei programmi di animazione del tempo libero, e alla prima infanzia nel contesto delle attività dei servizi di nido e della scuola materna.

Negli ultimi anni, oltre a queste fasce 'tradizionalmente' destinatarie di iniziative di prevenzione in rapporto ad una corretta alimentazione, è cresciuta una tendenza a rivolgersi anche alla popolazione nel suo insieme, con 'campagne' o iniziative comunque destinate a grandi numeri di utenti. Il fenomeno ha visto come primi promotori i mass-media e ha finito per assumere proporzioni tanto rilevanti da rendere difficile alla struttura pubblica l'assumere (come sarebbe necessario, secondo il parere degli intervistati) il ruolo che le compete di coordinamento, informazione, controllo.

Gli interventi sui rischi dell'ambiente di lavoro sono, come si è più volte detto, una componente costante delle azioni dei servizi di Medicina del Lavoro ormai da anni; più recente impulso hanno invece avuto gli interventi di Educazione sanitaria rivolti alla più generale tematica dell'igiene ambientale spesso strettamente connessa alla precedente. Nelle realtà considerate essi hanno riguardato prevalentemente i rischi connessi all'uso massiccio di fitofarmaci e pesticidi nelle aree agricole e rischi di Inquinamento industriale soprattutto nelle aree comprensoriali omogenee, come nel caso dell'Usl n. 12 di Scandiano.

Anche i rischi domestici, soprattutto per quanto riguarda i bambini, sono stati oggetto di un'attenzione preventiva specifica: ci si è proposti la formazione di una coscienza alla sicurezza, ma si sono anche sostenute iniziative e campagne per sollecitare l'intervento della legislazione al fine di fissare criteri di omologazione di sicurezza per i prodotti e le apparecchiature di largo consumo.

Altro importante ambito d'intervento è l'educazione ad un corretto uso dei farmaci che tende a concentrare su di sé un'attenzione crescente, per la rilevanza che il problema oggi assume, anche sotto il profilo del controllo di una spesa sanitaria e farmaceutica eccessiva e

gravosa in termini di bilancio.

Le iniziative svolte in quest'ambito mirano a vari obiettivi: di informazione, ma anche di rafforzamento di più validi modelli di relazione medico-paziente, o di valorizzazione della figura professionale del farmacista.

Sul piano informativo esiste invece una concorrenza di contributi, espressi da parte di Aziende Farmaceutiche Municipalizzate, emittenti radio-televisive, scuola, biblioteche, ecc...

L'Educazione sanitaria finalizzata alla prevenzione delle tossicodipendenze vede ancora una volta, una molteplicità di collaborazioni tra Usl e istituzione scolastica che in questa materia ha gestito specifici programmi ministeriali soprattutto riguardanti la formazione degli insegnanti.

Dopo una prima fase in cui gli interventi avevano prevalentemente carattere informativo riguardo agli aspetti medici e farmacologici del problema, e assumevano per lo più la forma di convegni, conferenze, tavole rotonde, si è passati ad una diversa metodologia che tende a non disgiungere l'intervento preventivo specifico dall'attività educativa complessiva: si offre cioè agli insegnanti l'occasione di ripensare e ridefinire il proprio ruolo e la loro capacità d'interpretare i problemi più complessivi del disagio giovanile.

Più recente è l'attenzione alla tematica dell'alcoolismo che, come si è visto nella realtà di Langhirano, richiede una particolare attenzione alle specificità con cui si presenta nei diversi contesti territoriali.

L'Educazione sanitaria in tema di sessualità e maternità si è sviluppata principalmente nell'ambito delle attività consultoriali. I recentissimi consultori per adolescenti hanno, ad esempio, a Bologna, attuato collaborazioni con le scuole.

Tutte le Usl inoltre hanno promosso iniziative riguardanti la diffusione delle informazioni sulla rete dei servizi disponibili al fine di promuoverne l'accessibilità, la fruibilità e il loro corretto uso.

La rassegna delle tematiche svolte non è certamente esaustiva, ma fornisce un'idea della molteplicità delle esperienze anche se realizzate in modo non coordinato nell'ambito di obiettivi complessivi e comuni ai singoli servizi.

Alcune di queste attività infatti, non 'passano' dal Cses neppure a livello d'informazione. Caso ancora più complesso è quello dell'Usl n. 13 di Castelnuovo ne' Monti, in cui sono state svolte una molteplicità di iniziative, nonostante il Cses non sia sostanzialmente operante.

L'orientamento dell'Usl di Castelnuovo ne' Monti non è, tuttavia, come in altri casi, il risultato di mancanza di scelte, ma può essere configurata come una scelta di un modello diverso; in relazione infatti all'ampiezza del territorio e alla scarsità del personale così come al turn-over che spesso caratterizza le realtà periferiche, si è ritenuto che

non esistessero le condizioni in termini di risorse disponibili per un'effettiva attuazione dei Cses; d'altro canto la dimensione limitata dei servizi sembrava consentire possibilità di coordinamento anche 'informali' che potevano tuttavia essere promosse e sostenute da un'unica figura di referente. L'operatore, in passato identificato come coordinatore del Cses, è andato assumendo un ruolo importante di 'referente' per tutti i servizi.

La programmazione degli interventi di Educazione sanitaria avviene perciò all'interno dei Piani attuativi dei singoli servizi sia in relazione agli obiettivi fissati dal Piano sanitario regionale, sia in rapporto alla realtà locale.

Particolarmente legata alla realtà locale e in specifico alla configurazione territoriale dell'Usl è la scelta di utilizzare ampiamente strumentazioni informatiche.

In ogni sede distrettuale e nella sala d'aspetto dell'ospedale (e non si dimentichi la lontananza tra una sede e l'altra) sono disponibili computers per l'utilizzo di software di grafica computerizzata che utilizzano la visualizzazione di messaggi e di storiboards. Sono stati prodotti alcuni programmi nel campo dell'alimentazione, della lotta al fumo e in tema di diete, asma bronchiali, ecc...

Questa 'videoteca' è utilizzata come si è detto all'interno delle sedi dei servizi, ma può essere utilizzata anche da istituzioni esterne, come ad esempio la scuola. L'iniziativa ha richiesto ovviamente una forte responsabilizzazione del referente per l'Educazione sanitaria in collaborazione con i singoli servizi

In generale, non sempre tuttavia, il non funzionamento del Cses è accompagnato ed è conseguente a scelte specifiche come nel caso di Castelnuovo ne' Monti. In alcuni casi, il Cses stenta a funzionare proprio perché i singoli servizi, con esperienze consolidate in tema di Educazione sanitaria, tendono a 'rimanere realtà a sé stanti'. Ciò accade soprattutto per quanto riguarda il servizio di Medicina del Lavoro, ma anche per il servizio Materno Infantile.

In questi casi le Usl possono presentare un'ampia gamma di iniziative di Educazione sanitaria anche se si riconosce un difficile funzionamento del Cses.

In queste realtà tuttavia pare evidenziarsi una non omogenea concezione di cosa possa o debba essere l'Educazione sanitaria nel sistema sanitario complessivo. Alcuni servizi paiono più orientati verso l'attivazione di campagne, altri verso iniziative per piccoli gruppi; vengono utilizzate metodologie d'intervento e tipologie di messaggi molto diversi, ecc...

La mancanza di un confronto tra servizi e approcci disciplinari diversi non consente di affrontare correttamente il rapporto tra obiettivi specificatamente *informativi* (volti ad arricchire le conoscenze e quindi a

orientare i comportamenti individuali e collettivi riguardo ad obiettivi prefissati) ed *obiettivi educativi più* generali centrati sulla realizzazione di una 'cultura diffusa' della salute. Nel primo caso infatti, (obiettivi specifici) il sistema sanitario promuove azioni che devono generare conseguenze che possono essere più facilmente 'lette' e valutate, mentre nel secondo caso, (azione pedagogica diffusa) si deve disporre di strumenti diversi di lettura e valutazione.

Un'Educazione sanitaria che si proponga prevalentemente la promozione di una nuova cultura della salute pone infatti, in primo piano il coinvolgimento di altre strutture ed istituzioni come ad esempio, la scuola e l'utilizzo di operatori di professionalità diverse da quelle prettamente sanitarie.

In generale, cioè, si può dire che lo studio dei casi ha confermato una non omogenea concezione di Educazione sanitaria.

Analoghe osservazioni possono essere fatte circa il rapporto tra Educazione sanitaria 'formale' (organizzata 'per progetti' e coordinata dal Cses) e 'informale' che è una dimensione costante del funzionamento dei servizi, soprattutto se si tratta di servizi definibili come 'preventivi'. Il problema che si pone è se il modello organizzativo prescelto è idoneo a sostenere entrambi questi aspetti.

Il Cses infatti non è mai intervenuto con iniziative a sostegno dell'Educazione sanitaria informale, ad esempio con corsi rivolti al personale sanitario, se non all'interno dei corsi delle scuole infermieri.

5. OSSERVAZIONI DI SINTESI: ALCUNI NODI PROBLEMATICI E SCENARI POSSIBILI

L'acquisizione dei dati di ricerca presso i Cses di ogni Usl della regione, nonché attraverso la conduzione di alcuni 'studi di caso' volti ad approfondire aspetti specifici del settore consente di formulare alcune osservazioni finali e conclusive dell'itinerario di ricerca adottato.

Nel delineare tali osservazioni occorre, tuttavia, precisare che esse non possono essere interpretate come una valutazione complessiva della situazione dei Cses; le indicazioni analitiche e critiche che si potranno formulare sono necessariamente limitate ai problemi di natura sociologica ed interorganizzativa, in merito ai quali è stato possibile condurre una attività di ricerca mirata. Di tali problemi ci si occuperà, quindi, cercando di indicare altresì le aree dove sviluppare interventi di sviluppo organizzativo degli Cses.

Nel prospettare il quadro di riferimento teorico per l'analisi degli Cses e delle attività di Educazione sanitaria, abbiamo in precedenza messo in evidenza due aspetti:

- la **multidimensionalità** con cui si esplicano le attività di Educazione sanitaria; tali attività, infatti, se sono configurabili specificamente nelle loro valenze comunicative, vanno ad incidere significativamente sia sulla sfera delle relazioni tra il sistema sanitario e l'ambiente sociale sia sui processi decisionali ed organizzativi che concernono la dinamica del sistema sanitario nel suo complesso.

- la rilevanza 'politica' dell'Educazione sanitaria rispetto al sistema sanitario in quanto essa si colloca in un **contesto di relazioni interorganizzative** molto estese e distribuite a diversi livelli nel sistema delle attività sanitarie; in base ad esse l'Educazione sanitaria evidenzia il suo ruolo di 'interferenza' nei processi di comunicazione,

decisione ed organizzazione delle funzioni sanitarie ed assistenziali.

