



Agire per ciò che più conta

**vademecum per la
promozione della salute**





Agire per ciò che più conta

**vademecum per la
promozione della salute**



A cura dello Staff Community Lab:

Maurizia Rolli, Vanessa Vivoli, Tommaso Gradi, Anna Nanà Ciannameo, Brenda Benaglia, Martina Consoloni.
Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali, Direzione Generale
Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna.

Fabrizia Paltrinieri. Città metropolitana di Bologna - già Regione Emilia-Romagna.

Ivo Quaranta, Chiara Bodini, Valerio D'Avanzo. Università di Bologna, Centro Studi e Ricerche
in Salute Internazionale e Interculturale.

Co-autrici e co-autori:

Anna Lisa Albertini	Cristina Conti	Valeria Lodi	Paola Scarpellini
Stefania Ascari	Tomás Coronil Jiménez	Angelo Lorusso	Debora Senni
Claudia Baccolini	Isabella Croce	Giuseppe Magistrali	Francesco Sintoni
Federica Bartolini	Emily Davis	Milvia Mariotti	Giorgia Soro
Agnese Bernardini	Diletta Diazzi	Giulio Martinelli	Barbara Spagnoli
Nadia Bonamici	Antonio Di Giorgio	Nora Marzi	Irma Spattini
Laura Borghi	Silvia Evangelisti	Antonio Migliorino	Marco Tamelli
Antonella Brunelli	Giovanni Faroni	Cinzia Minozzi	Luigi Tirotta
Ilaria Businaro	Simona Favari	Matteo Montalti	Valentina Totti
Elena Cammi	Davide Ferrari	Daniela Filomena Otello	Gabriella Tritta
Tiziana Campione	Emanuela Ferri	Stefania Paglia	Alberto Urro
Ilaria Camplone	Giuseppe Fontana	Giulia Pains	Luana Valletta
Simona Canazza	Giuseppina Gaudino	Paolo Pandolfi	Anna Maria Vecchi
Daniela Cani	Valeria Gentilini	Angela Pezzotti	Carla Verderosa
Roberto Carnaccini	Fiorello Ghiretti	Giovanni Ragazzi	Cristina Vignali
Chiara Casadei	Chiara Grandi	Benedetta Riboldi	Mirko Vignoli
Federica Casoni	Giusta Greco	Francesca Righi	Monica Zanotti
Giorgio Chiaranda	Catia Grisendi	Paola Elisa Rossetti	Federica Zucchi
Sonia Cicero	Carolina Ianuale	Cristina Sartori	

Ringraziamenti:

Si ringraziano particolarmente tutte le studentesse e gli studenti che hanno partecipato al percorso, gli/le insegnanti che hanno accompagnato e partecipato, i/le Dirigenti scolastici/he che hanno contribuito all'organizzazione degli eventi:

- dal Comune di Castel San Giovanni (PC) l'Istituto di Istruzione Superiore di II° grado "Polo Volta"
- dal Comune di Salsomaggiore Terme (PR) l'Istituto di Istruzione Superiore di II° grado "Magnaghi-Solari";
- dal Comune di Parma il Liceo "Albertina Sanvitale";
- dal Comune di Vignola (MO) l'Istituto di Istruzione Superiore di II° grado "Primo Levi";
- dal Comune di Carpi (MO) l'Istituto Superiore di II° grado "Leonardo da Vinci";
- dal Comune di Ferrara il Liceo Artistico "Dosso Dossi";
- dal Comune di Casalecchio di Reno (BO) l'Istituto professionale "Luigi Veronelli", sede Valsamoggia;
- dal Comune di Castiglione dei Pepoli (BO) l'Istituto di Istruzione Superiore di II° grado "Caduti della Direttissima";
- i/le giovani volontari/e del Servizio Civile dell'Unione dei Comuni Terre d'Acqua (BO);
- dal Comune di Imola (BO) l'Istituto Tecnico "Paolini";
- dal Comune di Forlimpopoli (FC) l'Istituto Alberghiero "Pellegrino Artusi" e il Liceo Scienze Umane "Valfredo Carducci";
- dalla provincia di Forlì e Cesena la Consulta degli Studenti, in particolare dal Liceo "Vincenzo Monti" di Cesena, l'ITE "Renato Serra" di Cesena, il Liceo Scientifico "Fulcieri Paulucci" di Forlì, l'Istituto Agrario "Garibaldi/Da Vinci" di Cesena.

Grafica e Impaginazione: Alessandro Finelli. Settore Politiche Sociali, di inclusione e pari opportunità, Regione Emilia-Romagna.

Centro Stampa Regione Emilia-Romagna, Ottobre 2023.

INDICE

INTRODUZIONE	7
GUIDA ALLA LETTURA	12
LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SI TEORIZZA...	13
Cos'è salute?	15
Ricalibrare lo sguardo	15
Partecipazione è salute	16
Condividere, combinare, agire	17
Il contrasto alle disuguaglianze	18
...LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SI METTE IN PRATICA	20
Governance	20
Regia/facilitazione	25
Sostenibilità	35
Partecipazione	37
Equità	41
BIBLIOGRAFIA	47
Allegato SCHEDA DI ANALISI	49

INTRODUZIONE

Questo documento è una sintesi del **percorso Community Lab**¹ promosso nel **2022-2023** dal Settore Innovazione dei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna in collaborazione con il Centro di Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna e incentrato sulla **promozione del benessere in età evolutiva**. La sintesi intende essere uno spunto di riflessione per chi ha partecipato al percorso e chi vuole ripercorrere quanto sperimentato, al fine di applicarlo nel proprio contesto e coinvolgere nuove realtà e persone in questo ambito. Le considerazioni qui riportate sono state elaborate grazie al contributo di tutti/e i/le professionisti/e delle istituzioni pubbliche, degli organismi del Terzo settore, degli studenti e delle studentesse e insegnanti delle scuole, delle famiglie e dei/delle cittadini/e che hanno preso parte ai laboratori formativi organizzati dalla Regione Emilia-Romagna e agli eventi pubblici che le singole realtà territoriali hanno realizzato.

Il percorso del Community Lab 2022-2023 si inserisce nell'alveo delle attività previste dal **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**² che, così come i precedenti Piani elaborati a partire dal 2005, adotta come quadro di riferimento la "Salute in tutte le politiche". Questa cornice concettuale, che riconosce la salute come un complesso sistema dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali, è stata ulteriormente valorizzata dalla Legge regionale n. 19 del 2018, volta a istituire, regolare e sostenere un sistema regionale universalistico, accessibile ed equo (Legge per la "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"). "Salute in tutte le politiche" è una strategia di presa di decisione in cui referenti di settori diversi e la comunità, nelle sue diverse forme ed espressioni, dialogano e riflettono su questioni di salute, sostenibilità ed equità, al fine di ideare e adottare in modo congiunto una politica o un intervento; il processo decisionale e di azione diviene così di co-decisione e di co-azione. Il fine ultimo è quello di agire sui determinanti sociali di salute di una comunità nei suoi ambienti di vita (come la scuola, il luogo di lavoro e le aree verdi).

Durante il percorso Community Lab "Un Futuro Piano per la Promozione della Salute" del 2019 rif. "(Nicoli et al., 2021)", era stato realizzato un processo di ricerca-formazione-azione che ha visto coinvolte tutte le Aziende Sanitarie della Regione e ha portato ad evidenziare quattro assi lungo i quali si sviluppano le traiettorie delle attività di promozione della salute:

- 1) la **facilitazione** come funzione diffusa che rende un'organizzazione che si occupa di salute permeabile, fluida, viva e istituyente rispetto al contesto nel quale si inserisce. In questo quadro gli/le operatori/rici di salute non solo "esperti/e", ma "registi/e" del benessere del proprio territorio, perché capaci di allestire spazi dialogici orizzontali, tessere legami e creare alleanze basate sulla reciprocità. Inoltre, sono in grado di coinvolgere le comunità, affinché queste ultime possano riappropriarsi dei problemi che le attraversano e mettere in gioco le proprie energie per affrontarli, divenendo così il luogo di trasformazione e generazione del benessere per i singoli e la collettività;

¹ Il Community Lab, promosso dal Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna, è un metodo trasformativo che permette la produzione di conoscenza e di innovazione nella Pubblica Amministrazione attraverso l'azione con la comunità. Il Community Lab si basa sull'idea che la capacità di un'organizzazione di innovarsi è connessa alla capacità di allestire percorsi di apprendimento che permettano a tutti gli attori del sistema di fermarsi, interrogarsi e riflettere sulle politiche e pratiche che agiscono al fine di individuarne gli elementi migliorativi e generativi. Per approfondire: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/innovazione-sociale/cl>

² Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.regione.emilia-romagna.it/urp/servizi-e-strumenti/novita-editoriali/piano-regionale-della-prevenzione-2021-2025>

- 2) lo **sconfinamento**, il quale richiama un agire transdisciplinare e collaborativo, volto a ripensare modi, tempi e luoghi della promozione della salute. Sconfinare è un sapere "andare oltre" i confini esistenti tra diversi settori e servizi (a livello macro), così come tra diversi operatori/rici e professionisti/e (a livello micro), senza perdere in alcun modo la propria specificità e/o negare il proprio nucleo di competenze, per "allargarsi" a campi di esperienze più ampi;
- 3) la **sostenibilità**, intesa come capacità dell'organizzazione di interrogarsi in modo continuativo sulle soluzioni organizzativo-professionali da sperimentare per superare l'approccio burocratico e settorializzato che mal si adatta alla complessità dell'oggetto "promozione della salute" e che talvolta rende ridondante l'operato delle reti, le quali si trovano a mettere in campo azioni non congiunte e sistematiche fra loro;
- 4) infine, l'**accountability**, espressa come necessità di rendere visibili i risultati prodotti dalle pratiche di promozione della salute, di modo che queste restituiscano la complessità dell'oggetto trattato e non lo descrivano linearmente. A tal fine, è necessario andare oltre i nessi di causalità "oggettiva" messi in luce dagli indicatori comunemente utilizzati e valorizzare anche il senso "soggettivo" che le persone attribuiscono alla loro condizione di salute.

In continuità con l'edizione del 2019 e a partire dalle quattro direttrici sopra descritte, il percorso Community Lab 2022/2023 ha sostenuto e accompagnato le realtà locali nella sperimentazione di politiche e nello sviluppo di prassi innovative di promozione del benessere in età evolutiva. Inserendosi nella fase attuativa del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, il percorso ha interessato i seguenti programmi:

- PP01 Scuole che promuovono Salute
- PP02 Comunità attive
- PP04 Dipendenze
- PL11 Interventi nei primi 1000 giorni di vita
- PL12 Infanzia e adolescenza in condizioni di vulnerabilità
- PL20 Sani stili di vita: dalla promozione alla presa in carico

Dal maggio 2022 all'ottobre 2023 il percorso Community Lab ha coinvolto **11 casi territoriali**, attivati dalle 8 Aziende Sanitarie regionali in collaborazione con gli Enti locali e tutta la rete dei servizi sanitari, sociali, educativi, le scuole del territorio ed organizzazioni del Terzo settore, per un totale di oltre 200 professionisti/e che si sono formati/e e confrontati/e sia sul livello regionale, sia territoriale. In particolare, sono oltre 30 i facilitatori e le facilitatrici formati/e nell'ambito delle Aziende Sanitarie Locali, che a loro volta hanno coinvolto oltre 500 cittadini/e.

Il percorso si è sviluppato attraverso diversi momenti di riflessione ed elaborazione collettiva:

- la costituzione di uno Staff regionale di coordinamento intersettoriale (al quale partecipavano le diverse figure regionali, referenti dei programmi), in quanto luogo di pensiero che si arricchisce dal processo continuo di interrelazione e di conoscenza, modula la programmazione del percorso e riflette sulla politica e la sua prassi;
- la costruzione di 8 laboratori regionali dedicati a operatori e operatrici che nelle Aziende Sanitarie si occupano di promozione della salute, e che hanno visto un progressivo allargamento ai/lle partecipanti coinvolti/e dai percorsi territoriali: professionisti/e di Enti locali, studenti/esse ed insegnanti delle scuole superiori di II grado, volontari/e ed operatori/rici degli organismi del Terzo settore;

- l'accompagnamento attraverso la strutturazione di oltre 50 incontri locali, fornito dallo Staff regionale di coordinamento Community Lab e finalizzato a supportare i processi partecipativi realizzati a livello territoriale.

Le tappe

I laboratori hanno stimolato riflessioni sugli approcci necessari per attuare politiche di promozione della salute e sui dispositivi attraverso i quali questi approcci possono divenire delle prassi organizzative.