Da tale impostazione discendeva un *quadro di ipotesi* che tendeva a mettere in evidenza la inevitabile disomogeneità delle soluzioni organizzative date nelle diverse Usl alla Educazione sanitaria ed agli Cses, e conseguentemente il necessario condizionamento che sulle performances degli Cses vanno ad esercitare variabili legate all'organizzazione dei saperi (specialismi medico-sanitari), nonché alla organizzazione dei servizi (esasperata divisione del lavoro).

Dagli elementi analitici raccolti ci sembra che rispetto a tali ipotesi si possano mettere in evidenza due aspetti:

- in primo luogo, la conferma che nella multiforme configurazione degli Cses sia difficile individuare un modello organizzativo omogeneo ed univoco; e ciò non tanto sul piano della rappresentazione della struttura degli Cses, quanto piuttosto dei comportamenti fattuali che si possono osservare nel funzionamento degli stessi nell'ambito delle relazioni tra questi e l'ambiente esterno, tra questi ed i servizi dell'Usl;

- in secondo luogo, la verifica del carattere di *interferenza* che viene ad assumere in via ordinaria la funzione comunicativa ed organizzativa degli Cses; ciò significa che c'è un modo di essere degli Cses, al di là delle diverse rappresentazioni, che rende questa unità specificamente *interattiva* con le diverse componenti ambientali esterne ed interne all'organizzazione sanitaria. Tale valenza forse non viene adeguatamente considerata e ponderata all'interno degli Cses da parte degli attori che ne sono protagonisti.

Ciò comporta l'esigenza di cogliere i **nodi problematici** che l'attuale situazione degli Cses complessivamente presenta. Nel delineare alcuni di tali problemi prendiamo dapprima in considerazione quelli relativi alla *natura interorganizzativa* della struttura e delle performances dei Cses per poi approfondire i temi relativi alla sua **dimensione comunicativa**.

5.1 La dimensione interorganizzativa dei Cses: fattori che hanno facilitato o ostacolato il raggiungimento dei fini istituzionali

In generale si può osservare che le diverse linee di sviluppo intraprese dai Cses possono essere attribuite alle varie interpretazioni del *modello cooperativo* che nelle sue linee generali, è accettato sia dagli operatori del Cses, che dagli altri operatori, dai responsabili di servizio e dagli amministratori. Tali interpretazioni sono in primo luogo riconducibili al diverso 'peso', ma anche ai diversi significati che vengono attribuiti all'Educazione sanitaria soprattutto dagli operatori

che non fanno parte dei Cses.

La denuncia di una «disomogenea considerazione del ruolo dell'Educazione sanitaria» emersa dalla compilazione della scheda di rilevazione ha trovato, infatti, conferma e ulteriori specificazioni nell'ambito degli studi dei casi.

L'indeterminatezza organizzativa può cioè dipendere da una mancanza di consapevolezza circa la multidimensionalità dell'Educazione sanitaria che è considerata troppo spesso, aldilà delle dichiarazioni di principio, come elemento esogeno che non entra nella strategia complessiva dell'azione sanitaria.

Non viene perciò riconosciuta la natura interorganizzativa del Cses, quale fautore di una rete di relazioni interorganizzative (all'interno e all'esterno dell'Usl), cioè di processi di comunicazione, di mobilitazione di risorse e anche di tensioni e di conflitti che devono e possono essere interpretati come un segnale di dinamismo della struttura.

Una prima indicazione per chi voglia valutare ruolo e funzioni dei Cses è quella innanzitutto di non considerare le variabili organizzative separatamente dalla più generale problematica relativa alla concezione stessa dell'Educazione sanitaria e di non esaminare i problemi di funzionamento dei Cses, limitandosi ad un'analisi della loro struttura interna, che non consente l'individuazione di ciò che più conta, cioè delle strategie sue proprie.

La ricerca ha infatti tentato di indicare se e come i Cses siano uno strumento di attivazione di una 'rete di saperi', di 'emittenti' comunicative, o di momenti decisionali, e ha evidenziato come siano al centro di una 'organizzazione complessa' che come tale deve essere esaminata.

Si sono cioè utilizzati strumenti di analisi organizzativa che tenessero conto che «l'autonomia di una organizzazione è limitata dalla presenza di altre organizzazioni, e che in un mondo composto essenzialmente di organizzazioni, l'ambiente significativo di una organizzazione è composto di altre organizzazioni»!

Si è così segnata una prima difficoltà metodologica riguardante la definizione dell'oggetto stesso della ricerca, il Cses: se il Cses dovesse essere considerato come un'unità organizzativa a sé stante che si pone in relazione con altre o uno strumento organizzativo agente all'interno di una organizzazione complessa come la Usl.

Si è scelto di analizzare il Cses come 'struttura organizzativa trasversale' all'interno dell'Usl che introduce cioè elementi forti di comunicazioni e di collaborazioni in una struttura verticale articolata per servizi abbastanza separati tra loro com'è quella della Usl.

Si è utilizzato innanzitutto un approccio sistemico capace di individuare il complesso degli elementi interagenti nell'organizzazione e

1. Gross E., Etzioni A.. *Organizzazioni e società*. Il Mulino, 1987.

tra organizzazioni diverse; nei capitoli precedenti si è dato conto, ponendo particolarmente attenzione a questa chiave di lettura, ai dati di ricerca considerando in particolare il rapporto e le interazioni tra Cses e servizi interni all'Usl e tra Cses e organizzazioni esterne all'ambiente.

Un'altra scelta metodologica che si è mostrata efficace è stata quella di porre al centro dell'analisi gli attori (i membri del Cses o altri operatori coinvolti nei processi organizzativi esaminati) per verificare come essi interpretino il loro ruolo e attivino proprie strategie. Si è qui tenuto presente un approccio di analisi organizzativa, ripreso da Crozier e Friedberg² che, sollecitando a non sopravvalutare la razionalità del funzionamento delle organizzazioni, propone di partire dall'analisi dei margini di libertà degli attori individuali per poi scoprire le condizioni materiali, strutturali e umane del contesto che limitano tali libertà. Nel caso di questa ricerca era impensabile cercare la ragione dei comportamenti empiricamente osservabili nella razionalità del modello organizzativo, cioè negli obiettivi, nelle funzioni e nelle strutture del Cses, come se si trattasse di un insieme di dati cui gli operatori del Cses e della Usl in generale, devono adattarsi, conformando ad essi il loro comportamento.

La scelta di questo approccio è strettamente collegata ad alcune ulteriori riflessioni relative alle tipologie professionali degli operatori; si è infatti partiti dall'osservazione che le organizzazioni sanitarie, come molte organizzazioni complesse anche produttive, si avvalgono prevalentemente di professionisti e non di burocrati, e che questi ultimi traggono la legittimità del proprio operare dalle leggi e dalle regole dell'organizzazione, mentre di converso i professionisti sono legittimati dalla comunità scientifica di appartenenza³. Gli operatori del sistema sanitario che sono professionisti, ma appartengono anche ad una struttura burocratica organizzata hanno dunque una doppia legittimità che li rende attori con strategie anche molto diverse tra loro. Ciò vale in particolare per gli operatori dei Cses che hanno professionalità e collocazioni organizzative all'interno dei singoli servizi diverse tra loro.

Seppure con moltissime approssimazioni, possiamo cioè dire che la ricerca ha utilizzato elementi tratti da due approcci (ragionamenti), insieme complementari e contraddittori: *l'approccio strategico centrato sulle strategie degli attori e l'approccio sistemico centrato sull'interdipendenza delle azioni e delle scelte.*

La validazione di queste scelte metodologiche, che sono state continuamente riverificate nel corso stesso della ricerca, è essa stessa a nostro avviso un primo risultato di ricerca: se all'interno del Servizio

2. Cfr. Crozier M., Friedberg E., *Attore sociale e sistema*. Etas. 1978; ed inoltre Crozier M., *Stato modesto. Stato moderno. Strategie per un cambiamento* Edizioni Lavoro. 1988.

3. Cfr. Biau P. M., Scott W. R., *Le organizzazioni formali*. Angeli. 1972.

sanitario si vuole attivare una sorta di monitoraggio sul funzionamento del Cses è importante utilizzare questi stessi strumenti di analisi organizzative.

Le indicazioni metodologiche seguite hanno consentito la raccolta di una molteplicità di dati di ricerca che consentono di individuare i fattori che maggiormente hanno ostacolato o sostenuto il proseguimento degli obiettivi, così come la realizzazione del modello organizzativo dei Cses. Tali dati riguardano la struttura interna, e i rapporti tra Cses e servizi.

5.2.1 I dati di struttura

Un dato di ricerca fondamentale è la non chiara o più spesso insufficiente disponibilità di risorse interne in termini di organico, locali, attrezzature, procedure, articolazione interna del lavoro, ecc...: in particolare va indicata la mancanza di una sede propria, e la precisa definizione del monte ore degli operatori membri del Cses, la mancanza di un supporto amministrativo per il quale si richiede personale a tempo pieno, la mancanza di un minimo di finanziamenti non legati a specifici progetti regionali, ma finalizzati al rafforzamento delle singole funzioni dei Cses.

Riguardo a queste tematiche i fattori che maggiormente hanno contribuito al 'successo' di alcune esperienze sono stati pertanto:

- la disponibilità di personale a tempo pieno (particolarmente personale amministrativo o tecnico-operativo);

- l'individuazione di precise procedure interne e di rapporto con l'esterno (l'Ufficio di Direzione, il Comitato di Gestione, altri servizi);

- l'utilizzo di strumenti che determinino una sorta di 'visibilità' del Cses (una sede, la targa alla porta, la carta intestata, ecc...);

- l'utilizzo di strumenti che siano 'immagine' della funzione di coordinamento (utilizzo di uno stesso 'logo' che contraddistingua tutte le iniziative di Educazione sanitaria dell'UsI).

Particolarmente problematico è invece rimasto il problema dei finanziamenti. Si è evidenziato, infatti, la non chiara conoscenza da parte dei coordinatori delle diverse possibili fonti di finanziamento e delle procedure per accedervi. Ciò ha mostrato la necessità di un rafforzamento delle competenze in materia, ottenibile sia attraverso una migliore conoscenza della struttura regionale dei finanziamenti, sia attraverso l'attivazione di più stretti contatti con l'Ufficio di Direzione e, in primo luogo, con il coordinatore amministrativo.

L'ulteriore nuova richiesta di un finanziamento non collegato a specifici progetti risponde tuttavia ad esigenze complesse, non soltanto

relative al funzionamento interno del Cses; tale finanziamento può diventare infatti uno strumento di comunicazione ulteriore con i servizi: potrebbe essere utilizzato per supportare iniziative dei servizi attraverso l'offerta di consulenze esterne, materiali didattici, ecc...; ciò consentirebbe di mettere in campo un rapporto contrattuale tra Cses e servizi che potrebbe attivare ulteriori collaborazioni.

5.1.2 La dimensione 'trasversale' del Cses

La ricerca ha consentito di approfondire le problematiche relative al rapporto tra Cses e servizi che si costruisce attraverso le funzioni di programmazione, coordinamento, consulenza e valutazione che ciascun Cses esercita nel confronti della complessiva azione di Educazione sanitaria svolta dai servizi dell'Usl.

In generale si può ricordare come i maggiori ostacoli all'espletamento di queste funzioni siano derivati dall'alto turn-over dei componenti e da una sorta di loro coinvolgimento 'volontaristico' che supplisce alla mancanza di precisi 'mandati' da parte dei servizi: da ciò deriva che i referenti non sono effettivi 'delegati, cioè rappresentanti dei servizi riconosciuti come tali sia all'interno dei servizi sia all'interno del Cses, ne riescono ad assumere il ruolo di 'animatori' intorno alle tematiche di Educazione sanitaria all'interno del proprio servizio; sono soltanto «risorse di personale» e quindi competenze messe a disposizione dello Cses da parte dei servizi.

Ciò è il segnale di come, in alcuni casi, i servizi abbiano poco interesse, non conoscano, o non condividano completamente le proposte regionali circa il modello organizzativo e le finalità del Cses.

Questa valutazione non coinvolge mai il giudizio sulle singole Iniziative di Educazione sanitaria, non sono queste ad essere considerate marginali; è la necessità di una trasversalità organica che non trova la stessa considerazione, lasciando spesso trasparire una sorta di 'paura di appropriazione di iniziative' da parte di molti servizi.

Si potrebbe dire, in estrema sintesi, che i membri del Cses indicati dai servizi, godono di effettiva rappresentatività e possono perseguire le indicazioni del piano nella misura in cui il servizio di appartenenza riconosce al Cses le funzioni e il ruolo disegnati dal piano stesso o si è comunque posto il problema della centralità dell'Educazione sanitaria. Quello che sembra essere mancato o che forse non è stato sufficientemente incisivo è un intervento rispetto agli Uffici di Direzione in tal senso.

I casi in cui l'esperienza del Cses è stata maggiormente positiva sono

stati, per contro, caratterizzati da iniziative finalizzate a sostenere fortemente fin dall'inizio il rapporto tra Cses e servizi. Sono state attuate innanzitutto iniziative formative rivolte ai membri del Cses mirate a far mantenere la consapevolezza intorno al ruolo e alle funzioni dello stesso nei confronti dei servizi. Tali iniziative sono state tanto più efficaci là dove sono riuscite a fornire ai membri le conoscenze necessarie riguardo ai servizi nei confronti dei quali si devono assumere funzioni di coordinamento. Tali conoscenze sono maturate attraverso momenti di ricerca-intervento (attuati attraverso interviste con i responsabili di servizi o altri operatori, consultazione dei materiali di documentazione, ecc...) che hanno attivato 'canali di comunicazione' rivelatisi come fondamentali nel funzionamento del Cses negli anni successivi.

Particolarmente efficaci come momento d'avvio e di corretta impostazione del lavoro dei Cses si sono dimostrate le sperimentazioni di metodologie programmatiche e l'attivazione di collaborazione tra servizi per un primo progetto specifico, attorno a cui verificare le capacità di collaborazione degli operatori.

Positivamente sono anche giudicati alcuni ulteriori articolazioni dell'organizzazione del lavoro del Cses come ad esempio la costituzione, nelle Usl di grandi dimensioni, di nuclei operativi interdisciplinari che garantiscano la continuità del lavoro, sia implementando la funzione di programmazione, sia, soprattutto, rafforzando la disponibilità ad offrire consulenza tecnico-metodologica all'interno e all'esterno dell'Usl: ciò ha consentito di introdurre nel *modello cooperativo* alcuni «elementi di specializzazione» (che vanno ovviamente sostenuti con interventi formativi ad hoc), di cui i servizi e anche l'ambiente esterno sentono particolare necessità.

I legami tra Cses e servizi sono stati inoltre rafforzati dalla costituzione di 'gruppi di lavoro' su singole problematiche o su singoli progetti a cui partecipano operatori del Cses insieme ad altri operatori dei servizi.

Sono stati compiuti anche alcuni tentativi di raccordare le attività del Cses con altre funzioni indicate anch'esse dal Piano sanitario regionale come 'trasversali', quali la formazione permanente e il sistema informativo; in una Usl di medie dimensioni oggetto di studio, è stato utilizzato per tutte le funzioni sopra indicate, venendo a costituire una sorta di referente unico per tutte le funzioni trasversali dell'Usl, la figura di un sociologo, valutata come capace (per formazione e progetto professionale) di costruire reti e attivare perciò rapporti trasversali tra i servizi.

La via indicata è comunque quella di valorizzare complessivamente i momenti trasversali all'interno dell'organizzazione dell'Usl.

A questo proposito, nel futuro, si pone certamente la sfida importante della attivazione dei distretti.

I pochi distretti effettivamente attivati, infatti, sono stati sede di sperimentazione di interessanti iniziative di Educazione sanitaria: la natura trasversale del distretto sembra cioè facilitare quelle collaborazioni tra servizi che si rivelano così difficili a livello della Usl.

A questo punto una ipotesi interessante potrebbe essere quella di avere i distretti rappresentati all'interno del Cses attraverso i coordinatori di distretto; si tratterebbe cioè di avere la rappresentanza di una 'trasversalità' già realizzata. Questa d'altra parte, è stata la scelta compiuta in altri contesti regionali in cui l'avvio dei distretti ha costituito una scelta «forte» consentita anche dalla minor forza assunta dai servizi (come già abbiamo sottolineato nel paragrafo 2.2.3.).

5.2.3 Alcune osservazioni sugli attori

La scelta metodologica di centrare l'attenzione sugli attori, le loro strategie e il loro rapporto con l'organizzazione ha consentito di leggere il contributo delle singole professionalità al processo di crescita di una nuova cultura della salute all'interno del Cses e di verificare come e se il funzionamento dei Cses sia influenzato dalla professionalità specifica degli operatori e dalla loro diversa collocazione organizzativa e gerarchica nei servizi di appartenenza. Ulteriore problema analizzato è se la pur debole socializzazione organizzativa del Cses sia stata capace di adattare le 'qualità originarie' degli operatori (sulla cui base sono stati selezionati e immessi nell'organizzazione), trasformandole in quelle richieste per lo svolgimento delle funzioni previste dai nuovi ruoli organizzativi che si articolano all'interno dei Cses.

Riguardo al primo problema si può osservare come i criteri che hanno guidato la scelta (compiuta dagli Uffici di Direzione in collaborazione con i singoli servizi) degli operatori chiamati a partecipare all'attività del Cses, siano stati, soprattutto, la disponibilità personale di ciascuno e l'interesse espresso in merito all'Educazione sanitaria (elementi che hanno, tra l'altro, determinato quel coinvolgimento 'volontaristico' di cui si è fatto cenno nel paragrafo precedente). Ciò ha certamente portato alla costituzione di Cses non confrontabili né numericamente né come composizione professionale, ma ha garantito una certa omogeneità di approccio culturale alle tematiche dell'Educazione sanitaria; le diverse professionalità coinvolte, pur apportando al Cses contributi diversi in termini di saperi professionali, hanno raramente introdotto visioni contrapposte o comunque divaricate in tema di Educazione sanitaria e di cultura della salute.

La disponibilità ad ulteriori momenti di studio e di riflessione ha

inoltre consentito un effettivo processo di crescita culturale comune.

In generale, inoltre, pare di potere osservare che le modalità organizzative realizzate nelle varie situazioni non sono state condizionate dalle figure professionali presenti, salvo alcune eccezioni in cui competenze di tipo sociologico hanno contribuito a far maturare maggiore consapevolezza circa la complessità del Cses come snodo interorganizzativo all'interno dell'Usl.

Per contro, si può invece osservare come l'inserimento nel modello di lavoro dei Cses abbia richiesto e sia stato esso stesso occasione di formazione per gli operatori orientandone, in parte, la professionalità.

Osservazioni, per certi aspetti diverse, possono essere fatte relativamente all'influenza che la collocazione gerarchica e funzionale nel servizio di appartenenza degli operatori del Cses può avere avuto sull'assetto organizzativo e sull'orientamento di questi: si è infatti più volte osservato come nei casi in cui il coordinatore ha la funzione di responsabile nell'ambito del servizio di appartenenza, ciò da un lato rafforza ruolo e funzione del coordinatore, ma rischia di saldare troppo strettamente gli orientamenti del Cses a quelli di detto servizio.

La presenza di altri responsabili di servizio all'interno dei Cses è invece contrassegnata da esperienze contraddittorie: spesso si traduce in una sostanziale assenza dai lavori del Cses, giustificata dalla mancanza di tempo disponibile, ma, in alcuni casi, anche da una concezione limitativa del ruolo del Cses.

In sintesi si può dire che, nel corso della ricerca, si sono incontrate due letture contrapposte per quello che riguarda le figure professionali che meglio potrebbero contribuire alla realizzazione delle finalità del Cses. Da un lato vi è chi sostiene che il Cses, se deve essere struttura forte di coordinamento, deve utilizzare al proprio interno figure gerarchicamente e professionalmente forti, in tal senso facendo riferimento ai responsabili di servizio, o comunque a figure rilevanti all'interno del proprio servizio, sia per il ruolo che ricoprono, che per le caratteristiche professionali (ad esempio la figura medica).

Vi è, di converso, chi ritiene più utile che il Cses possa disporre della collaborazione di figure professionali tradizionalmente considerate come più deboli, ma più coinvolgibili sia per disponibilità di tempo, sia perché maggiormente orientate alla prevenzione: si fa qui riferimento a quegli operatori, definiti dalle scienze organizzative come 'semi-professionisti' che si occupano maggiormente della comunicazione e, in misura minore, delle applicazioni delle conoscenze e pongano la comunicazione che è la chiave di volta delle azioni di prevenzione di Educazione sanitaria, al centro del loro operare⁴.

Questa diversità di orientamenti è influenzata anche dai diversi modi di intendere e di valutare la figura del medico intesa come

4. Gros E., Etzioni A., *Organizzazioni e società*, p. 232, il Mulino, Bologna, 1987.

professionalità forte che assume ruoli gerarchici preminenti nell'organizzazione dei servizi. Alcuni ritengono che la figura medica, fortemente indirizzata verso la diagnosi e la cura, viva comunque come una deprivazione non vedere questi elementi al centro della propria attività, come accade nel momento in cui il medico dà la propria collaborazione al Cses.

D'altra parte, la figura del medico è, per altri aspetti, considerata la più elastica all'esplicazione di diverse funzioni: soprattutto nelle realtà di piccole dimensioni, si è infatti sempre preferito assumere medici a cui si può chiedere di supplire funzioni proprie anche di altre professionalità (come ad esempio le funzioni del dietista).

L'analisi delle strategie degli attori, soprattutto nel caso di attori forti quali le figure mediche, ma anche nel caso di figure professionali più deboli come sopra indicato, ha evidenziato, come fattore di scoraggiamento la mancanza di riconoscimento professionale, delle attività svolte all'interno del Cses: tali attività sono infatti troppo spesso considerate aggiuntive o volontaristiche e comunque, al di fuori della professione in senso specifico così come al di fuori del ruolo e dell'appartenenza ad un determinato servizio, fino a costituire non un motivo di avanzamento, ma un vincolo rispetto alle esigenze di carriera all'interno del proprio servizio. Il riconoscimento in termini di carriera della attività svolte all'interno del Cses, potrebbe divenire perciò un elemento di rafforzamento della strategia del singolo operatore e quindi dell'azione del Cses.