1. La prima tappa del percorso ha avuto luogo il 9 maggio 2022, con un laboratorio a cura del Prof. Ivo Quaranta, direttore del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna, dedicato alle tematiche della "Promozione della salute e partecipazione, intersectorialità ed equità".
2. La seconda tappa, realizzata in data 13 giugno, è consistita in un laboratorio a cura dell'Avv. Luciano Gallo di ANCI Emilia-Romagna, dedicato alla "Cassetta degli attrezzi del Codice del Terzo settore", con particolare riferimento alle procedure di programmazione e co-progettazione.
3. Dopo la pausa estiva abbiamo ripreso con l'appuntamento del 23 settembre, dal titolo "Costruzione di un percorso partecipato nell'ambito delle politiche pubbliche. L'agire insieme: aspettative, preoccupazioni e risorse", a cura della Dott.ssa Chiara Bodini dell'Università di Bologna.
4. Il 9 novembre si è tenuto un momento dedicato alla "Mappatura delle risorse del territorio, la rete comunitaria e le alleanze", in cui sono stati condivisi strumenti e metodi per esplorare la comunità ed il territorio con la collaborazione di ricercatori/rici del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna.
5. Quinto appuntamento è stato il 17 gennaio 2023 con "Animare percorsi partecipati con gli adolescenti" a cura di Michele Marmo, presidente di Associaoanimazione ed esperto di processi partecipativi con gli adolescenti. Questa tappa ha visto la partecipazione diretta di ragazzi e ragazze.
6. Il successo di questa iniziativa ci ha spinti/e ad organizzare per l'intera giornata del 27 aprile un laboratorio dal titolo "Animare percorsi partecipati con adolescenti 2° tappa" con la collaborazione della Cooperativa Casa del Cuculo , in cui studenti/esse, operatori/trici e insegnanti hanno lavorato, esito di questo laboratorio, che è proseguito durante l'estate con incontri a distanza infine con l'evento conclusivo il 24 ottobre 2023, sono le Carte ed il Manifesto della Partecipazione in percorsi di promozione della salute: "A carte scoperte: progettare la partecipazione con le giovani generazioni").
7. Infine, l'ultima tappa formativa è stata il 5 giugno 2023 con "L'ideazione delle linee guida operative a beneficio dell'implementazione di processi", un appuntamento a cura del Prof. Ivo Quaranta e della Dott.ssa Chiara Bodini dell'Università di Bologna, dedicato alla condivisione, riflessione e valutazione partecipata degli aspetti più rilevanti che caratterizzano i processi avviati dai territori.

Durante le diverse fasi del percorso, lo Staff regionale ha curato l'organizzazione di momenti di istruttoria e monitoraggio rivolti ai territori, sia attraverso l'accompagnamento alla facilitazione dei processi partecipativi sia con incontri di valutazione sul loro stato di avanzamento.

I casi

Ogni Azienda Sanitaria ha individuato 1 o 2 processi su cui sperimentare il metodo Community Lab, per un totale di **11 casi territoriali** avviati.

Nel dettaglio:

- L'Azienda USL di **Piacenza** ha individuato come sperimentazione nel Distretto di Ponente la Casa della Salute di Borgonovo Val Tidone, con il progetto "Giovani al centro: cambio prospettiva dei servizi, da prevenzione a promozione, da prestazione a compartecipazione" dove protagonisti sono stati gli studenti e le studentesse delle scuole secondarie di secondo grado del territorio, partecipanti attivi/e nella co-progettazione aperta a tutta la comunità (cittadini/e, organismi del Terzo settore e organizzazioni sindacali) per l'organizzazione delle attività della Casa della Salute/Comunità.
- L'Azienda USL di **Parma** ha coinvolto i bambini e bambine della scuola primaria, con il progetto "Piccoli investigatori a caccia di pericoli: promozione della sicurezza negli ambienti di vita in età pediatrica".
- L'Azienda USL di **Reggio Emilia**, nel territorio dell'Unione Colline Matildiche, ha avviato la sperimentazione del Punto di ascolto Open G, con il coinvolgimento della Casa della Comunità di Puianello e di tutti i servizi del territorio, per intervenire sul disagio giovanile e creare uno spazio accogliente, di ascolto, in cui gli/le adolescenti potranno avere accesso diretto e gratuito.
- L'Azienda USL di **Modena** ha presentato 2 percorsi:
 - nel Distretto di Vignola con la sperimentazione della metodologia delle "Ruote di Terapia Comunitaria: un approccio per generare benessere emotivo e relazionale all'interno della Scuola";
 - nel Distretto di Carpi è stato attivato un percorso partecipativo con la comunità attraverso lo strumento della co-progettazione, per la costituzione della Casa della Comunità di Carpi, con la partecipazione attiva di scuole, organizzazioni del Terzo settore e cittadinanza del territorio.
- L'Azienda USL di **Bologna** ha presentato 2 percorsi sperimentali:
 - nel Distretto di Reno, Lavino e Samoggia con il progetto "Ben-essere in adolescenza: sviluppo di nuove reti protettive nei confronti dei più giovani e vulnerabili" dove, a partire da una mappatura delle opportunità aggregative, culturali, sportive, di servizi educativi, scolastici, sociali e sanitari per i/le giovani è stato realizzato un patto comunitario tra scuole e servizi;
 - nel Distretto dell'Appennino bolognese con il progetto "Sviluppare una comunità attiva: creare opportunità strutturate e diffuse di contesti in cui poter modificare il proprio stile di vita", incentrato sulla promozione dello sport attraverso attività integrate e inclusive, costruite in collaborazione con gli Enti locali, le scuole e le associazioni sportive dei territori.
- L'Azienda USL di **Ferrara** con "Spazi partecipativi per il benessere della Comunità: dar vita a laboratori generativi" ha promosso attività intergenerazionali creative in connessione allo Sportello di ascolto psicologico dell'Istituto Comprensivo del quartiere Barco, zona periferica della città.

- L'Azienda USL di **Imola** con il progetto "Bicibus e Pedibus: nuove dinamiche di vita urbana e comunitaria (sviluppo autonomia e autostima bambini e reti comunitarie)" e in collaborazione con l'Ente locale ha coinvolto le scuole di istruzione primaria per la creazione di un nuovo piano di spostamento sostenibile casa-scuola, in modo da rendere più sicure le infrastrutture dedicate.
- L'Azienda USL **Romagna** ha presentato 2 percorsi:
 - nel Distretto di Forlì, attraverso la collaborazione tra Ente locale e organizzazioni del Terzo settore, ha promosso il sondaggio "La città che vivo", rivolto agli/le adolescenti che frequentano i centri giovanili al fine di raccogliere le loro prospettive e visioni sulla città di Forlì e, a partire dai dati raccolti, proporre attività incentrate sulla promozione della salute in età evolutiva;
 - nel Distretto di Cesena, con il progetto "Network Psicologi Scuola-Sanità", la sperimentazione ha riguardato lo sviluppo di un "sistema di comunità" all'interno dell'Agenzia Infanzia e Adolescenza, volto all'ideazione di interventi per la promozione del benessere e per la gestione delle prese in carico in ambito scolastico al fine di facilitare l'"invio" ai servizi e costruire linguaggi comuni tra diversi operatori/trici.

GUIDA ALLA LETTURA

La prima parte di questo documento fornisce un **glossario teorico-metodologico** sulla promozione della salute, approfondendo cinque temi che ne sono costitutivi: l'analisi dei bisogni nel paragrafo "Cos'è salute?", la prossimità in "Ricalibrare lo sguardo", la partecipazione in "Partecipazione è salute", l'integrazione in "Condividere, combinare, agire" e l'equità nel paragrafo "Il contrasto alle disuguaglianze".

La seconda parte è di **carattere operativo** e nasce dalle riflessioni fatte sul campo da tutti i protagonisti dei processi partecipativi di questo percorso Community Lab. Prende in esame cinque variabili che concorrono alla realizzazione di un processo di promozione della salute: la governance, la regia/facilitazione, la sostenibilità, la partecipazione e l'equità. Per ciascuna variabile sono indicate le domande-guida, gli snodi critici a cui prestare attenzione, in riferimento anche all'eterogeneità delle esperienze dei territori. Infine, vengono indicati degli strumenti di lavoro funzionali sia all'elaborazione di azioni di mappatura, sia al monitoraggio e all'autovalutazione del processo.

La raccolta dei dati presentati in questa sintesi è stata realizzata a partire dall'elaborazione di una **scheda di analisi** con domande-guida suddivise per tematiche (disponibile in Allegato). La scheda è stata la traccia su cui si sono basate alcune delle istruttorie svolte con le persone referenti per ogni territorio coinvolto nel Community Lab. Questo è il prodotto di un dialogo a più voci, il frutto delle esperienze e delle valutazioni espresse in quei momenti di confronto: nel testo sono presenti alcune di queste voci, sotto forma di citazione relativa al tema trattato nel paragrafo.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SI TEORIZZA...

Per ideare e progettare interventi di promozione della salute può essere utile approfondire i fondamenti teorici, storici e metodologici di questo concetto. Già da tempo, infatti, è in corso un dibattito sul significato di "promozione della salute", spesso interpretata in modo fuorviante o riduttivo perché ricondotta alla mera prevenzione delle patologie (Breslow, 1999). Per cominciare a delineare alcune coordinate utili a comprendere che cosa sia la "promozione della salute" è anzitutto importante ricordare che vi sono ampie evidenze scientifiche rispetto a come il contesto sociale, politico e culturale modelli la distribuzione della salute e della malattia all'interno della società (Wilkinson, 2002; Marmot e Wilkinson, 2005). A questo proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica come **determinanti sociali della salute** le circostanze in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, e l'insieme più ampio di forze e sistemi che modellano le condizioni della vita quotidiana (OMS, 2008). Ad esempio, sono determinanti sociali le politiche macroeconomiche, le politiche sociali e sanitarie, così come il reddito, l'istruzione, la classe sociale e le condizioni materiali di vita. Poiché tali determinanti influenzano la distribuzione di fattori di protezione e di rischio per la salute, producendo esiti che non sono giustificabili da un punto di vista biologico, si parla di **differenze evitabili ed ingiuste nello stato di salute della popolazione**.

Numerosi studi hanno indagato i meccanismi attraverso i quali i singoli determinanti sociali entrano in relazione tra loro influenzando la salute delle persone. In particolare, l'approccio ecosociale (Krieger, 2011) ha messo in luce come le persone si collochino contemporaneamente in diverse strutture di disuguaglianza (ad esempio: uomo, bianco, omosessuale, impiegato in un lavoro manuale; oppure donna, immigrata, eterosessuale, occupata in un lavoro dirigenziale). Secondo questo approccio, la posizione che la persona occupa all'interno di tali strutture può incorporarsi sotto forma di patologia e/o di fattore di rischio individuale (Nguyen e Peschard, 2003). Questo ragionamento conduce a un ripensamento profondo della salute: non più come mera assenza di malattia o infermità, ma in quanto elemento costitutivo dell'interazione tra la persona e l'ambiente fisico, sociale e relazionale in cui vive. Al tempo stesso, porta anche a considerare la malattia come la traccia sul piano bio-psichico individuale delle relazioni sociali di cui la persona è parte.

Tuttavia, la biomedicina (cioè la postura della medicina occidentale, ufficiale ed egemone) si basa su un approccio alla salute riduttivo, perché vede come aspetti principali le modificazioni della sfera biologica, ponendo in secondo piano le relazioni tra questa e le sfere psicologica e sociale (secondo il modello bio-psico-sociale promosso dall'OMS). Gli interventi sanitari e sociosanitari basati su tale approccio non sono in grado di interferire sulla determinazione sociale della salute. La **Carta di Ottawa per la Promozione della Salute** (OMS, 1986) – documento di riferimento fondamentale su questo tema – riconosce che la salute è radicata nel tessuto sociale e riporta che 'fattori politici, economici, sociali, culturali, comportamentali e biologici possono intervenire tutti nell'influenzarla'. Per questo la Carta pone enfasi sul bisogno di favorire processi di promozione della salute fondati su diversi pilastri posti a livelli differenti – dall'individuale, al collettivo, all'organizzazione dei sistemi sanitari, all'elaborazione di politiche pubbliche – per poter influire sul vasto range di fattori che contribuiscono a determinare la salute e favorire l'equità.

Alla luce di questa molteplicità di interazioni, la promozione della salute è definibile **come il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla**. Essa richiede, dunque, di comprendere le dinamiche che limitano o potenziano tale capacità. Inoltre, se consideriamo la salute come la possibilità **di condurre**

la propria vita alla luce di ciò che le dà valore, per promuovere la salute è essenziale mettere le persone nella condizione di definire ciò che qualifica la loro esistenza. Conseguentemente, orientare le politiche e l'azione dei servizi verso la promozione della salute significa andare oltre l'idea dell'erogazione di prestazioni centrate sul singolo individuo. Se infatti la malattia trova una sua risposta nelle politiche e nelle prestazioni sanitarie, la salute trova la sua promozione nell'azione sui contesti di vita e sulle relazioni sociali. Dal punto di vista teorico-pratico, quindi, orientare una proposta verso la promozione della salute richiede di individuare gli ostacoli alla capacità delle persone di vivere in salute e agire per la loro rimozione. In sintesi, si può ripensare la salute come un costrutto culturale (dipende da ciò che dà valore alla vita per ognuno di noi) da generare socialmente (agendo sulle relazioni di cui i soggetti partecipano nei loro contesti di vita) (Quaranta, 2014). Questo rappresenta un passaggio cruciale: la promozione della salute non è un qualcosa che possa essere erogato. Essa piuttosto si realizza attraverso le forme di vita delle persone: sono loro le vere protagoniste della generazione della salute. A tal fine, occorre ripensare i servizi territoriali per orientarli verso la comprensione dei meccanismi sociali di produzione della sofferenza e l'individuazione delle relazioni e delle risorse locali su cui fare leva per promuovere la capacitazione delle persone.

La sfida posta dalla traduzione in azione dei risultati generati dall'analisi dei determinanti sociali della salute è anche culturale e, di conseguenza, inevitabilmente politica: **chi (e come) definisce la salute e le pratiche idonee alla sua promozione?** (Consoloni e Quaranta 2023). Dal grado di partecipazione e dall'esito di tale confronto dipenderà il senso degli altri concetti cardine, come "bisogno", "prossimità", "integrazione" "equità" e, di conseguenza, il più ampio concetto di "salute".



Cos'è salute?

Se per qualificare ed estendere il concetto di salute è importante riconoscere la varietà dei mondi vissuti delle persone, il primo passo è dotarsi di strumenti di analisi e comprensione di come la salute viene percepita e trattata, sia da parte del sistema dei servizi (sociali e sanitari), sia da parte delle persone stesse.

Un servizio sanitario universalistico non è sufficiente a promuovere la salute senza:

- un **approccio dinamico e analitico** che va a cercare e a interrogare le persone sulle loro esperienze di vita e necessità;
- un **approccio autoriflessivo** che esamini criticamente il proprio posizionamento e il modo in cui si costruiscono la lettura dei bisogni e la risposta dei servizi.

Parlare di bisogni di salute chiama in causa le forme in cui è organizzata la possibilità di esprimerli, le risorse che vengono messe in campo per la risposta e la possibilità percepita che tale risposta si realizzi (Wright et al., 1998). In questo senso, le domande che spesso vengono formulate e portate a livello istituzionale sono quelle che le persone ritengono possano essere prese in carico e ascoltate, non sempre rispondenti a quelli che sono i bisogni percepiti come tali. Esiste dunque una relazione dialettica tra bisogno, domanda e risorse, che va tenuta in conto per inquadrare correttamente sia gli ambiti di sovrapposizione, sia quelli di divario. Un esempio può essere la difficoltà per i servizi di rilevare la condizione di solitudine delle persone anziane che non vivono problematiche di non autosufficienza. Infatti, solo quest'ultima situazione trasforma il bisogno (di relazione) in una domanda (di assistenza) che può essere accolta perché incontra servizi e risorse predisposti. Finché la condizione di non autosufficienza non si verifica, non solo il bisogno non è accolto, ma non si è purtroppo neppure in grado – come sistema – di leggerlo e caratterizzarlo quantitativamente e qualitativamente.

La preminenza di logiche prestazionali di stampo aziendalistico rende spesso marginali o non completamente contemplabili sia approcci che vanno in questa direzione, sia un'analisi di contesto che mantenga uno sguardo ampio e integrato oltre la parcellizzazione dei diversi settori sociali e sanitari. Il **bisogno** va pensato quindi come un **oggetto complesso che si costruisce all'intreccio di percezioni e desideri, domande e risorse disponibili** (sia come volume, sia come organizzazione). In questo senso si potranno anche descrivere alcuni degli elementi che – entrando in questo intreccio – concorrono all'organizzazione della risposta. La percezione della salute come qualcosa di principalmente relativo alla sfera dell'individuo e, più in particolare, della sua componente fisica, organica piuttosto che a quella psicologica e a quella sociale determina una gerarchia di sguardi e saperi. Questa gerarchia ha dei correlati in analoghe strutture di potere e risorse: basti pensare al divario, in termini sia di potere simbolico sia di risorse materiali, tra i sistemi sanitario e sociale. Alla percezione della salute come qualcosa di individuale si accompagna spesso una relativa mancata conoscenza dei contesti territoriali da cui le persone provengono e che mediano la loro relazione con i determinanti sociali della salute. Ora, a fronte di uno sguardo sulla salute che si potrebbe definire "asimmetrico", quali sono le implicazioni per la visibilizzazione e la presa in carico dei bisogni di salute, se intendiamo quest'ultima in senso ampio e cioè come benessere bio-psico-sociale?

Ricalibrare lo sguardo

Questa asimmetria dello sguardo si ripercuote inevitabilmente sull'azione dei servizi, contribuendo a decretarne una frammentazione organizzativa che limita le possibili sinergie fra i diversi ambiti (sanitario, sociale, educativo, abitativo...) e con le risorse espresse dal territorio. Uno

degli "antidoti" a questa frammentazione è la **pratica della prossimità**, che è allo stesso tempo una **pratica culturale, relazionale e organizzativa**.

Prossimità significa stare sul territorio e vicino alle persone, ed è una pratica culturale perché richiede di abbandonare un approccio attendista (per il quale si suppone che siano le persone che vanno al servizio), per adottare un **approccio proattivo e di iniziativa** (secondo il quale è chi lavora nei servizi che va verso le persone). La prossimità è una pratica relazionale perché anzitutto richiede di instaurare dei legami di fiducia: se consideriamo che vi siano bisogni che non vengono letti, andare verso le persone significa cercare proprio quelle situazioni di vulnerabilità personale, sociale, economica e che hanno più bisogno dei servizi, a cui spesso le persone non si rivolgono per disillusione, mancanza di risorse, o incapacità di formulare le domande in un modo che i servizi ritengono adeguato. Va anche considerato che la presenza dei servizi, delle infrastrutture e delle opportunità culturali di un territorio densamente urbanizzato è spesso diversa da un territorio di montagna o di un'area interna. Possono sussistere quindi differenze sostanziali e anche disuguaglianze nell'accesso a determinate possibilità di cura, che richiedono un approccio di prossimità specifico a seconda del contesto. Un aspetto su cui è possibile riflettere è l'importanza di avere riferimenti istituzionali e/o del Terzo settore situati, ovvero delle figure di prossimità "stanziali" che fungono da presidio del territorio: ad esempio l'assistenza infermieristica di comunità, gruppi di supporto socioeducativo mobili o altre figure di prossimità, se previsti nel patrimonio dei servizi e delle istituzioni.

Infine, prossimità è una pratica organizzativa perché ci vuole **flessibilità** per rispondere efficacemente alle eterogenee circostanze che i servizi si trovano ad affrontare. I fattori che influenzano la vita delle persone sono molteplici: possono essere di carattere sociale, educativo, culturale ed economico, non solo sanitario. Essi si evolvono nel tempo e si sovrappongono, concorrendo a determinare peggiori o migliori condizioni di salute. Per poter gestire questa complessità serve andare oltre la settorializzazione dei servizi ed essere in grado di "sconfinare" sia dai propri spazi che dalle proprie specifiche mansioni. La prossimità, in altri termini, dovrebbe avere a che fare anche con la capacità di creare relazioni significative con chi ha maggiori difficoltà ad attivare un percorso di ricerca di aiuto. Come la pandemia ci ha mostrato, è lì che si annidano quei bisogni sommersi che difficilmente trovano una possibilità di emersione attraverso la sola vicinanza fisica dei servizi. A questo proposito, nel Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 il concetto di prossimità viene ripreso in questi termini:

Non è sufficiente la sola collocazione fisica sul territorio, ma è necessario orientare l'attività - a partire dalla fase della programmazione - in direzioni volte a favorire la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e a contribuire direttamente ai processi concernenti la definizione delle politiche di sviluppo sul territorio.

Per "favorire la consultazione e la partecipazione attiva" è necessario andare oltre un approccio standardizzato basato sull'erogazione di prestazioni e costruire **prassi relazionali di prossimità**, il cui obiettivo deve essere quello di favorire la partecipazione delle persone nella costruzione dei propri bisogni e nella definizione delle azioni da mettere in campo per affrontarli.

Partecipazione è salute

Le prassi relazionali di prossimità, quindi, mettono i servizi nelle condizioni di aprire spazi di partecipazione, i quali necessitano di un costante lavoro di manutenzione affinché siano efficaci nella promozione della salute di una comunità. La partecipazione e l'**empowerment di comunità** sono aspetti chiave nella promozione della salute - come sancito dai suoi documenti fondativi (OMS 1978; 1986) - e sono sempre più una priorità nelle politiche per la salute a livello

internazionale e nazionale (OMS, 2013; Ministero della Salute, 2020). Proprio perché la pandemia di Covid-19 ha messo in luce che non tutti i bisogni di salute riescono ad essere intercettati dai servizi, negli ultimi anni è cresciuto l'interesse politico sul ruolo delle comunità nel tutelare e promuovere la salute e nel contrastare le disuguaglianze sociali.

La partecipazione si concretizza nella possibilità delle persone di **esprimersi riguardo la propria condizione di salute**, per poi **definire delle priorità** e **prendere decisioni concrete per migliorarla**. Ciò riguarda l'individuo così come i gruppi o le comunità a cui le persone fanno riferimento o in cui si identificano, che spesso sono molteplici e si intrecciano e si evolvono nel tempo: ad esempio, un uomo di origine marocchina può sentirsi legato alla comunità del suo paese di origine, ma allo stesso tempo al gruppo di genitori della scuola della figlia, al centro culturale islamico, al quartiere, all'organizzazione sindacale. Le comunità infatti non sono articolazioni naturali degli ordinamenti sociali, bensì il frutto di processi di costruzione simbolica di un senso di appartenenza e di mutuo riconoscimento, i quali possono essere attivati attraverso pratiche partecipative (Consoloni e Quaranta, 2021).

Tuttavia, non tutte le persone godono di condizioni favorevoli per poter prendere parola su ciò che le riguarda direttamente, in primis la propria salute. Ciò deriva da dislivelli di potere presenti nella società e che determinano in maniera sistematica il silenziamento e la marginalizzazione di alcuni gruppi di popolazione. Pertanto, gli attori istituzionali e i servizi che intendono attivare processi partecipativi devono tenere in considerazione questi dislivelli per garantire il diritto delle persone a riportare il significato che si attribuisce a ciò che le circonda e a ciò che accade loro.

È importante ribadire che esistono **diversi gradi di partecipazione**: ascoltare e/o informare una comunità è differente rispetto a creare i presupposti affinché quella stessa comunità acquisisca controllo diretto sulle risorse che le permettono di migliorare la propria salute (Bobbio, 2004). Si parla di "empowerment di comunità" proprio per indicare quei processi che supportano coloro che hanno meno potere nell'esercitare un maggiore controllo collettivo sulle decisioni e azioni che contribuiscono alla trasformazione sociale e al cambiamento politico (Popay et al., 2021). Le evidenze scientifiche mostrano che maggiore è il coinvolgimento della comunità, migliori sono gli effetti su qualità dei servizi e livello di empowerment (Popay, 2006). In questo senso, la partecipazione non può essere ridotta alle metodologie che si utilizzano per promuoverla, né si può utilizzare tecniche di partecipazione per giustificare decisioni già prese, ma deve avere come fine una concreta attivazione delle risorse individuali e collettive delle persone e un reale trasferimento di potere.

Condividere, combinare, agire

Per intraprendere percorsi efficaci di promozione della salute è evidente la necessità di un maggiore raccordo tra servizi sanitari e sociali e i diversi attori e realtà che concorrono alla cura e allo sviluppo di un territorio. L'organizzazione compartimentalizzata dei servizi è, come si è già avuto modo di osservare, il prodotto di uno sguardo sulla salute, il quale riproduce una distinzione tra gli ambiti, i saperi e le risorse e, così facendo, mina l'efficacia degli interventi. La **frammentazione dei servizi**, unita alla scarsa conoscenza del territorio e delle sue trasformazioni sociali, **agisce infatti come un vero e proprio determinante di salute**: si tratta di un elemento di cui spesso chi opera nei servizi è consapevole, senza però che tale consapevolezza riesca a trasformarsi in forme organizzative e strumenti differenti rispetto a quelli attualmente esistenti.

Ricomporre questa frammentazione può risultare difficoltoso per ragioni differenti: l'impermeabilità dei vari compartimenti in cui sono organizzati i servizi, la mancanza di tempo e spazi dedicati al coordinamento delle varie iniziative, la carenza di organico. Anche quando si intraprendono

tentativi di integrazione, talvolta questi possono risultare velleitari o anche rallentare e compromettere l'azione dei servizi. La moltiplicazione dei tavoli di lavoro che ambiscono a riunire diversi interlocutori su specifiche tematiche, infatti, non necessariamente apporta un miglioramento della programmazione e dell'efficacia degli interventi. Ciò perché spesso **l'integrazione viene intesa e praticata solo come giustapposizione, piuttosto che come scambio e combinazione di prospettive, strumenti e metodi**. Le complesse dinamiche che interessano e influenzano le vite delle persone non possono che essere affrontate in maniera complessiva, offrendo cioè una risposta che tiene conto dei molteplici determinanti di salute (quali ad esempio le condizioni abitative, il livello di istruzione, il lavoro). L'invito è quindi a sviluppare approcci che non siano basati sulla singola persona ma sulla comunità, in termini di coinvolgimento di abitanti e risorse del territorio. A partire da una reale interazione e conoscenza tra servizi, Terzo settore, enti locali, è possibile acquisire consapevolezza di chi già agisce in una prospettiva di promozione della salute e con quali risorse e strumenti, evitando quindi accavallamenti.

Conoscendosi è possibile coordinarsi: ciò non vuol dire solo agire in maniera sinergica, ma anche stabilire dei ruoli, degli obiettivi e condividere la responsabilità della riuscita di un processo. Senza questi vincoli, il rischio è di disperdere momenti di collaborazione potenzialmente preziosi. Per questo è importante che gli spazi e i momenti di integrazione siano votati all'operatività: non è sufficiente aggiornarsi sulle reciproche attività se non si è in grado poi di prendere decisioni congiunte. L'impegno di tutte le parti chiamate in causa nel raggiungere gli obiettivi prestabiliti deve perciò concretizzarsi in azioni che abbiano ricadute effettive sui territori in cui operano e, sul lungo termine, mirare alla trasformazione dell'organizzazione stessa dei servizi, affinché siano in grado di operare con maggiore equità.