5.2 La dimensione comunicativa dei Cses

Il problema della comunicazione (in termini di competenze e di abilità, ma anche di codici e di linguaggi) per il Cses si pone prioritariamente sia che esso evolva verso una condizione di autonomia che verso l'accentuazione della interdipendenza degli stessi Cses rispetto alla organizzazione sanitaria nel suo complesso. Ciò in quanto la funzione della Educazione sanitaria, non essendo assimilabile a specifiche funzioni terapeutiche ed organizzative, la rende debole e priva di quelle connessioni sistemiche con le funzioni sanitarie capaci di riconoscerle un ruolo di insostituibilità nella relazione assistenziale o nel processo di gestione e di decisione dell'intervento sanitario.

Il riconoscimento della funzione educativa nel processo di intervento sanitario si lega perciò strettamente alla capacità che gli operatori ad essa formalmente preposti hanno di procedere ad una comunicazione significativa con gli utenti da un lato e con gli altri operatori sanitari

dall'altro.

Ciò che si può osservare in merito è che in molti casi tale comunicazione risulta ancora debole, discontinua, ma soprattutto caratterizzata da una elevata variabilità degli interlocutori che perciò non sono in grado di costituire una base progressiva di legittimazione dell'Educazione sanitaria stessa. Ulteriore elemento che influisce negativamente sulla stabilizzazione di tale funzione è la precarietà e la fungibilità dei codici e dei messaggi, nonché spesso la povertà dei media di supporto alla diffusione ed alla finalizzazione della comunicazione. Può a ciò contribuire la tendenza a identificare negli Cses funzioni di coordinamento piuttosto amministrativo che progettuale, di supporto burocratico piuttosto che tecnico e professionale. Tale approccio sembra contrastare in ogni caso con la crescita della percezione dell'Educazione sanitaria come un'attività connessa strettamente alle altre funzioni sanitarie ed assistenziali che perciò richiede anche propri operatori capaci di intervenire con una propria specificità di obiettivi e di metodi all'interno di relazioni sociali e professionali già costituite e consolidate.

Sotto questo profilo i Cses manifestano carenze diffuse, sia relative all'insufficiente caratterizzazione tecnico-metodologica della propria azione di supporto e di consulenza, sia conseguenti ad una concezione abbastanza riduttiva del coordinamento con cui spesso si tende a ridurre, non ad amplificare e ad irrobustire la 'interferenza' delle azioni di Educazione sanitaria con quelle meramente terapeutiche ed assistenziali.

Tale valutazione comporterebbe, al di là di ogni opzione per un modello centralistico o diffuso di organizzazione dell'Educazione sanitaria, la scelta di dare più forza ed influenza agli Cses nell'organizzazione delle funzioni sanitarie ed assistenziali per accrescerne il **potere di interferenza**; attraverso di esso si possono sviluppare processi di comunicazione orizzontale tra operatori dei diversi servizi dell'Usl e, a ricaduta, fra operatori e utenti. La mancanza di un'effettiva comunicazione trasversale tra tali soggetti oggi costituisce tra l'altro uno dei motivi di sostanziale blocco dello sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria.

Perciò l'Educazione sanitaria, e conseguentemente gli Cses, vedono accrescere la propria rilevanza tanto più cresce la loro capacità di interferenza con l'assistenza sanitaria, e tanto più cresce la loro comunicazione con i diversi attori dell'organizzazione sanitaria, ma anche tanto più si definisce e si rafforza l'identità organizzativa ed operativa della struttura degli Cses. Pare di poter affermare che non è mantenendo in una posizione debole e marginale tali organismi che si favorisce la crescita della funzione dell' Educazione sanitaria; ma di converso esaltando le caratteristiche tecniche e professionali, oltre che amministrative, del Cses, si rende possibile l'attivazione di un circolo

virtuoso capace di coinvolgere l'intera organizzazione sanitaria.

La capacità comunicativa e di scambio degli Cses nell'ambito delle Usl risulta deficitaria anche nelle **relazioni con l'ambiente esterno**. Le possibilità di influire non più solo su processi decisionali, ma anche e soprattutto su scelte e comportamenti collettivi, su stili e modelli di vita, si riducono sensibilmente per il crescente irrigidimento che sotto il profilo organizzativo e professionale l'organizzazione sanitaria a più riprese manifesta.

Anche in questo caso si è spesso evidenziato il sostanziale isolamento dello Cses e la sua difficoltà ad entrare in reti di relazione e di scambio con attori in qualche modo diversi dall'organizzazione sanitaria. Il rapporto risulta spesso generico, i messaggi elaborati e diffusi spesso indistinti, il ricorso ai media più diffusivi della comunicazione ancora poco frequente e discontinuo. Non aiuta in questo rapporto con l'ambiente esterno una configurazione dello Cses che, se progetta e sostiene programmi di intervento, non ne controlla però la pianificazione e la realizzazione, e soprattutto non è in grado di valutarne i risultati ottenuti.

L'impatto dell'Educazione sanitaria con le culture d'ambiente, comprensivo di implicazioni di ordine antropologico e sociologico, è per lo più estraneo ai problemi della organizzazione e gestione degli interventi di Educazione sanitaria; con ciò infirmandone l'efficienza e l'efficacia.

Rispetto a tali carenze che rendono l'Educazione sanitaria e gli Cses processi e strutture spesso impari ai compiti istituzionalmente loro affidati, si rendono necessarie **strategie** che siano volte ad attribuire agli Cses (al di là della loro composizione) un ruolo centrale nel processo di ampliamento e di diversificazione nella comunicazione e nello scambio tra sistema sanitario e sociale.

Il riconoscimento di un ruolo di transazione culturale e simbolica degli Cses con la dimensione sociale esterna, se accresce la complessità dell'organizzazione sanitaria (moltiplicando le 'interferenze' interne tra attori e processi culturali e sanitari), implementa però contestualmente anche le potenzialità di differenziazione dell'organizzazione sanitaria e delle sue performances nei confronti dei bisogni di salute e delle domande di tutela e di assistenza. In altri termini, occorre a nostro avviso riconoscere allo Cses un ruolo rilevante nella dinamica dello sviluppo organizzativo dell'organizzazione sanitaria. Non si tratta, infatti, di valutare la dimensione comunicativa in cui gli Cses sono inseriti sia all'interno che all'esterno delle Usl solo nel senso dello sviluppo degli stessi, ma piuttosto di esaminare le implicazioni politico-strategiche che una adeguata azione degli Cses come cerniera mobile e flessibile tra sistema sanitario e sistema sociale, può produrre sull'evoluzione organizzativa dello stesso sistema sanitario.

In questa prospettiva, senza nulla togliere ai caratteri della trasversalità e della flessibilità della struttura organizzativa degli Cses. anzi proprio a partire da queste loro caratteristiche, occorre aumentarne il **potere di comunicazione e di interferenza all'interno ed all'esterno** della organizzazione sanitaria conferendo loro quelle dotazioni metodologiche, tecnologiche e professionali di cui sono nella quasi generalità carenti.

5.3 Alcuni scenari possibili

I dati di ricerca emersi sia dalla somministrazione della scheda di rilevazione a tutte le Usl sia dagli approfondimenti compiuti nello studio dei dieci casi consentono la formulazione di alcune riflessioni che possono essere utili per orientare il proseguimento ed eventuali aggiustamenti per il proseguimento dell'esperienza futura del Cses.

Oltre a ciò anche la prospettiva delle profonde modifiche che la ormai imminente 'riforma della riforma' potrebbe introdurre nel modello organizzativo dell'Usl, costituisce un elemento di incertezza che pare rallentare l'iniziativa degli operatori, ma che sollecita anche una serie di proposte di aggiustamento dell'operare del Cses in vista, proprio, delle sopraccitate trasformazioni. Una prima incertezza è se l'accorpamento di alcune Usl, finalizzato alla costituzione di Usl di dimensioni maggiori, prefigurerà la formazione di un unico Cses o il mantenimento di più punti di coordinamento quali eredità dell'attuale organizzazione, corrispondenti ad una suddivisione del territorio in distretti di più ampie dimensioni.

Entrambe queste ipotesi, come già altri problemi emersi relativamente alla operatività attuale dei Cses, non possono non richiedere un rafforzamento del Cses attraverso l'introduzione di alcuni elementi che ne determinino la visibilità e la coesione interna.

Tali proposte, emerse nel corso delle interviste, riguardano ovviamente i dati di ricerca più interessanti che sono quelli relativi all'interazione biunivoca tra il Cses e l'ambiente esterno all'Usl e tra il Cses e i sottosistemi dell'Usl, cioè i servizi.

E' ancora una volta rilevante sottolineare come, forse in questo caso più che in ogni altro, l'ambiente, non solo è in grado di influenzare obiettivi e livelli di azione, ma anche modalità strumenti e contenuti (attraverso i quali gli obiettivi sono perseguiti) che debbono risultare opportunamente e fortemente orientati dai programmi di Usl e in essi quasi perdersi come azione 'separata'.

Da queste interazioni deriva che gli obiettivi delle azioni attivate dal

Cses risultano 'diffusi' e implicitamente o esplicitamente trasversali. Ne risulta inoltre spesso una situazione di non equilibrio che rischia di vedere l'azione del Cses ora appiattita su mere funzioni burocratiche a supporto dell'azione dei servizi, ora completamente non collegata all'azione dei servizi.

Per evitare questi rischi il Cses dovrebbe innanzitutto cercare di circoscrivere la 'turbolenza', la complessità e la pluridimensionalità dell'ambiente delineando via via uno o più ambienti pertinenti (per programmi, per diversi tempi di realizzazione dei progetti, ecc.); dovrebbe altresì tessere con i sottosistemi dell'Usl, cioè con i servizi, uno scambio intenso e permanente, sia all'atto della definizione dei programmi, sia in itinere per verificare le interrelazioni tra programmi di servizio e relative componenti intrinseche di Educazione sanitaria, ma anche per verificare le connessioni tra i programmi specifici del Cses (come di seguito si cercherà di puntualizzare) e i programmi di servizio, sia a valle per il controllo e la valutazione degli interventi.

Per realizzare il complesso livello operativo sopra delineato pare necessario rafforzare l'immagine, il ruolo e la legittimazione della struttura del Cses.

Un possibile scenario per riorientare nel senso sopra indicato l'esperienza del Cses, è quello di rivedere il sistema degli obiettivi e di conseguenza, l'interpretazione del modello organizzativo. Si potrebbe, ad esempio, distinguere tra obiettivi che investono più direttamente il Cses in quanto tale e obiettivi definiti contestualmente ai servizi ed ai relativi programmi di Usl e di servizio.