Il contrasto alle disuguaglianze

Nella trasformazione e nell'evoluzione dei servizi, una delle direttrici imprescindibili da mantenere in un'ottica di promozione della salute è quella dell'equità, intesa come assenza di differenze evitabili, ingiuste o rimediabili tra gruppi di persone (definibili da un punto di vista sociale, economico, demografico, geografico ecc.). Il concetto di "equità in salute" rimanda alla creazione per le persone di pari opportunità di raggiungere il proprio pieno potenziale di salute, senza che qualcuno/a risulti svantaggiato/a o vulnerabile rispetto a questo.

L'equità si differenzia dal concetto di "uguaglianza" perché non si limita a riconoscere parità di diritti tra individui, ma applica una visione della giustizia che tiene conto delle differenze e delle disuguaglianze presenti nella società. Nell'ottica di un sistema di servizi, l'orientamento diventa pertanto rivolto a un universalismo proporzionale, ovvero un'offerta uguale per tutti/e, accompagnata da una redistribuzione di risorse in base a determinati bisogni emergenti dalle caratteristiche delle persone che usano i servizi stessi (OMS, 2019). In tal senso, agire in una prospettiva di equità significa **contrastare quelle disuguaglianze intervenendo sulle condizioni (strutturali e contestuali) che le determinano**. Dal momento che il termine "disuguaglianza" potrebbe comportare un connotato di "inevitabilità", talvolta si preferisce usare il termine "iniquità" per definire quelle disuguaglianze sistematiche di salute tra gruppi sociali che sono non necessarie ed evitabili, e per questo da considerare ingiuste (Marmot 2016; Stefanini et al., 2006). Alcune caratteristiche possono aiutare a distinguere tra iniquità in salute e "semplici" disuguaglianze in salute. Per esempio:

- la loro natura sistemica: le iniquità si distribuiscono in maniera costante e non casuale all'interno della popolazione (più si scende nella posizione socioeconomica e più aumentano mortalità e morbosità);

- la loro produzione sociale: le iniquità rappresentano la conseguenza di processi sociali e non di fattori biologici.

In questo documento si è scelto di mantenere il termine “disuguaglianze”, ma attribuendogli le caratteristiche sopra esposte: proprio perché prodotte socialmente, le disuguaglianze sono non necessarie ed evitabili, e di conseguenza ingiuste. Le caratteristiche di evitabilità e la loro produzione sociale implicano che le disuguaglianze possono essere affrontate anche socialmente e pertanto, come affermato dalla Commissione per i Determinanti Sociali di Salute dell'OMS, “contrastarle è una questione di giustizia sociale e un imperativo etico” (OMS, 2008).

In Italia si osservano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore delle persone e delle comunità più marginalizzate che riguardano tutte le dimensioni di salute – incidenza, prevalenza, letalità – e tutte le posizioni della classe sociale, sia se si confrontano popolazioni con differenti “capacità di controllo delle risorse disponibili” (come ad esempio tra persone con diversi livelli di istruzione), sia se si confrontano popolazioni con diversa distribuzione delle risorse stesse (come per esempio tra persone con diversi redditi e beni posseduti) (Costa et al., 2014). Si parla di **gradiente sociale** per definire questo fenomeno ampiamente documentato in relazione al rischio di malattia e morte per una serie di condizioni acute e croniche, nonché all'accesso e all'utilizzo dei servizi sanitari, e rilevabile per molteplici indicatori di posizione sociale (reddito, livello di istruzione, occupazione, ecc.). Nel cercare di comprendere i fattori alla base del gradiente sociale si guarda non solo al ruolo delle interazioni tra determinanti sociali relativi alla singola persona, ma anche all'effetto del contesto in cui questa cresce, lavora e vive. Si è visto infatti che, in contesti con minori disuguaglianze, le persone hanno esiti in salute migliori e minori problematiche di natura sanitaria e sociale (Pickett e Wilkinson, 2010). Al contrario, il fatto di vivere in una zona con elevata concentrazione di svantaggi può influire negativamente sugli esiti in salute (Wilson, 2010). All'interno della stessa città, infatti, si possono trovare esiti in salute e aspettative di vita molto differenti tra loro. Ad esempio, nella città di Bologna da un quartiere della periferia nord-ovest alla zona sud dei Colli sussiste una differenza nell'aspettativa di vita di 3 anni, e in alcune aree la prevalenza di diabete può superare del 40% la media cittadina (CSI, 2022).

Secondo l'OMS una delle più importanti sfide per la sanità pubblica è di **colmare il divario che tutt'oggi esiste tra conoscenza e azione** (*know-do gap*) (OMS, 2005). Infatti, nonostante la copiosa letteratura già esistente e la consapevolezza delle istituzioni su queste tematiche sia cresciuta esponenzialmente negli ultimi vent'anni, anche le disuguaglianze sono cresciute. Ciò significa che le azioni di contrasto non sono sempre andate di pari passo con le conoscenze prodotte in proposito. Questo fenomeno è riconducibile, da un lato, a una strutturale disconnessione tra generazione di conoscenza e azione, che permea questo come molti altri campi; dall'altro lato, alla mancanza di studi sulle disuguaglianze che mappano la situazione a livello locale, per esempio all'interno di una città, i quali risultano più informativi per orientare le politiche territoriali e monitorarne l'impatto. Chiudere questo divario richiede quindi un salto importante dal punto di vista epistemologico: significa adottare sistematicamente e concretamente nel proprio lavoro una postura caratterizzata dagli elementi sin qui approfonditi. Per queste ragioni, da qui in avanti non si specificherà ogni volta che un processo di promozione della salute va condotto “in un'ottica partecipativa orientata all'equità”, ma si darà per assunto che non esiste promozione della salute se non inderogabilmente agita in un'ottica partecipativa e di equità.

...LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SI METTE IN PRATICA

Governance

Architettura dei ruoli, dei mandati, delle relazioni: quali modelli di governance possono essere efficaci per supportare azioni, interventi e programmi di promozione della salute?

Domande per comprendere e orientare il processo

- Quali sono gli attori coinvolti nel piano decisionale?
- Come si articolano i livelli aziendale/provinciale/distrettuale/contestuale?
- Ci sono aspetti di integrazione interistituzionale?
- Quali sono i poteri e gli interessi in gioco?

Avere dimestichezza con le basi concettuali che costituiscono il fulcro della promozione della salute è importante tanto quanto saperle tradurre in azione. Lettura dei bisogni, prossimità, partecipazione, integrazione ed equità sono gli assi da cui partire, che però vanno declinati a seconda delle variabili che in ogni contesto possono caratterizzare un processo o un intervento di promozione della salute.

La prima variabile sulla quale riflettere è quella della **governance**. Riflettere sulla governance significa interrogarsi su come allestire delle impalcature solide, integrate e miste affinché l'azione di promozione della salute e di cura del benessere di un territorio possa sostenersi nel tempo e avere efficacia. Per questo è necessario occuparsi di tutte quelle relazioni e di quei dispositivi organizzativi che regolano il funzionamento dei processi decisionali. In altre parole, la governance riguarda l'insieme dei meccanismi attraverso cui chi opera nell'ambito della salute e del benessere acquisisce un mandato operativo e uno spazio di agibilità esecutiva.

Le difficoltà di scorrimento delle informazioni all'interno delle istituzioni (frammentarietà verticale) e di comunicazione tra servizi diversi (frammentarietà orizzontale) possono essere un ostacolo al mantenimento di questi meccanismi. L'integrazione e l'intersectorialità sono concetti cardine della promozione della salute proprio perché aiutano a creare strategie di visione e di gestione. C'è quindi un rapporto chiaro tra una governance ben articolata e un processo di promozione della salute incisivo: dispositivi funzionali facilitano ogni fase del processo, dalla definizione degli obiettivi ai momenti di autovalutazione. Nei processi di promozione della salute, l'articolazione dei dispositivi di governance si distribuisce su livelli macro, meso, micro: regionale, aziendale, distrettuale e locale.

Partendo dal livello macro, va innanzitutto rimarcato come la Regione sia garante di una **legittimazione politico-culturale** per l'adozione di una reale prospettiva di promozione della salute e provveda alla creazione di momenti di **condivisione tra le diverse esperienze** tra i territori. Inoltre, tra i suoi compiti vi è quello di fornire le indicazioni di carattere legislativo e strategico-metodologico: nella costruzione di un mandato, infatti, si fa riferimento a quanto indicato nel documento di Governance del Piano Regionale della Prevenzione³.

Spostandosi sul piano aziendale (meso) ma in connessione con le indicazioni regionali, si evidenzia la **centralità delle persone individuate come responsabili aziendali per l'attuazione del Piano**. Queste figure, infatti, rivestono un ruolo chiave:

³ Il documento di Governance volto a coordinare le attività dell'intero Piano Regionale della Prevenzione è disponibile a questo link: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp>

- nei processi di coordinamento tra il livello aziendale/provinciale e quello distrettuale/locale, garantendo azioni di promozione della salute equamente distribuite e sviluppate in un'ottica che tiene conto delle differenze territoriali, sociali, politiche e geografiche dove quella specifica azione si va ad inserire;
- nei processi di mediazione all'interno dei servizi sanitari e tra i servizi sanitari e tutti quegli attori che sul territorio si occupano di salute, a partire dagli Enti locali e dal Terzo settore (corpi intermedi). Vengono spesso indicati come referenti per l'intersectorialità e "facilitatori" dell'attuazione del Piano sul territorio, presidiando il rispetto degli obiettivi previsti.

Le voci dei territori

"Aver avuto anche la Regione che parallelamente sta facendo questi ragionamenti ci ha dato più forza. Perché sennò delle volte ti sembra di essere così un po' fuori dagli schemi, che sei tu che proponi delle cose strane. Il fatto che ci sia anche il gruppo regionale significa invece che ci sono altre persone che si stanno chiedendo appunto come dare risposte, come trovare possibilità diverse, anche scombinando i piani. Questo ci permette effettivamente di ragionare a tutto tondo".

Per sostenere i/le referenti dell'attuazione del Piano nel lavoro di raccordo e collegamento tra livelli e settori, potrebbe essere utile dare vita ad un **meccanismo di coordinamento aziendale identificabile**, che si incontri periodicamente per dare copertura e coerenza alle azioni intraprese dai servizi sanitari in un'ottica di promozione della salute e garantire il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti e Servizi interessati, *in primis* le cure primarie. Un dispositivo di questo tipo potrebbe fornire anche maggiori **garanzie sulla sostenibilità dei processi** senza necessariamente doverne definire rigidamente e aprioristicamente tutti gli step e i passaggi, che raramente possono seguire un andamento lineare e prevedibile (data la natura stessa del lavoro di comunità). Sosterrebbe inoltre un raccordo più stretto tra i Dipartimenti coinvolti in modo da definire in modo preventivo quali e quante risorse (economiche, di tempo, di competenze) possono essere impiegate nelle varie fasi di realizzazione delle iniziative di promozione della salute. E questo a sua volta aiuterebbe operatori/rici ad avere più chiari ruoli e margini di azione rispetto al proprio incarico lavorativo.

Anche **Direttori/rici dei Distretti sociosanitari**, che afferiscono all'Azienda Sanitaria, possono giocare un ruolo importante nell'implementazione di questi passaggi. Come da loro definizione, svolgono una funzione di **raccordo tra l'ambito sociale e sanitario**, mediando tra i vari livelli (locale, aziendale e regionale), come indicato anche dal Piano Regionale della Prevenzione:

L'attività di pianificazione congiunta con gli Enti locali, che vede nel distretto la sede principale di coordinamento, come descritto nella Legge n. 19/2018, può essere facilitata dall'integrazione delle attività di programma nel Piano Sociale Sanitario Regionale [...] e, conseguentemente, con la pianificazione di zona.

Sul piano locale (micro), infine, le **Unità Operative (UO) con delega alla promozione della salute**, grazie a un ruolo strutturato nel Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), possono svolgere una funzione di ponte tra quello che viene definito a livello aziendale e i bisogni e le risorse dei livelli locali. Possono quindi supervisionare e curare il processo dall'elaborazione del mandato fino all'effettiva realizzazione del territorio insieme a una cabina di regia, oppure delegare – dopo un impulso iniziale – la gestione operativa del processo.

Da tale cornice di inquadramento possono derivare **diverse forme di governance locale**. Essenziale rimane la costruzione del mandato, ovvero di come e da parte di chi avviene la richiesta di

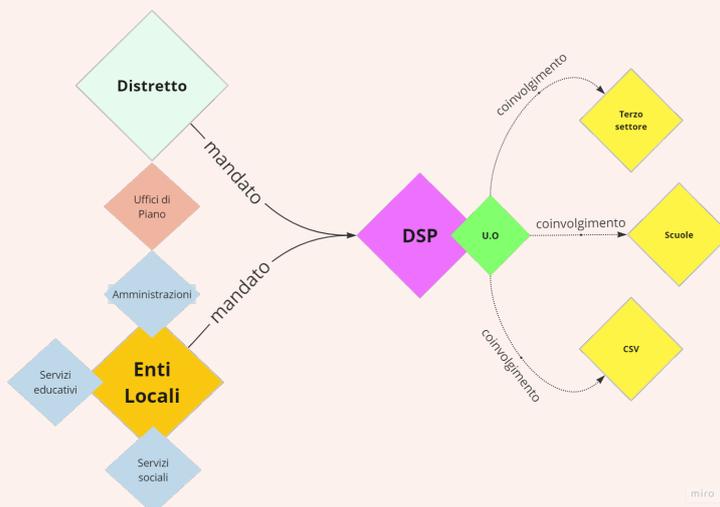
avviare un percorso partecipativo di promozione della salute. Questa può essere diretta espressione di un'esigenza aziendale per poi coinvolgere altri enti, realtà o istituzioni nella definizione di obiettivi comuni e strategie condivise, o può costituirsi come richiesta di confronto da quelle stesse realtà e istituzioni che popolano o amministrano un territorio e chiedono la partecipazione dei servizi sanitari (per esempio all'interno dei Comitati di Distretto). **Un mandato condiviso da più interlocutori è però auspicabile**, proprio in virtù del fatto che la salute delle persone è influenzata da numerosi fattori che esulano l'ambito strettamente sanitario. Per questo la governance di un processo di promozione della salute deve chiamare in causa, tutte le parti che possono contribuire al miglioramento delle condizioni di vita delle comunità da chi si occupa di educazione, di cultura, di ambiente, di lavoro, di urbanistica e via dicendo. Nelle variabili combinazioni di governance, si possono individuare genericamente **due tendenze**, ciascuna con **potenzialità e limiti**:

- **mandato collettivo**: una pluralità eterogenea di attori (istituzionali e non) può dare forza e legittimazione politica a un processo, ma può rendere più faticoso l'allineamento dei vari interessi in gioco e il coordinamento con chi porta avanti il processo nel territorio;
- **mandato autonomo**: allo stesso tempo, un mandato costituito in autonomia può dare maggiore libertà nell'individuazione dell'oggetto e dei metodi di lavoro, ma complicare il coinvolgimento di altri interlocutori nelle fasi successive e di conseguenza minare la sostenibilità del processo.

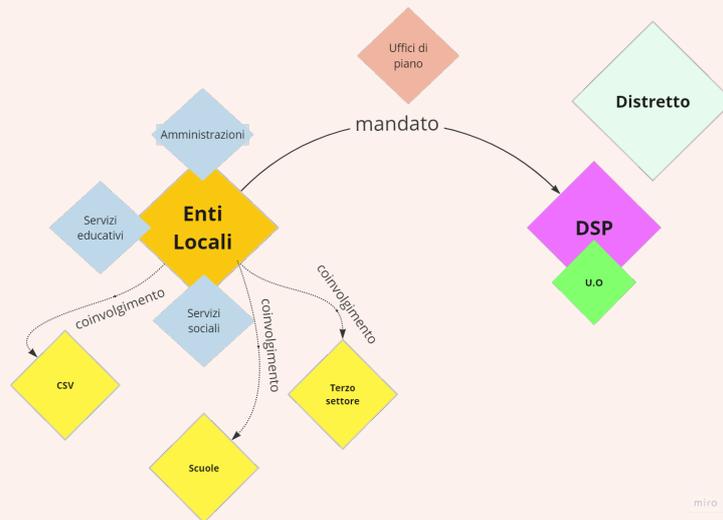
Diversi modelli a confronto

Pur avendo messo in evidenza solo due tendenze nella costruzione di un mandato, ovvero mandato collettivo e mandato autonomo, le variabili e le combinazioni possibili all'interno di queste sono molte e talvolta molto diverse. Qui si riportano tre schemi che sintetizzano alcuni possibili modelli di governance nell'ambito della promozione della salute.

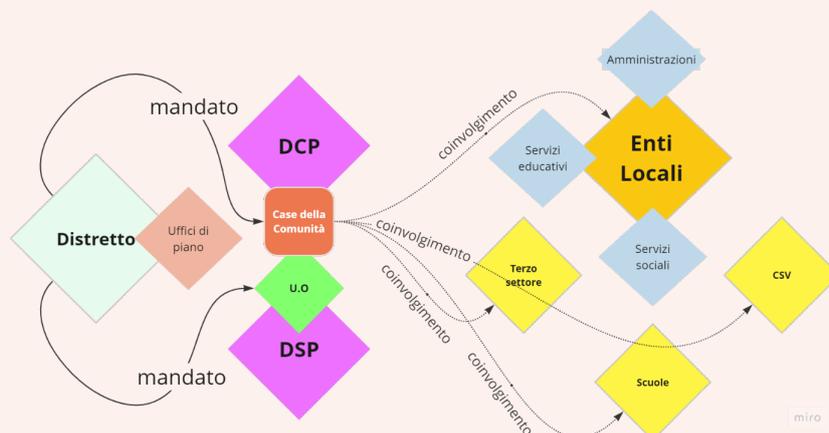
Il primo schema rappresenta un quadro dove il mandato è frutto di un'intesa tra parte socio-sanitaria, in particolar modo il/la direttore/riche di Distretto, ed Enti locali, attraverso il supporto tecnico dell'Ufficio di Piano. Si tratta quindi di un mandato potenzialmente solido perché collettivo, che investe il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) e la rispettiva Unità Operativa (UO) con delega alla promozione della salute del compito di intessere relazioni con le realtà del territorio. La doppia legittimazione politico-istituzionale permette al DSP di muoversi agilmente e con sicurezza nel lavoro di rete sul campo.



In questo secondo schema si presenta una situazione piuttosto diversa. Si vede infatti come gli Enti locali, con le amministrazioni comunali che coordinano il lavoro dei servizi, attivano una rete che coinvolge il Centro Servizi Volontariato (CSV), scuole e Terzo settore in un percorso partecipativo. Solo dopo la creazione di questa rete, a percorso già avviato, viene elaborato un mandato rivolto alla parte sanitaria, in particolare al Dipartimento di Sanità Pubblica e alla relativa UO di promozione della salute. L'ambito sanitario, quindi, è a supporto del processo, ma non contribuisce all'elaborazione degli obiettivi, almeno in una prima parte. Gli organismi distrettuali e l'Ufficio di Piano sono a conoscenza del processo, ma non prendono parte attiva, rimanendo in osservazione. Qui l'azione dei servizi sanitari rischia di limitarsi ad esaurire le aspettative delle amministrazioni, ma potrebbe rappresentare comunque una buona opportunità di sconfinamento e di intersectorialità.



Nel terzo e ultimo schema è il solo Distretto a produrre il mandato del processo, mandato che però si sdoppia e si rivolge a due dipartimenti, il Dipartimento Sanità Pubblica (DSP) e il Dipartimento di Cure Primarie (DCP), rispettivamente nella forma di Unità Operative o figure con delega nella promozione della salute e della Casa della Comunità. Quest'ultima assume un ruolo centrale, in quanto non è solo lo snodo della rete del processo, ma è anche "oggetto" di lavoro: chi ne è referente si adopera nella tessitura di relazioni sul territorio ma ha anche l'obiettivo di modificare il proprio servizio in base a quanto emerge dal coinvolgimento degli attori locali.



Regia/facilitazione

Coordinamento dei processi operativi: che forme può assumere un gruppo di facilitazione affinché sia efficace nel coordinare azioni, interventi e programmi di promozione della salute? Chi è importante coinvolgere (istituzioni, servizi, ruoli, figure)? Quali competenze sono necessarie?

Domande per comprendere e orientare il processo

- Chi ha la regia del processo?
- Chi ha la regia è una figura strutturata nell'organizzazione?
- Che tipo di formazione ha questa figura?
- Che relazione c'è tra il piano di governance e la regia del processo?

La regia di un processo di promozione della salute è fortemente interrelata al piano della governance. Dal mandato, infatti, derivano gli obiettivi così come la definizione delle risorse, che determinano in maniera cruciale come andranno a comporsi i gruppi di facilitazione del processo. Sono molteplici gli enti e le realtà che possono affiancare l'Ausl nell'**individuazione di priorità d'azione** rispetto ai bisogni dei territori protagonisti del percorso, così come possono variare le forme di **coordinamento operativo** dei processi.

Le voci del territorio

"Il tema dell'intersectorialità è importante anche per raggiungere i genitori, perché è chiaro che noi, per cercare di favorire la partecipazione, dobbiamo agire più su più fronti. Ci sarà il genitore che è più sensibile al tema della sostenibilità ambientale, c'è il genitore che è più sensibile al tema della salute, quindi si può agire su più fronti, con diversi attori della cabina di regia che fanno da interlocutori con il genitore, con il bambino. La nostra speranza è di allargare la base di partecipazione. Il ruolo dell'Ausl è importante perché magari affronta un tema che riesce a colpire la sensibilità di un genitore: in questo modo la base si allarga."

Nell'ambito della promozione della salute in età evolutiva, ad esempio, è possibile coinvolgere dirigenti di scuola e insegnanti, Centri per le famiglie, consultori e Spazio Giovani, Centri di Servizio per il Volontariato (CSV), Servizi Sociali, Servizi Educativi, Educative di strada, comitati di abitanti, gruppi di genitori, associazioni culturali e sportive, oltre che ovviamente la stessa popolazione giovanile (in forma organizzata, per esempio attraverso la Consulta giovani, i consigli comunali di ragazzi e ragazze e le associazioni giovanili, ma non necessariamente), proprio in un'ottica pienamente partecipativa. Le amministrazioni locali possono essere un prezioso alleato nella guida del processo, disponendo soprattutto nei piccoli centri di un'elevata conoscenza del territorio e di reti tra attori già collaudate.

Come per la governance, anche qui sono approssimativamente due le tendenze che orientano la costituzione delle cabine di regia, ciascuna con potenzialità e limiti. Ovviamente all'interno di queste due tendenze le combinazioni possono essere molteplici e interessare persone, ruoli, istituzioni e realtà differenti in modalità differenti.

Non necessariamente queste due tendenze si escludono a vicenda, ma anzi **possono avvicinarsi** a seconda dello stato del processo e delle esigenze contingenti:

- una **regia leggera**, ovvero chi ha una gestione maggiormente operativa del processo (solitamente figure strutturate nel Dipartimento di Sanità Pubblica) convocano le persone referenti di enti e realtà coinvolte solo in poche occasioni mirate ed essenziali dal punto di vista decisionale. I vantaggi in una regia "leggera" stanno prevalentemente nell'**elevata**

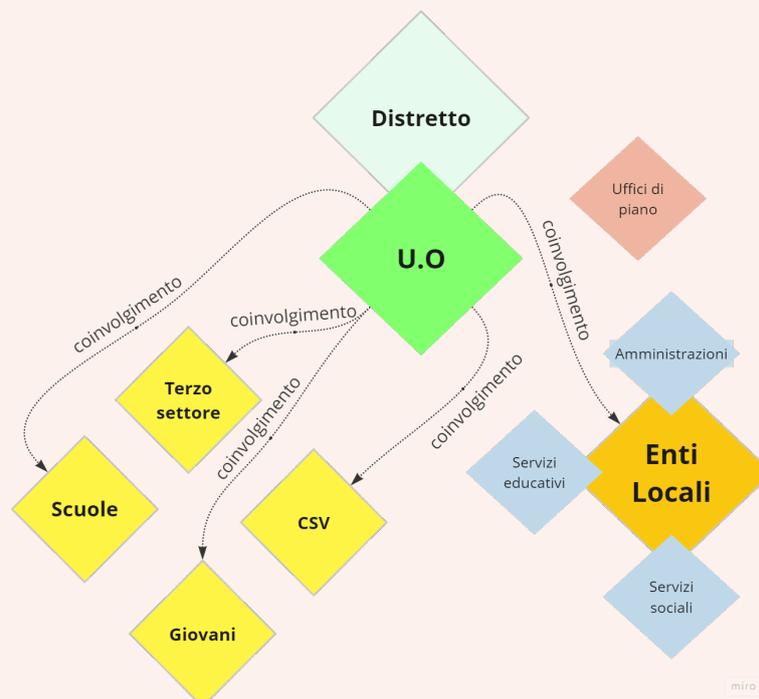
agibilità progettuale e operativa, che garantisce una maggiore rapidità decisionale, e nella possibilità di dedicare più tempo al presidio e all'ascolto del territorio e delle sue comunità, grazie anche a un certo grado di **informalità** che questo tipo di regia può permettere. Questi stessi elementi possono però rivelarsi ostacolanti: in assenza di un mandato forte (che come precedentemente affermato spesso è tale proprio in quanto largamente condiviso), può venire meno la legittimazione al processo e di conseguenza, anche a causa dell'informalità, c'è il **rischio di dissolverne il potenziale trasformativo**.

- una **regia globale**, dove persone referenti di enti e realtà coinvolte nel processo vengono convocate continuamente per definire di volta in volta nuove strategie di azione. Essa offre un riscontro costante con le parti coinvolte nella pianificazione dei passaggi e favorisce il **consolidamento di relazioni inter- e intra-istituzionali e con le realtà territoriali** attraverso l'accesso a un più ampio ventaglio di sguardi e competenze. Fattori controproducenti possono essere l'eccessivo numero di interlocuzioni da gestire, la **difficoltà ad allineare tempistiche e metodologie** lavorative molto differenti, la moltiplicazione di tavoli di lavoro, con conseguente dispersione di energie e dilatazione dei tempi del processo.