In altre parole, il **primo livello di obiettivi** 'specifici ed esclusivi' del Cses, (scelti cioè in base al proprio specifico e al proprio rapporto con l'ambiente) dovrebbero poter dar luogo ad *iniziative dirette* del Cses, a cui i servizi si collegano indirettamente ed in ogni caso, subordinatamente.

Il secondo livello di obiettivi, definiti invece in stretta sinergia con i servizi e rigorosamente in relazione al loro programmi, dovrebbero dar luogo ad iniziative 'innestate' nei programmi di lavoro dell'Usl: ciò attiverebbe una vera e propria funzione trasversale efficace dal punto di vista delle accezioni anche teorico-interpretative dell'Educazione sanitaria, ma scarsamente legittimanti il Cses.

Si può dunque ipotizzare per il Cses, un modello organizzativo che deve essere formalizzato anche se in forme non chiuse e dunque flessibili, che consentano al Cses di assumere nell'ambito del proprio contesto operativo, un ruolo e una struttura di relais di Usl⁵ con forti caratterizzazioni interorganizzative.

5. Nella stesura di questo paragrafo si sono utilizzati i contributi di analisi organizzativa contenuti in E. Friedberg, *L'analisi sociologica delle organizzazioni*. FORMEZ, Archivio dei Corsi di Formazione n. 20, 1986

Un **relais** interorganizzativo caratterizzato da:

-una soglia minima ma definita di formalizzazione (più le funzioni sono diffuse, più c'è necessità di tale soglia minima, sia per esigenze di legittimazione, ma anche per consentire la necessaria identificazione del professionisti nella funzione e nella struttura, indispensabile per l'efficacia dell'azione che essi mettono in atto). Ne consegue una struttura a relais aperta ma identificabile pur se, in qualche modo 'alla periferia dell'organizzazione';

-un organigramma semirigido;

-un funzionigramma opportunamente definito;

-normative e vincoli 'di quadro' definiti;

-procedure flessibili.

Per quanto attiene ai soggetti in esso operanti, si possono identificare due 'popolazioni di operatori':

-professionisti dei servizi scelti fra gli operatori 'forti' e rappresentativi (tenendo conto delle problematiche e le interpretazioni evidenziate nel paragrafo 6.1.3), ma capaci di interpretare correttamente il rapporto tra servizio di appartenenza e ambiente e di risultare essi stessi micro-relais fra servizio di appartenenza e Cses. Tali operatori possono utilizzare un potere 'marginal-secante' che consenta di giocare un ruolo indispensabile di intermediario fra strutture diverse, oltre che il potere che deriva dalla loro specifica 'expertise';

-alcuni professionisti, solo al Cses dedicati, scelti tra le professionalità essenziali per l'impostazione metodologica del lavoro del Cses: tali figure paiono indispensabili per far 'prendere quota al Cses', ma anche per motivare il primo tipo di operatori. La disponibilità di tali professionisti specifici, tra l'altro, aumenterà il potere del Cses nei singoli servizi, laddove potere è inteso come 'relazione di negoziazione di scambio'.

Le indicazioni sopra illustrate consentono di delineare un modello organizzativo e una strategia del Cses capaci di sostenere quei complessi processi comunicativi che la ricerca ha individuato come essenziali affinché l'Educazione sanitaria diventi effettivamente parte della strategia complessiva delle politiche per la salute. Tuttavia proprio per le sue caratteristiche di relais rispetto ai servizi e all'ambiente il Cses dovrà essere capace e messo in grado sempre di ridefinirsi nello spazio e nel tempo sia in relazione alle caratteristiche dei servizi e dell'ambiente, così come alle loro trasformazioni.

ALLEGATI

Bibliografia essenziale di riferimento

La bibliografia contiene una essenziale rassegna dell'ampia pubblicistica in materia di Educazione Sanitaria con particolare riferimento ai più recenti contributi di riflessione sull'evoluzione dei processi comunicativi; ed una selezione di contributi attorno al problema del modello organizzativo, e dei processi di formazione delle scelte nell'ambito della pubblica amministrazione:

- * Aiello C., Geddes M. *Che cosa è l'Educazione Sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica. Roma 1980,
- * Alcalay R., «The impact of mass communication Campaigns in the health field», *Social Science and medicine*, vol. 17, n. 2, 1983,
- * Ardigò A., «Il ruolo della comunicazione nel sistema sanitario», rel. al convegno *Scienze sociali e medicina di fronte ai mutamenti comunicativi nel sistema sanitario*. Istituti Italiani di Medicina Sociale, Roma 29-30 marzo 1984.
- * Ardigò A., «La partecipazione nel servizio sanitario nazionale», *La Ricerca Sociale*, n. 20. 1979,
- * AA. VV., *Almanacco della salute. Il pensiero Scientifico*, Roma, 1986,

- * Benson Y. K.. «Innovation and Crisis in Organizational Analysis», *Sociological Quarterly*, 18. 1977,
- * Briziarelli L., Modolo M. A., Romagnoli C., Sonda C., «L'attuazione dell'Educazione Sanitaria nel quadro dell'assistenza sanitaria di base». Atti della conferenza interregionale sull'Educazione Sanitaria, Trieste 12-14 marzo 1987,
- * Carbonaro A., «Collegialità e gerarchia nella Usl», *Salute e Territorio*, n. 46-47.1986.
- * Catford J., Nutbeam D., «Towards a Definition of Health Education and Health Promotion». *Health Education Journal*, vol. 4, 1984
- * Consiglio Sanitario Nazionale, *La salute degli italiani*. Roma, 1986,
- * Crozier M.. «I nuovi metodi di analisi delle organizzazioni». *Archivio dei corsi di formazione* , FORMEZ, 1986
- * Crozier M., *Stato modesto, stato moderno*, coli. studi e ricerche. Edizioni lavoro. Roma. 1988,
- * Crozier M., Thoenig J. C.. «La relazione dei sistemi organizzativi complessi», in Zan S. (a cura di). *Logiche di azione organizzativa*, il Mulino. Bologna, 1988,
- * Donati P., *Manuale di sociologia sanitaria*. La nuova Italia scientifica, Roma, 1987.
- * Freddi G., *Un'amministrazione responsabile*, Quaderni Istituzionali, Arel, 1984,
- * Galbralth J. R.. «Integrazione fra struttura funzionale e per progetti» *Problemi di gestione*, ott. 1971,
- * Galbralth J. R., «Matrix organization Design». *Business Horizons*, feb. 1971.
- * Gann R., «Il self-help», *Salute e Territorio*, n. 64-65. 1989,
- * Gherardi S.. *Sociologia delle decisioni organizzative*, il Mulino. Bologna, 1985,

- * Gherardi S., Strati A., «Sviluppo e declino: la dimensione temporale nello studio delle organizzazioni». *Quaderni del Dipartimento di Politica Sociale*. Università di Trento, 1984
- * Cross E., Etzioni A., *Organizzazioni e società*, il Mulino, Bologna 1987,
- * Hjern B., Porter D. O., «Le strutture di implementazione: una nuova unità di analisi amministrativa», in Zan S. (a cura di), *Logiche di azione organizzativa*. Bologna, il Mulino, 1988,
- * Ingrosso M., (a cura di), *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Angeli, Milano, 1987,
- * Kickbusch I., «Involvement in Health: A Social Concept of Health Education». *International Journal of Health Education*, vol. 24, n. 4, 1981,
- * La Rosa M., Zurla P. (a cura di), «Organizzazione e lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale». *Sociologia del lavoro*, n. 19-20, Angeli, Milano. 1983.
- * Luhmann N.. *Zweckbegriffau: Systemrationalitaet*, Tubigen, Mhor. 1986.
- * Martini F., Sinatra A., «L'organizzazione per matrice». *L'impresa*, n. 5, set/ott. 1972
- * Modolo M. A., «Come fare Educazione Sanitaria - Premessa», *Salute e territorio*, n. 14, set.-ott. 1980,
- * Modolo M. A., Seppilli A., *Educazione sanitaria*, il Pensiero Scientifico. Roma, 1981,
- * Muller D. D., «Health Education in U.S. Medical care setting: History and future prospects», *Int. Quart. Comm. Health Educ.*. 1982-83,
- * Nyswander D. B., «Evaluation of health education practice», *Public Health New*, 30. 1949,
- * O.M.S.. «Global Strategy for health for all by the year 2000», *Health for All Series*, n. 3. Geneve, 1981,

- * O.M.S., «New approaches to health education in primary health care», Report of a WHO expert Committee, *Technical report Series 690*, Geneve, 1983,
- * O.M.S., «Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health» Alma-Ata, Ussr, *Health for All Series, n. 1*, Geneve, 1987,
- * Perrow C., *Le azioni complesse*. Milano, Angeli, 1977
- * Primicerio B., *Lineamenti di diritto sanitario*. Pozzi, Roma, 1984.
- * Ranci Ortigosa E., Bassanini M. C., Cislighi C., Losi N., *L'unità sanitaria locale: organizzazioni e funzionamento*. Angeli. Milano, 1981.
- * Robinson D., «The Self Help Component of Primary Health Care», *Social Science and Medicine*, vol. 14, pagg. 412-21, 1980,
- * Rodolfi E., «Il sistema organizzativo delle unità sanitarie locali: un modello reticolare», in Bontadini P., Rodolfi E. (a cura di), *L'unità sanitaria locale come sistema organizzativo*. Angeli, Milano, 1983,
- * Romei P., «La progettazione della struttura organizzativa della USL», in Bontadini P., Rodolfi E., (a cura di) *L'unità sanitaria...*, cit,
- * Sacchieri T. (a cura di). *Educazione alla salute. Obiettivo salute*, CEIM, Salerno. 1990,
- * Seppilli A., «Educazione Sanitaria e comportamento», in Modolo M. A., Seppilli A., *Educazione Sanitaria*, Il pensiero Scientifico, Roma, 1981,
- * Simon H. A.. *The Administrative Behaviour*, Mac Millan, N.Y.. 1974.
- * Zurla P.. «L'integrazione tra i servizi sociali e sanitari: dal modello inclusivo al rapporto interorganizzativo». *La rivista di Servizio sociale*, n. 2, 1986.

[...]

4.1. Educazione alla salute

Costituiscono obiettivi di tipo metodologico e organizzativo per il triennio 1990/92:

- la promozione della partecipazione dell'utenza, valorizzandone il ruolo attivo;
- la programmazione flessibile e la definizione delle priorità, delle tecniche, degli strumenti in funzione dei bisogni dei cittadini;
- l'attivazione di momenti specifici di coordinamento tecnico-organizzativo a livello provinciale e

regionale per meglio raccordare e integrare le diverse iniziative delle Unità sanitarie locali nel settore dell'educazione alla salute ed in particolare il potenziamento quali-quantitativo dei CSES (coordinamenti dei servizi per l'educazione sanitaria);

- la definizione di metodologie e procedure di tipo informativo ed educativo atte a meglio programmare e valutare le iniziative da assumere, perseguendo l'obiettivo di standardizzare i modelli operativi ed organizzativi;
- la realizzazione di specifiche attività formative e di aggiornamento per gli operatori dei CSES e più in generale dei servizi;
- la realizzazione di un Centro di documentazione per l'educazione sanitaria con bacino d'utenza regionale.

Costituiscono obiettivi di tipo educativo specifico per il triennio 1990/92, l'approntamento e la realizzazione di specifici programmi di informazione-educazione alla popolazione nelle seguenti aree:

- igiene ambientale con riferimento ai programmi specifici di informazione e di controllo previsti dal Piano sanitario regionale;
 - alimentazione;
 - sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
- Costituisce altresì obiettivo del triennio attivare programmi di informazione-educazione sull'uso dei prodotti farmaceutici e dei cosmetici e sulla relativa pubblicità, nonché sulle abitudini cosiddette voluttarie (es. uso di alcool e di tabacco).
- [...]

A.4.1. Aspetti culturali e metodologici

Occorre superare la fase - pur positiva - in cui l'iniziativa specifica della Regione e delle Unità sanitarie locali era rivolta in modo diffuso e indistinto ai più diversi campi propri dell'educazione sanitaria, definendo più precise priorità a selezionando adeguatamente le iniziative da realizzare. In modo particolare la selezione degli obiettivi specifici a livello regionale deve essere ricondotta primariamente ai settori definiti come prioritari dai diversi progetti-obiettivo e azioni programmate.

L'obiettivo della promozione alla salute deve diventare linea guida della programmazione e dell'attività ordinaria dei servizi dell'Unità sanitaria locale; in tal senso l'attività di educazione alla salute, in quanto finalizzata alla formazione di una coscienza sanitaria degli operatori e dei cittadini, non può costituire un momento esclusivamente specifico e specialistico ma compito di tutti gli operatori; deve essere quindi espressione di interventi sistematici, condotti in modo integrato tra più servizi e istituzioni, con l'obiettivo di perseguire:

- la diffusione di un modello culturale di educazione alla salute fondato sulla partecipazione;
- il conseguimento da parte degli operatori dei servizi delle capacità di attivare progetti integrati di educazione sanitaria;
- l'appropriazione delle tecniche specifiche di comunicazione da parte degli operatori.

Per realizzare efficaci interventi di educazione sanitaria gli operatori debbono essere messi in grado di progettare, attuare, verificare interventi educativi come parte integrante dell'attività di servizio,

con particolare riferimento alle attività da realizzare nei distretti socio-sanitari.

In specifico, per quanto concerne le azioni da realizzare sul versante culturale-metodologico, occorre provvedere:

- all'aggiornamento dei componenti dei coordinamenti tra i servizi per l'educazione sanitaria (CSES), quali punti di riferimento programmatori e tecnico-metodologici di tutte le problematiche dell'educazione alla salute. Tale formazione verrà realizzata attivando nel primo anno di validità del Piano, corsi promossi e finanziati dalla Regione sulla base di progetti formativi omogenei in tutto il territorio regionale;
- all'inserimento dell'educazione alla salute nei corsi di formazione di base e di aggiornamento professionale, sia come contenuto specifico sia a integrazione di altre materie, favorendo la necessaria integrazione con il piano di aggiornamento annuale degli operatori.

— all'attivazione in tutte le Unità sanitarie locali della regione, di progetti di educazione sanitaria definiti prioritari dal Piano sanitario regionale.

Un particolare impegno dovrà inoltre essere realizzato sia a livello regionale che locale per la promozione e la valorizzazione di qualificate iniziative nel settore da parte di organismi pubblici e privati, associazioni culturali e di volontariato. In tale prospettiva occorrerà favorire la più ampia responsabilizzazione dell'associazionismo sul terreno dell'educazione sanitaria favorendone il concorso alla realizzazione degli obiettivi di salute definiti dal Piano sanitario regionale.

A.4.2. Aspetti organizzativi

Un particolare impegno dovrà essere dedicato al consolidamento e al potenziamento, a partire dalle specifiche responsabilità degli uffici di direzione, dell'assetto organizzativo di seguito delineato, articolato nei diversi livelli funzionali.

a) Il livello di Unità sanitaria locale

L'Unità sanitaria locale, sede di programmazione, coordinamento, attuazione e verifica delle attività educative, deve:

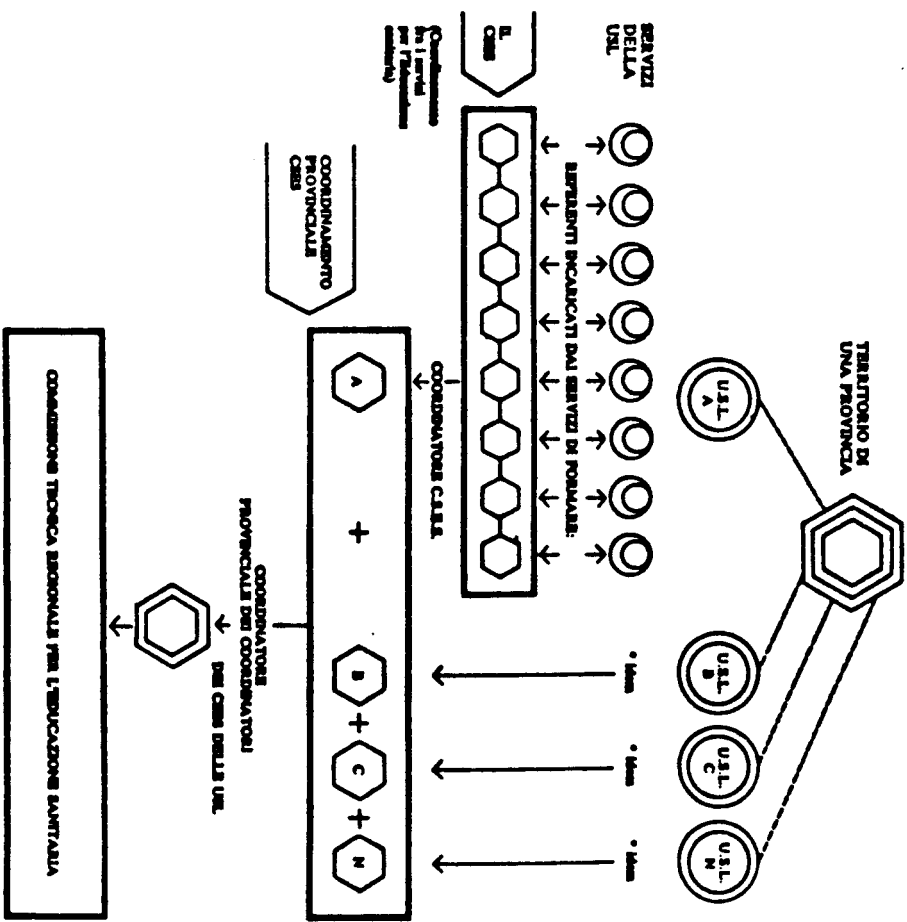
- predisporre un piano triennale di interventi, coerente con il piano generale dell'attività dei servizi e i piani annuali degli interventi;
- garantire, attraverso i singoli servizi e distretti, l'attuazione dei programmi stessi;
- valutare il processo e gli esiti degli interventi educativi realizzati.

La responsabilità primaria delle attività di educazione sanitaria è riconducibile all'ufficio di direzione il quale si avvale di una struttura tecnica specifica denominata "coordinamento tra i servizi per l'educazione sanitaria" (CSES) a cui è affidato il compito di intrinseca fase programmatica e tecnico-metodologica delle attività, fermo restando che le specifiche iniziative dovranno essere realizzate dai diversi servizi e presidi della Unità sanitaria locale.

I compiti specifici del CSES riguardano in particolare:

- per quanto concerne la fase di programmazione:

Modello organizzativo dell'educazione sanitaria in Italia Romagnola



● redistribuzione del piano triennale di educazione alla salute e di programmi attuativi annuali, da sottoporre all'ufficio di direzione;

● la promozione di specifiche attività conoscitive e di ricerca per definire le priorità di intervento;

— per quanto concerne la fase di attuazione:

● la definizione dei progetti nelle loro linee operative e il reperimento delle risorse necessarie;

● il coordinamento degli interventi educativi che coinvolgono più servizi enti;

● la formazione degli operatori in materia di educazione sanitaria;

● l'elaborazione e la diffusione di materiale di documentazione avendo come punto di riferimento i coordinamenti provinciali e il Centro di documentazione regionale;

— per quanto concerne la fase di valutazione:

● l'indicazione dei criteri strumenti idonei alla valutazione;

● l'avvio di attività di analisi dei risultati.

I CSES sono costituiti da almeno un referente per ogni servizio socio-sanitario della Unità sanitaria locale e da un coordinatore, formalmente incaricati dal Comitato di gestione, su proposta dell'ufficio di direzione, sentiti i responsabili dei servizi. È opportuno che nel CSES confluiscono anche operatori con competenze specifiche nel campo educativo e che svolgono funzioni di tipo trasversale attinenti all'educazione alla salute (formazione professionale, sistema informativo, coordinamento distretti ecc.).

È necessario che - come livello minimo organizzativo di Unità sanitaria locale - il CSES disponga, quale riferimento specifico permanente a sostegno delle attività di educazione alla salute, di un supporto amministrativo e di un supporto tecnico-organizzativo utili a garantire sia la gestione amministrativa sia quella relativa alle strumentazioni e ai materiali di documentazione di Unità sanitaria locale.

I rappresentanti dei servizi nei CSES assolvono a fondamentali funzioni sia nei confronti del servizio di appartenenza sia nei confronti del CSES, ed in particolare:

— sono referenti del proprio servizio nei confronti dei CSES, garantendo all'interno degli stessi il necessario coordinamento dei bisogni e dei programmi rispetto alle attività di informazione e di educazione sanitaria;

— fungono da collegamento tra il servizio e i bisogni e le esigenze degli altri servizi, favorendo così il confronto per l'attivazione di progetti integrati;

— definiscono la metodologia operativa degli interventi e favoriscono il coinvolgimento degli operatori.

In questo ambito sono funzioni specifiche del coordinatore del CSES:

— assicurare i rapporti con l'Ufficio di direzione;

— garantire il funzionamento del CSES in ciascuna delle tre fasi di programmazione, attuazione, verifica;

— attuare rapporti di collaborazione con le strut-

ture educative esterne al Servizio sanitario e con le amministrazioni locali, in modo particolare con il mondo della scuola;

— assicurare apporti collaborativi sui temi del sistema informativo e della formazione del personale;

— predisporre un rapporto annuale sull'attività del CSES.

b) Il livello provinciale

A livello provinciale e nel circondario di Rimini vengono attivate strutture organizzative di coordinamento formate dai responsabili del coordinamento tra i servizi socio-sanitari per l'educazione sanitaria (CSES) di ogni singola Unità sanitaria locale. Ai coordinamenti provinciali per l'educazione sanitaria potranno partecipare, per le tematiche inerenti la scuola, anche i referenti dell'educazione alla salute dei Provveditorati agli studi. Il coordinamento del CSES dell'Unità sanitaria locale capoluogo fa parte della Commissione tecnica regionale.