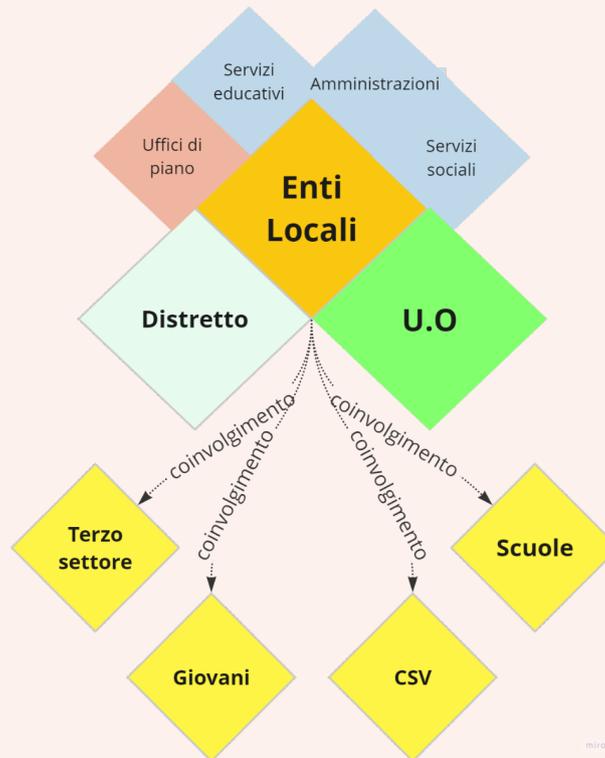
Diversi modelli a confronto

Qui si riportano tre schemi che sintetizzano alcuni possibili modelli di regia nell'ambito di un processo di promozione della salute.

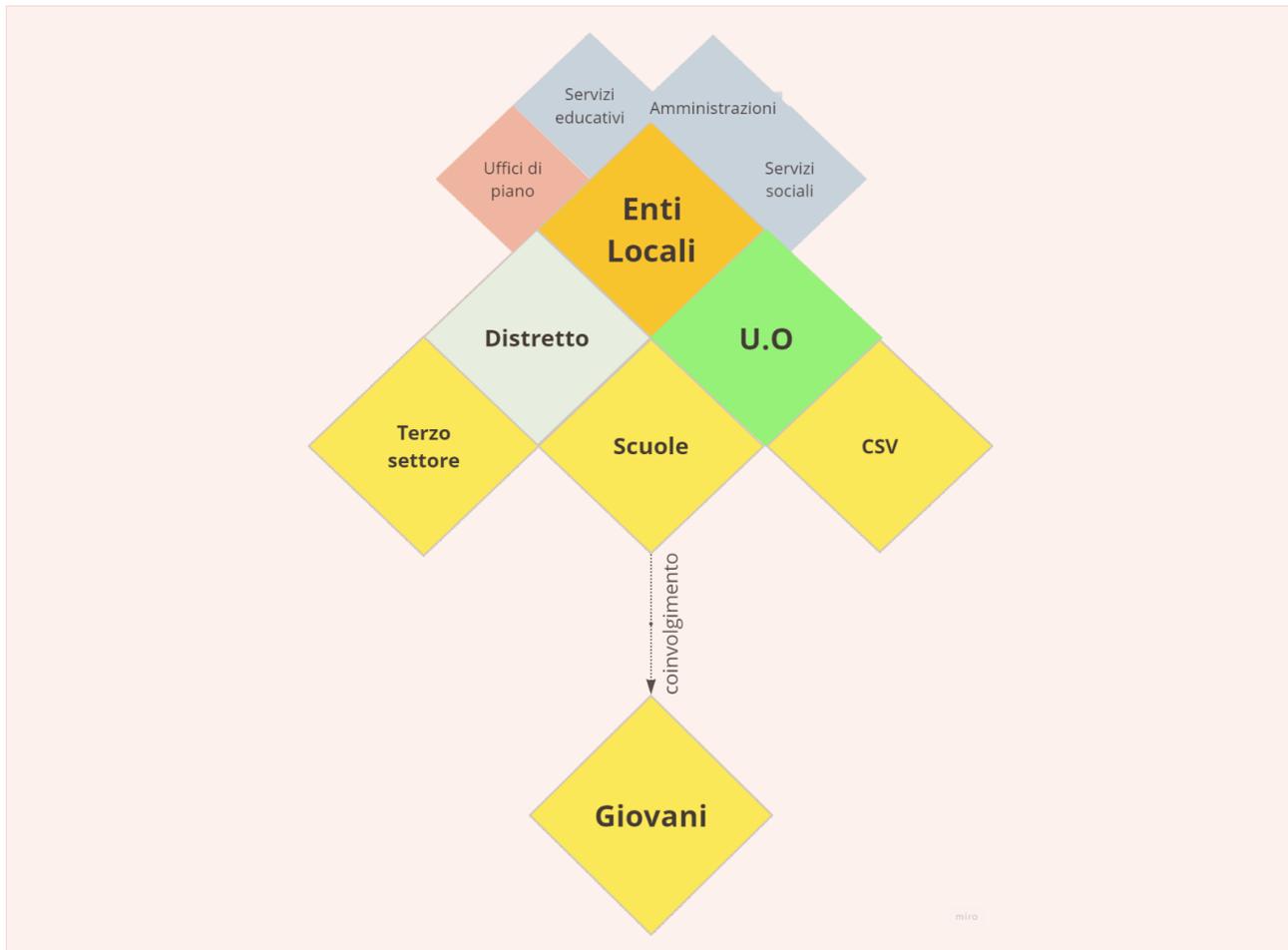
Nel primo schema si trova rappresentato un esempio di **cabina di regia leggera**, dove l'Unità Operativa con delega alla promozione della salute, in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), tiene le fila del processo con il supporto del direttore/direttrice del Distretto, convocando di volta in volta le realtà e gli enti utili all'identificazione delle priorità di azione in ogni fase. Ciò garantisce grande libertà all'Ausl su chi e come coinvolgere, ma rischia di non mantenere agganciate nel tempo le realtà e le persone coinvolte, che non hanno facoltà di intervenire sulla regia del processo.



Nel secondo schema la **cabina di regia** è **più composita** e **include anche gli Enti locali** (nelle diverse forme che possono assumere e che possono variare da caso a caso: da estensioni operative, come i servizi educativi, a quelle amministrative). La concertazione delle azioni avviene dunque in un tavolo interistituzionale e multisettoriale, che può decidere se e come coinvolgere realtà e persone esterne alle istituzioni. Si può quindi parlare di una regia globale, dove una minor rapidità esecutiva permette però una divisione dei ruoli operativi e la formazione di una rete probabilmente più ampia di interlocuzioni. Di contro, si può vedere come realtà ed enti come scuole e Terzo settore vengano solamente consultate, quindi hanno un potere limitato.

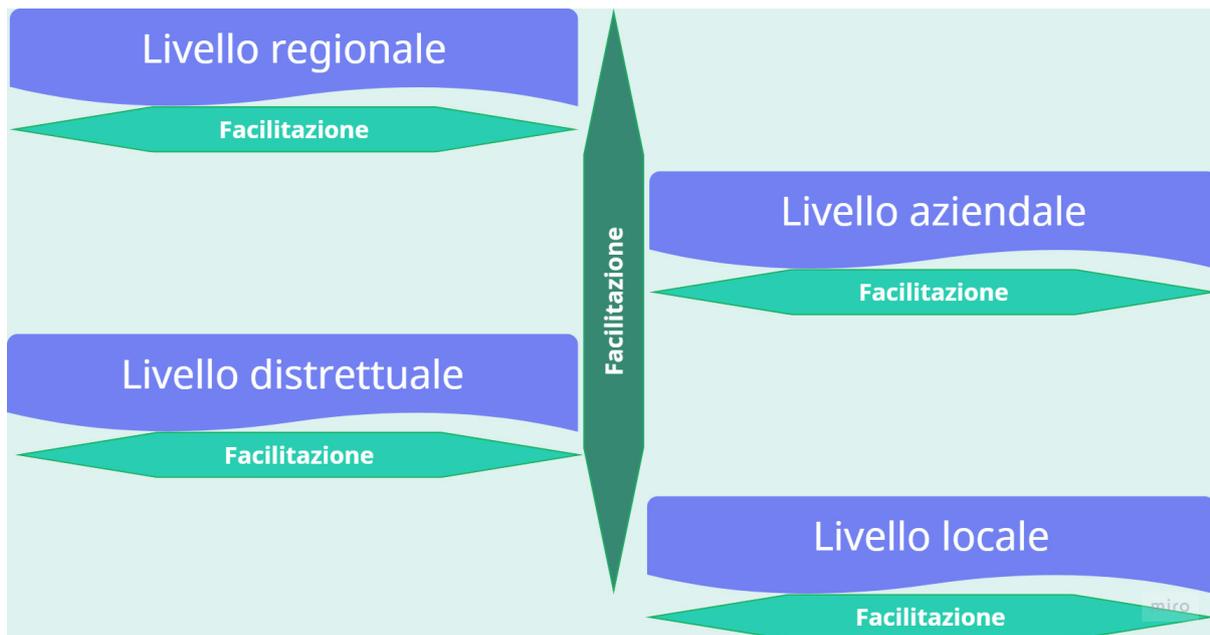


Nell'ultimo schema si ha un altro modello di **cabina di regia globale**, dove i servizi sanitari e le istituzioni locali collaborano direttamente con le varie realtà del territorio nell'organizzazione delle iniziative e nella gestione e cura del processo di promozione della salute. In questo modello è richiesta un'elevata capacità di coordinamento delle differenti esigenze e l'abilità nel mediare fra i vari interessi in gioco: il rischio infatti è che a causa di visioni divergenti il processo possa bloccarsi spesso, perdendo in operatività. D'altro canto, una simile combinazione garantisce che praticamente tutte le parti in causa siano direttamente coinvolte nelle decisioni su come agire e quindi abbiano livelli di potere molto simili. Da notare che persino in questo modello, spesso, viene tenuta fuori dalla cabina di regia la popolazione giovanile pur essendo soggetto destinatario del processo. Ciò sta a ricordare che per essere partecipativo fino in fondo, un percorso di promozione della salute dovrebbe garantire le condizioni perché le persone a cui si rivolge possano esprimersi e prendere decisioni.



Un elemento chiave quando si tratta di coordinare percorsi di questo tipo rimane quello della **facilitazione**, intesa come funzione di cura e manutenzione di gruppi/tavoli e dei processi; si tratta quindi della gestione della tenuta del percorso di promozione della salute che si sta attivando. In particolare, il lavoro di facilitazione deve essere svolto principalmente su **due assi**:

- **orizzontale**: creare collaborazioni più partecipate e sinergiche superando elementi ostacolanti sia interni che esterni alle organizzazioni attraverso un'apertura di spazi dialogici tra mondo sanitario e altri nodi della rete richiede cura delle relazioni, una postura affidabile e autorevole e spinta al coinvolgimento delle comunità in un'ottica di empowerment
- **verticale**: affinché l'approccio sia caratterizzato da una forte advocacy e punti alla diffusione della governance nel processo di costruzione della salute pubblica è necessario anche un tipo di facilitazione verticale, ovvero una mediazione fra i vari livelli dell'organizzazione che non si occupi solamente di raccogliere le voci delle comunità e dei vari interlocutori, ma che riesca anche a traslare quelle voci in modo da orientare efficacemente l'azione dei servizi, dando così realmente adito al potenziale di un percorso partecipativo.



Agire su più piani del processo può servire anche a rendere più diffuse le competenze che il lavoro di facilitazione richiede, che non può essere sempre demandato a singole figure spesso non strutturate all'interno dell'organizzazione. La facilitazione così intesa diventa una competenza situata e agita a tutti i livelli del sistema che non si traduce in una semplicistica gestione di eventi e incontri ma diventa un dispositivo organizzativo permanente che contribuisce a mantenere "vive" le reti in cui le organizzazioni agiscono.

Per questo una tra le più importanti attività della facilitazione è l'azione del mappare, da intendersi non solo come lavoro da svolgersi nelle prime fasi progettuali, quanto come pratica costante nel tempo e dinamica.

Cosa vuol dire "mappare"? Alcuni strumenti

Quando si parla di mappatura come di uno strumento utile al servizio di un processo di promozione della salute si può fare riferimento a molte cose diverse. Una mappa non è soltanto un supporto che contiene informazioni geografiche, topografiche e stradali, ma può essere una **rappresentazione visuale dei bisogni di una comunità**, un **mezzo per dare spazio di espressione a comunità marginalizzate** o un **dispositivo narrativo per ridefinire dei luoghi alla luce dell'esperienza vissuta** delle persone. Se si parla di promozione della salute, però, operazioni di mappatura di un territorio devono avere necessariamente carattere partecipativo. Come tanti altri strumenti che sollecitano la partecipazione di una comunità, anche una mappatura dovrebbe avere come scopo la tessitura di relazioni e l'ascolto e il coinvolgimento attivo delle persone in un'ottica di **empowerment**, più che la produzione di una mappa in sé.

Può anche essere un espediente di un gruppo di persone che lavorano nei servizi, nelle istituzioni o nel Terzo settore per riflettere criticamente sul proprio posizionamento rispetto al loro contesto di lavoro e al loro territorio, con l'obiettivo di orientare l'azione dei servizi verso una maggiore equità.