I coordinamenti provinciali che dovranno dotarsi di uno specifico momento organizzativo con sede presso l'Unità sanitaria locale capoluogo quale utile punto di riferimento per i CSES, assolvono i seguenti compiti:

— razionalizzazione dell'uso delle risorse, perseguendo il superamento della parcellizzazione e/o ripetitività degli interventi;

— individuazione di metodologie comuni per le Unità sanitarie locali della provincia;

— programmazione e verifica degli interventi su scala provinciale;

— aggiornamento degli operatori;

— individuazione di un punto di riferimento per l'accesso ai vari supporti (materiale didattico ed educativo) prodotti dalle Unità sanitarie locali dello stesso ambito provinciale, in collegamento con il Centro di documentazione regionale per l'educazione sanitaria.

Per i compiti sopra riportati, oltre alla composizione complessiva prevista per i singoli CSES, si ritiene opportuno prevedere per l'Unità sanitaria locale sede di coordinamento, uno specifico supporto (possibilmente a tempo pieno) di consistenza numerica variabile a seconda delle esigenze.

c) Il livello regionale

A livello regionale occorre assicurare, mediante apposite modalità organizzative:

— la definizione di ambiti e strategie educative, informative, di aggiornamento e di prevenzione;

— la messa a punto di metodologie di supporto agli interventi di educazione sanitaria, relativi alle aree tematiche prioritarie in ambito regionale;

— la mappatura delle esperienze realizzate nella regione;

— il coordinamento delle diverse attività di educazione sanitaria promosse dalla Regione;

— l'integrazione tra le azioni di educazione sanitaria, le attività di ricerca finalizzata, di programmazione e del sistema informativo;

— la collaborazione con le istituzioni educative.

Per l'esercizio delle funzioni sopra menzionate, accanto al competente Ufficio regionale, collocato presso l'Assessorato alla Sanità operano:

— un gruppo di lavoro interdipartimentale per l'educazione alla salute composto da rappresentanti dei diversi Assessorati interessati e, per tematiche inerenti la scuola, dal Coordinamento scolastico regionale;

— una Commissione tecnica regionale per l'educazione alla salute composta dai coordinatori dei CSES delle otto province e del circondario di Rimini, nonché da esperti di educazione alla salute, designati dalla Regione. La Commissione potrà operare, per singole tematiche, in sottogruppi e potrà prevedere la partecipazione del coordinatore scolastico regionale, dei coordinatori provinciali per l'educazione alla salute dei Provveditorati agli studi;

— un Centro di documentazione regionale per l'educazione sanitaria con bacino d'utenza multinazionale. Detto centro svolge attività di documentazione in educazione sanitaria nei confronti delle Unità locali in collegamento con il Servizio nazionale di documentazione per l'Educazione sanitaria (SENDES). Con riferimento al periodo di validità del secondo Piano sanitario regionale, il Centro opererà presso l'Unità sanitaria locale di Ravenna ed esplicherà le sue funzioni in stretto collegamento con l'ufficio regionale per l'educazione sanitaria nonché con la Commissione tecnica regionale per l'educazione alla salute.

A.4.3. Aree prioritarie di intervento

I programmi di attività delle Unità sanitarie locali nel settore dell'educazione alla salute dovranno essere ricondotti prioritariamente nel triennio ai progetti obiettivi e alle azioni programmate del Piano sanitario.

In particolare le Unità sanitarie locali, nella piena responsabilità di realizzare ogni iniziativa di educazione sanitaria che si presenti prioritaria in ambito locale, dovranno predisporre, in forma singola o associata, uno specifico piano mirato comprensivo della necessaria dotazione di risorse, per ciascuna delle seguenti aree: igiene alimentare, igiene ambientale, sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

Per quanto riguarda la promozione dell'educazione alimentare, considerata la situazione locale, obiettivo primario è quello di correggere gli squilibri alimentari dovuti ad una alimentazione scor-

retta, in genere ipercalorica e iperlipidica, che determina spesso obesità con conseguente aumento del rischio di diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari.

È quindi indispensabile un'azione educativa che renda la popolazione capace di conoscere comparativamente le proprietà degli alimenti ed il loro valore nutritivo al fine di effettuare corretti consumi alimentari.

Per quanto riguarda l'igiene ambientale, in riferimento ai contenuti specifici dei programmi Igiene pubblica, Prevenzione nei luoghi di lavoro e Igiene veterinaria, è indispensabile sviluppare un'azione educativa finalizzata a trasformare il cittadino da oggetto di tutela a soggetto attivo nella promozione della salute, attraverso articolate modalità di informazione e partecipazione.

In tale prospettiva le Unità sanitarie locali dovranno realizzare piani specifici di intervento di educazione alla salute, rivolti all'infanzia e adolescenza, agli adulti e a gruppi mirati di popolazione, finalizzati:

— alla diffusione delle conoscenze sui fattori di rischio ambientali ai quali la popolazione è esposta, sugli effetti sulla salute sulle possibilità di soluzione;

— alla modifica dei comportamenti scorretti e potenziamento dei comportamenti/atteggiamenti che favoriscano la tutela ambientale, sia individuali che collettivi.

Per quanto riguarda i problemi della sicurezza in ambiente domestico, di lavoro e più in generale di vita, in consonanza con i diversi progetti obiettivi e azioni programmate riguardante l'età evolutiva e lavorativa, dovranno essere approntati specifici programmi di educazione sanitaria finalizzati ad elevare i livelli di conoscenza e di consapevolezza dei rischi ed a garantire l'approntamento e l'adozione di misure, individuali e collettive, di protezione.

In corrispondenza delle aree indicate occorrerà avvalersi nella programmazione delle diverse iniziative educative:

— dell'apporto derivante dai coordinamenti provinciali (documentazione, scambio di esperienze progettuali, utilizzo di sussidi audiovisivi ecc.);

— degli operatori che hanno fruito di aggiornamenti specifici in materia;

— dei mass-media a livello provinciale;

— delle tecniche di comunicazione più adeguate ed efficaci di piccolo e grande gruppo, condotte direttamente dagli operatori.

Occorrerà inoltre operare perché gli interventi rivolti all'età evolutiva destinati all'ambito scolastico rientrino nella programmazione didattica. Essi saranno condotti dagli insegnanti in collaborazione con gli operatori della Unità sanitaria locale, coinvolgendo le famiglie e gli studenti anche tramite gli organi collegiali della scuola.

IRESS
Via Oberdan. 29
Bologna

Regione Emilia
Romagna Assessorato
Sanità Bologna

**• ANALISI DELLA DIMENSIONE ORGANIZZATIVA DELLE ATTIVITÀ
DI EDUCAZIONE SANITARIA: IMPIANTO DEI CSES E SCELTE
PROGRAMMATORIE IN ALCUNE UU.SS.LL. DELLA REGIONE EMILIA –
ROMAGNA •**

Scheda di rilevazione di USL

Dicembre 1989

NB Per chiarimenti o comunicazioni rivolgersi a; IRESS tel. 23.79.85

U S L n Provincia

N.o Comuni Popolazione residente al 31.12.88

N.o Quartieri (ATTIVATI SP NO)

Distretti n (ATTIVATI SP NO)

Oggetto della ricerca è l'analisi del complessivo supporto organizzativo che sottende l'attività di educazione sanitaria promossa dalle UU.SS.LL. della Regione Emilia-Romagna e in particolare delle modalità di funzionamento e delle finalità del CSES, inteso non soltanto come importante "strumento" di coordinamento, di programmazione e di supporto metodologico, ma anche come strumento di sostegno per lo sviluppo della "riflessività" dell'azione di educazione sanitaria che il sistema dei servizi attiva nel suo complesso

Questa "ipotesi di lavoro" richiede di ricostruire un quadro complessivo delle attività di educazione sanitaria che si attuano all'interno della popolazione di un territorio. Tale analisi, tuttavia, non potrà essere svolta che per alcune UU.SS.LL. campione.

Per la scelta stessa del campione e per la messa a punto di una "griglia di analisi" che consenta la ricostruzione per esso del quadro sopra indicato occorre tuttavia raccogliere, come indagine di "sfondo", presso tutte le UU.SS.LL. una serie di informazioni che riguardano sia gli aspetti organizzativi, che un primo quadro di attività di educazione sanitaria svolte.

Lo strumento di rilevazione che presentiamo ha le limitate finalità di questa indagine di sfondo nonché ha la funzione di "stimolo" per l'individuazione e la raccolta del materiale documentario disponibile presso le UU.SS.LL. (delibere, programmi generali, progetti, ricerche, documenti di verifica, ecc.).

Si consiglia una prima lettura dell'intera scheda prima di procedere alla compilazione.

L'IRESS ringrazia per la collaborazione offerta.

Prima parte
Dati di identificazione della struttura del CSES

1. Data di costituzione del CSES

2. Data di avvio delle attività del CSES

3. Dove e' attualmente collocato il CSES nell'ambito dell'USL ?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Presso i locali dell'Ufficio di direzione | <input type="checkbox"/> |
| 2. Presso la direzione sanitaria dell'Ospedale | <input type="checkbox"/> |
| 3. Presso il servizio di igiene pubblica | <input type="checkbox"/> |
| 4. Presso il servizio Maternità infanzia età evolutiva | <input type="checkbox"/> |
| 5. Presso il Simap | <input type="checkbox"/> |
| 6. Presso altro servizio (specificare | <input type="checkbox"/> |

4. La costituzione del CSES è avvenuta attraverso

1. decisione dell'Ufficio di direzione in data _____
2. delibera o decisione formale del Comitato di gestione in data _____

(si prega di allegare la relativa documentazione)

5. Il provvedimento con cui nella UsI si costituisce il CSES si discosta da quanto previsto e definito dal Ilo Piano sanitario regionale ?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. E' del tutto conforme al Piano sanit. regionale | <input type="checkbox"/> |
| 2. Se ne discosta significativamente per tenere conto della organizzazione dei servizi | <input type="checkbox"/> |
| 3. Se ne discosta praticamente del tutto, dando una propria definizione degli obiettivi e delle funzioni del CSES | <input type="checkbox"/> |

9. In caso positivo, per quali motivi si sono verificate sostituzioni?

- 1 Mancanza di tempo
- 2 Trasferimento
- 3 Caduta di interesse
- 4 Altro (specificare)

10. Quali servizi negli ultimi due anni non sono stati adeguatamente rappresentati nelle riunioni del **CSES**?

(si prega di specificare)

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

11. Con quale periodicità* **si** svolgono le riunioni del CSES?

- 1. una volta ogni quindici giorni
- 2. una volta al mese
- 3. una volta ogni due mesi
- 4. altra periodicità'

12. Il CSES si avvale di collaborazioni e/o di consulenze esterne ?

- 1.si
- 2.no

13. Se **si**, per quali esigenze e con quale frequenza?

| tipi di esigenze | spesso | qualche volta | mai |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. per la formazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 per la ricerca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. per la documentazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. per la didattica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. per la comunicazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. per _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Di che cosa dispone il CSES per la sua operatività ?