Si condividono qui le sintesi di tre strumenti di mappatura (alcuni dei quali presentati durante il laboratorio del Community Lab del 9 novembre 2022) che fanno riferimento a esperienze realizzate in luoghi e tempi differenti, rendendole uniche e non replicabili negli stessi identici termini. Ripercorrendone gli obiettivi e gli step, però, sarà possibile prenderle a modello per un'eventuale riproduzione modificata in base al proprio contesto di riferimento e alle proprie necessità.

Mappatura emozionale della città

Questo tipo di mappatura è adatta all'esplorazione di un contesto urbano con gruppi di abitanti e si presta a essere combinata a strumenti interattivi di esplorazione dei luoghi di interesse. Può essere utile in un processo di trasformazione dell'ambiente cittadino in cui le persone sono attivamente protagoniste.



Obiettivi del lavoro di mappatura:

- Identificazione dei fattori che promuovono o che contrastano la salute sul territorio
- Abitanza: comprensione dei significati che la popolazione attribuisce ai luoghi che "abita"
- Creare momenti di coinvolgimento attivo della popolazione che solitamente non trova spazi di partecipazione

Gli step del processo

1. Primo step: mappatura "statica" attraverso uno stradario (mappa fisica)

Si lavora con un supporto, possibilmente cartaceo. La mappa da utilizzare può essere già "riempita", ovvero già con delle informazioni (indirizzi, descrizioni etc..) oppure "vuota" da riempire, scrivendoci sopra, colorandola, attaccando adesivi o post-it.

Macrodomande:

- Quali sono i luoghi dove sto bene? Perché?
- Quali sono i luoghi che evito? Perché?
- Quali sono i luoghi che frequento volentieri? Perché?

Domande specifiche

- Che attività svolgi in quei luoghi?
- Cosa cambieresti dei luoghi che eviti?

Si possono creare delle domande specifiche da porre attraverso cui poi guardare e identificare dei luoghi. Il lavoro si può svolgere individualmente, successivamente si può lavorare a coppie o a gruppi, dialogando sui luoghi scelti e descrivendoli.

2. Secondo step: mappatura "viva", con ruolo proattivo.

Questa mappatura si svolge nei luoghi precedentemente identificati, attraversandoli con delle camminate. I gruppi delle passeggiate possono essere misti. Si può esplorare il tema dell'"abitanza", ovvero permettere a chi partecipa di riflettere su come e perché abita un luogo e quale senso di appartenenza lo lega ad esso. Un passaggio ulteriore può essere quello di far emergere dei bisogni e stimolare la produzione di idee di cambiamento e di trasformazione dei luoghi.

Strumenti utilizzabili:

- Strumenti "artistici" o interattivi (fotografie, video, social network, disegni ecc.)
- Interviste rivolte alle persone che frequentano quei luoghi: adolescenti, adulti, persone anziane
- Far raccontare degli aneddoti legati a quei luoghi
- Chiedere di "riprogettare" lo spazio di quel luogo usando l'immaginazione

3. Terzo step: rielaborazione e restituzione dei dati

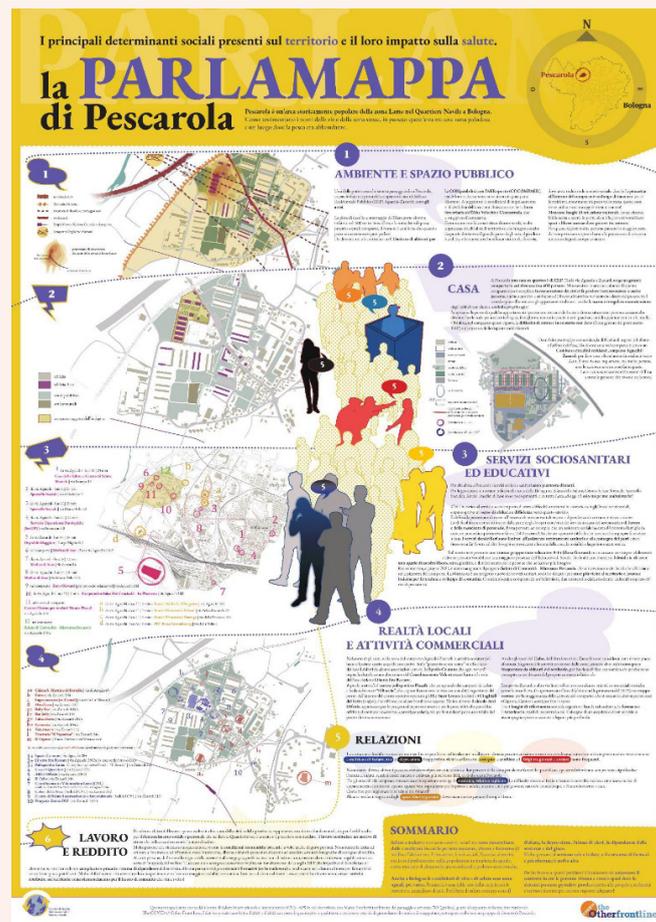
Infine, è importante che i dati raccolti nel percorso trovino spazio di rielaborazione, per riflettere su quanto emerso e decidere insieme come utilizzare i saperi co-prodotti. Ciò è propedeutico per l'ultima parte prevista del percorso, ovvero il confronto con altre esperienze simili di mappatura e la restituzione finale. La restituzione può essere concepita come un momento di capacitazione della popolazione, di rafforzamento di legami comunitari e di relazioni interistituzionali e, se ci sono i presupposti, come un rilancio di iniziative trasformative che mettano la comunità in condizione di prendere decisioni concrete sul proprio contesto di vita e quindi sulla propria salute.

ParlaMappa (da un'esperienza del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) nel quartiere di Pescarola a Bologna

Questo lavoro di mappatura ha la potenzialità dello stare su un piano emotivo/relazionale e non razionale/verbale, in particolare attraverso le mappe corpo-territorio), quindi di favorire l'*empowerment* delle persone coinvolte. Inoltre, prevedendo un piccolo contributo per le persone che partecipano, permette loro di tenere fede all'impegno preso. Funziona però meglio con piccoli numeri e senza un coinvolgimento attivo delle istituzioni c'è il rischio che i risultati non abbiano adeguato riconoscimento e diffusione.

Obiettivi del lavoro di mappatura:

- Produrre uno strumento concreto utile ad abitanti e servizi
- Favorire l'*empowerment* degli/lle abitanti maggiormente esposti a marginalizzazione (supportarli nell'espressione e nella conoscenza)
- Agire in chiave di *advocacy* verso le istituzioni, rispetto alle problematiche emerse



Gli step del processo:

1. Realizzazione di un profilo di salute e analisi dei determinanti sociali che agiscono nel territorio di interesse
2. Si contattano singolarmente le persone e vengono illustrate le proposte e lo scopo; viene richiesto un impegno per un numero prestabilito di incontri con un contributo economico non monetario (a loro scelta)
3. Incontri con le persone:
 - Primo incontro: intervista poco strutturata/chiacchierata finalizzata a creare relazione di fiducia e far emergere conoscenze e vissuti su diversi ambiti/determinanti sociali di salute (casa, lavoro, relazioni, ambiente ecc.) individuati a partire dalla raccolta dati e da revisione letteratura
 - Secondo e terzo incontro di elaborazione della mappa corpo-territorio (*bodymapping*):
 - Disegnare la sagoma del corpo a dimensione originale
 - Inserire i luoghi che vivi/abiti/attraversi quotidianamente ed emozioni/vissuti associati alle parti del corpo
4. Rielaborazione, schematizzazione e analisi dei dati emersi
5. Realizzazione di un output visuale dei dati
6. Restituzione alle persone coinvolte e possibile prosieguo con altre attività

- Quali sono i luoghi più significativi per le persone? Quelli più abitati e frequentati
- Che tipo di popolazione frequenta questi spazi pubblici? Caratteristiche socioeconomiche
- Che tipo di popolazione le associazioni e i servizi non riescono a vedere?

Riflessione sulla modalità di raccolta dei bisogni

Macrodomande:

- Come coinvolgo le persone? Le aspetto nel servizio o vado fuori dal servizio?
- Cosa intendiamo per bisogno e come lo rappresentiamo?

Va elaborata una visione condivisa dello spazio, cercando di curare al massimo sul momento di descrizione dei soggetti del territorio. I concetti di comunità, territorio e bisogno sono concetti aperti, in divenire, che rappresentano sempre una sfida di riflessione.

2. Secondo step: condivisione dei bisogni della popolazione locale.

Attraverso l'immagine di un albero, suddividere i dati emersi dai confronti in tre sezioni: i bisogni in cima, sui rami; le cause immediate dei bisogni sul tronco; le cause strutturali dei bisogni sulle radici. Ciò serve ad avere elementi visivi che permettono di ancorare le riflessioni nel processo condiviso. Sono materiali su cui si può ritornare nelle fasi successive, anche come materiale utile alla valutazione e alla rendicontazione della progettualità. Ogni foglia dell'albero rappresenta una traiettoria di potenziale approfondimento.

3. Terzo step: prioritizzazione dei bisogni.

Macrodomande:

- Su quali bisogni ci vogliamo concentrare?
- Quali sono gli ostacoli che non permettono di rispondere a quei bisogni (mancanza di risorse e di personale, strutture di potere territoriale ecc.)
- Cosa funziona nella risposta ai bisogni?
- Importante trovare le domande a cui riuscire a rispondere collettivamente es. chi non si vede, chi manca nei servizi?

Facilitare, nell'ottica di **generare reti vive**, significa anche saper accogliere l'inatteso e stare quindi nell'incertezza dei risultati; significa avere dei "binari di riferimento", ma al contempo sapersi inventare nuovi cammini non prevedibili.

Non avere a priori tempistiche certe e risultati chiari spesso stride con le logiche prestazionali e valutative delle organizzazioni. Logiche organizzative chiedono numeri e obiettivi a breve termine e ben definiti mentre la partecipazione ha altre dinamiche. Per questo una buona facilitazione è connessa con la capacità di **raccontarsi**, ovvero essere capaci di narrare che cosa significa fare promozione della salute e i risultati, anche piccoli, che man mano si ottengono lungo il percorso. Strategicamente, creare regolarmente momenti in cui si ripercorrono gli step ed eventualmente si restituiscono dei risultati può rivelarsi efficace nel dare legittimità al processo e nel creare consenso intorno a delle idee che non sempre trovano eco. Per questi motivi è utile confrontarsi anche con chi non contribuisce attivamente al percorso, che siano gruppi e comunità inizialmente non coinvolte, istituzioni locali o addirittura componenti dei propri servizi che non sempre sono aggiornate sulle tipologie di azioni messe in campo. Ciò può avvenire anche in spazi inediti e normalmente non attraversati e non popolati dai servizi, sempre nella prospettiva di uno "sconfinamento" che può essere sia fisico che concettuale.

Proprio per sconfinare e avere luoghi inediti dove incontrare persone e comunità, chi ha la regia di percorsi di promozione della salute deve tenere in considerazione la posizione strategica che le Case della Comunità possono occupare, per una serie di caratteristiche:

- sono vicine ai territori di riferimento;
- hanno un mandato di integrazione e di coinvolgimento della popolazione ben definito;
- possono essere permeabili aprendo i loro spazi ad altre funzioni e ad altre realtà.

Le Case della Comunità in questo senso possono essere considerate come un'opportunità di sperimentazione per la riorganizzazione e l'integrazione dei servizi, alla luce delle ulteriori indicazioni contenute nel DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale recepite nel Piano Regionale della Prevenzione:

La Casa della Comunità si pone, infatti, come sede di sviluppo di programmi partecipati di intervento, di promozione della salute in quanto in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme più appropriate, valorizzando la comunità locale, il coinvolgimento attivo degli operatori e delle organizzazioni dei cittadini.

Esse possono quindi essere un punto di riferimento, come luogo di incontro e di confronto con la popolazione e come spazio di scambio di pratiche e conoscenze fra servizi diversi; ma possono anche diventare snodi di reti create dal lavoro di tessitura di chi lavora al suo interno con il territorio. Chi facilita e ha la regia di un processo di promozione della salute può trarne dei vantaggi, perché non necessariamente vanno formate nuove reti o relazioni, ma si può fare affidamento su quelle già esistenti e consolidate con interlocutori e realtà locali attraverso il presidio delle Case della Comunità.



Sostenibilità

Quali risorse sono importanti per sostenere le azioni di promozione della salute durante i percorsi? E oltre l'orizzonte progettuale?

Domande per comprendere e orientare il processo

- Quali strumenti vengono utilizzati per sostenere il processo (co-progettazione, finanziamenti dedicati)?
- C'è compartecipazione di risorse (persone, spazi, fondi)?
- C'è una visione condivisa di come utilizzare le risorse?
- C'è circolarità/condivisione delle competenze utili a gestire il processo?