| | si | no |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. un proprio ufficio operativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. un coordinatore a tempo pieno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. unità di personale amministrativo e tecnico organizzativo (n———) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. dotazione annua per la spesa (al di là dei toni finalizzati di tipo regionale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. un proprio mezzo di informazione (bollettino, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15 Il CSES formula un programma (annuale o triennale)
(in caso di risposta positiva allegare l'ultimo)

1.si 2.no

16. Il CSES dispone di una propria attrezzatura a supporto delle attività di educazione sanitaria, condotte in proprio e dai servizi?

| | si | no | | si | no |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. didattica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.grafica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. documentaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6.televisiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. bibliografica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7.altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. audiovisuale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

17. Negli ultimi due anni quali progetti di educazione sanitaria sono stati sottoposti dal CSES alla Regione Emilia Romagna al fine di ottenere i finanziamenti vincolati?

| 1987 per il 1988 | Finanz. | Non finanz. | Finanz.in parte |
|------------------|---------|-------------|-----------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

| 1988 per il1989 | Finanz. | Non finanz. | Finanz.in parte |
|-----------------|---------|-------------|-----------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

18. Di quanti fondi finalizzati il CSES ha potuto beneficiare negli ultimi due anni?

| anni | somme attribuite | somme spese |
|------|------------------|-------------|
| 1987 | | |
| 1988 | | |
| 1989 | | |

19. Nell'Usi come vengono distribuiti fondi del bilancio ordinario destinati alle iniziative di educazione sanitaria?

| destinatari | di regola | eccezionalm. |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ai singoli servizi sulla base dei progetti preventivali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ai singoli servizi dopo il parere del CSES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. al CSES per la ripartizione ai servizi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ad altri uffici della Usi (specificare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. non vengono attribuiti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. I progetti di educazione sanitaria contenuti nei Progetti-obiettivo passano al vaglio del CSES ?

Sempre Spesso Qualche volta Mai

21. Il CSES ha di noma incontri con:

| | si | no |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. L'ufficio di direzione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Il comitato di gestione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Il coordinatore sanitario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. I distretti di base (se istituiti) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. In caso positivo, specificare quando e in che modo

| Frequenza | solo il coor- dinatore | Il responsabile del servizio | In forma collegiale |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. periodico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. occasionale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. in base alle necessità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. L'Ufficio di Direzione in che misura si avvale dello CSES ?

| Tipi rapporti | mai | qualche volta | spesso | sempre |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il CSES viene consultato nel suo complesso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Il coordinatore viene consultato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. I progetti di educazione sanitaria vengono demandati al CSES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Al CSES sono attribuiti compiti specifici e permanenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Il CSES è invitato a fare le proposte per l'assegnazione dei fondi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Altro rapporto (specificare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Il CSES intrattiene rapporti con:

| tipi di organi | mai | qualche volta | spesso |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. coordinamento provinciale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. comitato tecnico regionale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. CSES di Usl limitrofe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Il CSES, al di fuori delle strutture delle Usl, intrattiene rapporti con:

| tipi di organi | spesso | qualche volta | mai |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Comuni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Provincia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. organizzazioni sindacali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. distretto scolastico e provveditorato agli studi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. associazioni di utenti (anche svantaggiati) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. associazioni educativo culturali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. organi di informazione giornalistica locale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. organi di informazione radiotelevisiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. associazioni ed organismi di volontariato socio-sanitario e culturale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. altri organismi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Seconda parte

Dati descrittivi delle attività e dei prodotti del CSES

26. Il CSES, che sulla base delle indicazioni del piano sanitario dell'Emilia-Romagna, ha compiti precipui di coordinamento delle attività di educazione sanitaria sviluppate dai servizi della Usl, come persegue abitualmente i suoi obiettivi?

| | sempre | prevalentem. | quasi mai |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Operando tendenzialmente come gruppo autonomo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Operando di supporto alle attività dei servizi di Usl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Operando in maniera congiunta CSES e servizi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Operando in altro modo (specificare.....) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

27. Quali compiti sono espletati dal CSES ? (più risposte)

| tipi di compiti | spesso | qualche volta | mai |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. progettazione specifica di interventi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Acquisizione di fondi Usl e regionali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Organizzazione effettiva degli interventi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gestione operativa degli interventi nei luoghi dove si effettuano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Consulenza e supporto direzionale agli operatori dei servizi in azione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Valutazione dei risultati attraverso attività di ricerca e di verifica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. Quali compiti sono espletati direttamente dal coordinatore del CSES ? (più risposte)

| tipi di compiti | spesso | qualche volta | mai |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. progettazione specifica di interventi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Acquisizione di fondi Usl e regionali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Organizzazione effettiva degli interventi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gestione operativa degli interventi nei luoghi dove si effettuano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Consulenza e supporto direzionale agli operatori dei servizi in azione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Valutazione dei risultati attraverso attività* di ricerca e di verifica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Il CSES come ha articolato la propria organizzazione interna ?

| | si | no |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. adottando uno stile di lavoro collegiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. istituendo dei gruppi di lavoro permanenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. istituendo gruppi di lavoro ad hoc con gli operatori dei servizi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. altre soluzioni (specificare.....) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. Quali compiti sono espletati direttamente dai referenti dei diversi servizi nell'ambito del CSES ?

| Tipi di compiti | si | no |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Proposta di progetti ed attività di carattere generale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Proposta di progetti ed attività mirate su gruppi particolari di utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Informazione sulle attività svolte nei servizi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Valutazione preliminare dei programmi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Altri compiti (specificare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6-Altri compiti (specificare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Negli ultimi due anni sono state realizzate le seguenti iniziative di educazione sanitaria:

| | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 31. | Rivolte alla popolazione nel suo insieme (indicare il titolo) | promozione diretta del CSES | solo coordinamento del CSES | promozione servizi senza coord del CSES |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|---|

1.

2.

3.

4.

| | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 32. | Rivolte alla maternità e all'età evolutiva (indicare il titolo) | promozione diretta del CSES | solo coordinamento del CSES | promozione servizi senza coord del CSES |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|---|

1.

2.

3.

4.

| | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 33. | Rivolte all'età lavorativa (indicare il titolo) | promozione diretta del CSES | solo coordinamento del CSES | promozione servizi senza coord del CSES |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|---|

1.

2.

3.

4.

| | | | | |
|-----|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 34. | Rivolte all'età anziana (indicare il titolo) | promozione diretta del CSES | solo coordinamento del CSES | promozione servizi senza coord del CSES |
|-----|---|--------------------------------|--------------------------------|--|

1.

2.

3.

4.

| | | | | |
|-----|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 35. | Rivolte a categorie e a gruppi a rischio (indicare il titolo) | promozione diretta del CSES | solo coordinamento del CSES | promozione servizi senza coord del CSES |
|-----|---|--------------------------------|--------------------------------|--|

1.

2.

3.

4.

| | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 36. | Altre (indicare il titolo) | promozione diretta del CSES | solo coordinamento del CSES | promozione servizi senza coord del CSES |
|-----|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|

1.

2.

3.

4.

37. Il CSES ha curato la pubblicazione dei seguenti strumenti di supporto alle attività di educazione sanitaria:

| pubblicazioni | direttamente | in collaboraz. con i servizi | In collab. altri enti |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Libri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Opuscoli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Depliant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cartelloni e manifesti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cassette e videocassette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. diapositive e fotografie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. Il CSES ha curato negli ultimi due anni iniziative formative di aggiornamento e di qualificazione per altri operatori?

1.si 2.no

39. In caso positivo, quali e in che modo ?

| iniziative formative | diretta mente | In collaboraz. con i servizi | In collab. altri enti |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Corsi di aggiornamento per insegnanti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Corsi di aggiornamento per operatori dei servizi sanitari ospedalieri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Corsi di aggiornamento per operatori dei servizi extraospedalieri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Corsi promozionali e di orientamento alla educazione sanitaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Altre iniziative formative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. Il CSES ha curato negli ultimi due anni iniziative formative rivolte direttamente agli utenti?

1.si 2.no

41. In caso positivo, quali e in che modo ?

| iniziative formative | diretta mente | In collaboraz. con i servizi | In collab. altri enti |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Corsi per genitori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Corsi per lavoratori dell'industria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Corsi per lavoratori agricoli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Corsi per gruppi specifici di utenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Altre iniziative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. Il CSES ha adottato iniziative, anche formative, per fornire agli operatori del CSES e ai referenti dei servizi occasioni e strumenti di riflessione e di verifica sulla metodologia di lavoro nel campo dell'educazione sanitaria ?

1.si 2.no

43. In caso positivo, si prega di descrivere in sintesi le iniziative adottate

1 _____

2 _____

3 _____

44. Nei confronti dell'ospedale e dei suoi servizi, quali iniziative sono state adottate dallo CSES negli ultimi due anni ?

| Iniziative di educazione sanitaria | diretta mente | in collaboraz. con i servizi | In collab. Enti assoc. |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

45. Il CSES negli ultimi due anni ha sviluppato collaborazioni con:

| Soggetti della collaborazione | diretta mente | in collaboraz. Con i serv. | In collab. Entia ssoc. |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. gli insegnanti della scuola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. gli operatori dei servizi sanitari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. gli operatori dei servizi sociali di distretto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. gli operatori dei servizi assistenziali comunali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. gli operatori dei patronati sociali e sindacali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. gli operatori dei media radio televisivi locali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. gli operatori della informaz. giornalistica locale e regionale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. altre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

46. Quali sono le aree ed i temi che hanno caratterizzato il lavoro del CSES?

(con riferimento al tempo speso in queste iniziative)

| Temi | molto | abbastanza | poco |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. L'educazione alimentare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La prevenzione del fumo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La prevenzione dell'AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. L'educazione alla sessualità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La maternità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La prevenzione sui luoghi di lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Il controllo ambientale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La prevenzione degli incidenti domestici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. La prevenzione dello alcoolismo e delle tossicodipendenze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. L'educazione all'uso dei farmaci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Le attività del CSES sono caratterizzate in prevalenza in direzione di

| Tipi di attività | molto | abbastanza | poco |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Progettazione dei programmi di educazione sanitaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Organizzazione delle risorse e degli strumenti per l'attuazione degli interventi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La gestione degli interventi di educazione sanitaria nei campi prescelti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La valutazione dei risultati degli interventi di educazione sanitaria sui suoi destinatari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. Quali sono i vincoli incontrati dal CSES nell'esercizio delle proprie attività ?

| Tipi di vincoli | Spesso | Qualche volta | Mai |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Difficile coinvolgimento degli organi istituzionali delle USL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Scarsa collaborazione da parte dei servizi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Scarsa considerazione del lavoro di progettazione dei corsi e delle campagne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Difficile accesso alle basi informative proprie di ogni servizio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sostanziale inefficacia della attività di coordinamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Carenza di risorse finanziarie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Disomogenea considerazione del ruolo dell'educazione sanitaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