I servizi sanitari, soprattutto dopo la pandemia da Covid-19, si trovano in affanno nel far fronte alla molteplicità di compiti a cui sono chiamati ad ottemperare. Questo affanno è ancora più evidente quando si tratta di promozione della salute e di lavoro di comunità: si tratta infatti di ambiti che rischiano di essere declassati come secondari o addirittura non essenziali rispetto agli obiettivi aziendali. Tali condizioni però possono essere di ulteriore stimolo proprio all'implementazione di processi di tipo partecipativo, se si assume che anche attraverso questi ultimi si può avvalorare un discorso controulturale e un diverso paradigma per quanto riguarda le politiche sanitarie. Per dare concretezza ai processi di promozione della salute, è necessario poter attingere a risorse lavorative ed economiche sufficienti al raggiungimento degli obiettivi. Come è stato già evidenziato precedentemente, un passaggio fondamentale è quindi stabilire in anticipo quali sono le **risorse lavorative ed economiche utilizzabili** attraverso un coordinamento della governance. Per una trasformazione realmente strutturale, è utile prevedere la creazione di **obiettivi specifici di budget** che possano **vincolare parte delle azioni** di promozione della salute ad assumere prassi innovative e **metodologie di carattere partecipativo**. A supporto di ciò, dal 2019 la regione Emilia-Romagna si è dotata di una Legge regionale sulla promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e sulla prevenzione primaria (Legge Regionale 5 dicembre 2018, n. 19): questo dispositivo legislativo è un ulteriore passo verso il riconoscimento della promozione della salute come approccio inderogabile per le politiche sanitarie, a cui perciò vengono riservate risorse specifiche.

Una maggiore collaborazione non solo tra diversi servizi, ma anche tra enti pubblici e Terzo settore, permette di superare l'impasse causata dalla frequente scarsità dei mezzi a disposizione dei servizi sanitari. In quest'ottica, va incentivato l'**utilizzo della co-progettazione e della co-programmazione** come strumenti di intervento e di innovazione. I benefici dell'uso di questi strumenti sono diversi tra cui la possibilità di reperire finanziamenti ad hoc per sostenere il processo, il rafforzamento dei legami intersettoriali e il consolidamento di nuove prassi lavorative.

Le **competenze giuridico-amministrative** diventano quindi fondamentali per allestire percorsi partecipativi di promozione della salute sostenibili e coerenti con le loro premesse di collaborazione tra Istituzioni pubbliche e organismi del Terzo settore. In molti casi potrebbe essere necessario dover avviare iter amministrativi quali un percorso di coprogettazione, un affidamento con il codice dei contratti pubblici, la gestione della fase istruttoria di un procedimento amministrativo che porta all'assegnazione di un contributo economico ex. Legge 241/1990⁴.

⁴ Linee Guida sul rapporto tra Pubblica Amministrazione ed Enti di Terzo settore: <https://www.art-er.it/2021/04/le-linee-guida-sul-rapporto-fra-pubblica-amministrazione-ed-enti-di-terzo-settore/#materiali>
Co-Progetta – Un'amministrazione condivisa – www.anci.it/coprogetta
Costruzione di Politiche Pubbliche Partecipate ed Evolutive (Linee guida Terzo settore): <https://territorio.regione.emilia-romagna.it/qualita-urbana/usi-temporanei/lab-hub-ut/doc-labhub-ut/3-2020/linee-guida-terzo-settore>
D.Lgs. n.117/2017 Codice del Terzo settore: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documenti/2017/Decreto-legislativo-03072017-n-117-Codice-del-Terzo-settore.pdf>
D.Lgs. n. 50/2016 Codice Contratti Pubblici: https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Selezione_normativa/D-Lgs-/DLGS18042016n50.pdf
Procedimento Amministrativo Legge n. 241 1990

Inoltre, i processi partecipativi richiedono sforzi inediti perché si collocano spesso al di fuori del lavoro normalmente richiesto ai servizi, ma soprattutto rendono necessaria una programmazione che ambisca a guardare in là nel tempo. Per questo è importante avere ben chiaro sin da subito quali sono i limiti e le possibilità, gli obiettivi di breve, di medio e di lungo termine, i ruoli e le competenze. Ciò non significa prevedere meticolosamente ogni singolo passaggio del percorso e di quante risorse si avrà esattamente bisogno, ma piuttosto di partire con delle **garanzie sulla continuità del supporto** anche al variare dei piani iniziali, proprio in virtù della natura ondivaga che caratterizza tali percorsi, fatti di frenate, accelerazioni, ampliamenti e contrazioni.

Quando parliamo di risorse non facciamo riferimento solamente a quelle di tipo economico o alle ore lavoro: le risorse infatti comprendono anche gli **spazi** (fisici o virtuali), le **persone**, le **motivazioni** e le **competenze**.

Gli spazi possono essere i **dispositivi organizzativi** deputati al coordinamento degli interventi (i tavoli di lavoro), per cui è necessario stabilire preventivamente chi si occuperà della loro manutenzione (facilitazione). Curare spazi di confronto in cui persone con background e interessi molto differenti sono chiamate a lavorare sinergicamente può essere complesso e sul lungo periodo logorante, col rischio di vedere sfilacciarsi una rete costruita inizialmente con molta fatica. Stabilire ruoli e compiti specifici per ciascuna persona partecipante al dispositivo aiuta a tutelare quegli spazi.

Gli **spazi sono anche fisici**: non è sempre scontato avere la disponibilità di luoghi adatti non soltanto al coordinamento del processo, ma anche e soprattutto al lavoro di comunità. Ogni luogo è connotato dallo scopo per cui è stato costruito, da come sono organizzati i suoi spazi e dal modo in cui viene utilizzato, rendendolo più o meno respingente per determinate parti di una comunità. Lo scopo di chi implementa processi di promozione della salute è individuare di volta in volta i luoghi e gli spazi più adatti a seconda del tipo di attività o tipo di intervento. Svolgere un laboratorio interattivo con un gruppo di adolescenti richiede ovviamente un luogo differente rispetto a una riunione d'équipe, ma anche convocare incontri di coordinamento all'interno di spazi inediti e meno "istituzionali" può portare ad adottare posture diverse.

Per quanto riguarda le persone e le competenze, esistono figure all'interno dell'organizzazione che, in virtù dell'esperienza accumulata e di specifiche competenze acquisite, si trovano a loro agio nel rivestire un ruolo di facilitazione. Processi la cui riuscita dipende da singole persone, però, inevitabilmente risulteranno precari sul medio-lungo periodo se tali figure non sono strutturate o escono dall'organizzazione. Un passo in avanti deciso va quindi fatto nella **diffusione delle competenze**, in modo tale che a un mandato forte possa corrispondere la preparazione dei servizi territoriali.

In questo senso, l'accompagnamento formativo regionale è importante ma non sufficiente. La creazione di specifici **momenti e spazi formativi interni all'azienda** rivolti a operatori/rici (in particolare a neolaureati/e neoassunti/e) è utile affinché concetti e prassi della facilitazione e più in generale della promozione della salute entrino a far parte della cultura dei servizi. Rendere la formazione su questi temi parte integrante dei percorsi è infatti propedeutico al graduale riconoscimento e alla legittimazione di modi diversi di "fare" salute.

Un simile riconoscimento va riservato anche all'**informalità** tipica del lavoro di comunità, in cui spesso le esigenze espresse dai territori dettano i tempi e gli spazi sono **fuori dalle mura dell'ufficio**. La motivazione di chi opera nei servizi, è fondamentale ma non può essere l'unico motore di un'azione di monitoraggio, presidio e cura delle comunità. Una spinta personale ad agire nella direzione della promozione della salute non basta se non è gratificata da un impianto di lavoro

strutturato all'interno del servizio: il rischio opposto è di rendere quella motivazione inutile e, anzi, provocare scoramento e sfiducia in chi ha investito energie e tempo in un processo. Per dare forma all'informalità sono necessarie quindi una maggiore flessibilità e riconoscimento del valore di prassi lavorative di comunità che hanno tempi, spazi e modi diversi rispetto al tipico lavoro amministrativo-burocratico.

Le voci del territorio

"Sembra una stupidata ma se io devo avere lì con me a fare la partecipazione degli operatori ai quali non vengono concesse le ore per farlo, oppure gli vengono concesse ma fuori dal loro orario e non possono timbrare il cartellino, questo mi costringe poi ad avere un gruppo dove l'operatore non è presente oppure dove non sono riuscito a farli lavorare e questo è un problema. Quindi, secondo me, il meccanismo deve sempre essere doppio, di informalità e di riconoscimento dell'informalità. Io in tutti i processi che ho visto anche dove c'era a volte una roba di base fatta benissimo con una metodologia meravigliosa, con un gran coinvolgimento, gente che ci credeva da morire, ma se poi non gli è stato dato un cappello di un qualche tipo fin quando è vissuta lavorativamente, quella gente è stata lì e ci ha creduto ed ha continuato a venire alle riunioni. Nel momento in cui quella gente lì pian pianino ho cominciato a scollarsi, quella cosa è sparita. Così hai perso la competenza che avevi provato a immettere, hai perso quel processo che avevi iniziato a costruire, oliare. Quindi ci vogliono tutte e due, senno ti scappa."

Partecipazione

A quali livelli si può o deve inserire la partecipazione delle persone, intese come "soggetto" (e non "destinatario") di interventi e programmi di promozione della salute?

- C'è coinvolgimento delle persone a cui il progetto si rivolge (giovani, famiglie, ecc.)?
- Chi viene coinvolto/a? Quante persone?
- Come sono state coinvolte?
- Che tipo di coinvolgimento? Quanto partecipativo?
- Cosa spinge le persone a proseguire la partecipazione?
- Emergono forme di conflitto? Come vengono gestite?

Il tema della partecipazione è al cuore della promozione della salute ed è quindi un aspetto che merita particolare cura. Nell'implementazione di interventi e programmi di promozione della salute, è possibile adottare diverse strategie, anche complementari tra di loro, per rendere effettiva la partecipazione.

La prima cosa da chiedersi è, però, **chi si vuole coinvolgere e perché**. Definendo la parte di popolazione che si vuole intercettare si possono quindi individuare le eventuali barriere che impediscono alle persone di esercitare un controllo sulle proprie condizioni di vita. Non necessariamente i gruppi che si cerca di coinvolgere saranno omogenei, ma probabilmente si diversificheranno al loro interno per problematiche, interessi, priorità. Va infatti ricordato che le comunità non sono elementi naturali degli ordinamenti sociali. Piuttosto, si tratta di realtà simboliche, in cui le persone si riconoscono perché sviluppano verso di esse un senso di appartenenza. In questo quadro, la partecipazione è un processo volto alla creazione dei vincoli comunitari. Per questo motivo, soprattutto in assenza di spazi formalizzati in cui le persone possono contribuire alla presa di decisioni riguardanti un territorio, **promuovere partecipazione è un fine in sé**, e non

uno strumento per giustificare la messa in atto di interventi già programmati (rischiando di diventare quindi una partecipazione solo "decorativa"). Inoltre, nei processi partecipativi è fondamentale provare a rivolgersi soprattutto a soggetti informali, ovvero quelle persone e quei gruppi che tendenzialmente sono esclusi da percorsi di questo tipo, proprio perché non rientrano già in realtà strutturate.

Prendendo ad esempio la popolazione giovanile, è ancor più evidente l'eterogeneità (culturale, di interessi, di condizioni socioeconomiche ecc.) che al suo interno può racchiudersi. Questo pone una sfida importante in termini di appropriatezza degli interventi che intendano favorire la partecipazione, e ciò vale a prescindere delle fasce di età e del luogo di provenienza. Anche in corso d'opera è buona prassi **chiedersi chi si sta coinvolgendo: chi ne ha più bisogno o chi è più facile da intercettare?** Scegliere di coinvolgere un gruppo di giovani proveniente da un liceo classico è differente che dialogare con giovani di un istituto professionale, così come l'esperienza di una studentessa di scuola media afrodiscendente e abitante in un caseggiato popolare sarà differente da quella di uno studente maschio bianco della stessa scuola che abita in un ricco quartiere residenziale. Gruppi formalizzati come associazioni giovanili o rappresentanti del mondo studentesco si trovano a loro agio negli spazi di partecipazione canonici, perché provengono da contesti dove è possibile acquisire competenze specifiche e "allenarsi" all'uso di un linguaggio culturalmente proprio del mondo dei servizi e delle istituzioni. Tuttavia, questi stessi gruppi hanno frequentemente la consapevolezza di essere una parte privilegiata e minoritaria dell'universo giovanile, nel quale si agitano una **molteplicità di mondi** che faticano ad abitare gli spazi rigidi e pre-definiti che "gli adulti" offrono loro.

Il passo successivo è la ricerca di forme più o meno convenzionali di consultazione e/o partecipazione, là dove esistono. Talvolta il problema sta nella difficoltà di servizi e istituzioni ad avvalersi dei dispositivi già esistenti, più o meno informali. Sempre parlando di giovani, spesso la prima comunità di riferimento è quella scolastica. All'interno della scuola però, la rappresentanza studentesca (sia nella forma di Rappresentanza di Istituto che di Consulta provinciale) occupa una posizione piuttosto defilata nella vita organizzativa delle scuole. Uscendo dall'ambito scolastico il discorso è simile: si possono trovare i dispositivi della Consulta giovanile e dei Consigli comunali dei/delle Ragazzi/Ragazze, organismi previsti istituzionalmente e attivi in diversi territori, le cui funzioni però si limitano spesso, appunto, a momenti di consultazione che **non** trovano sbocco in concreta capacità decisionale nei meccanismi organizzativi dei servizi e degli enti pubblici. Chi promuove processi di promozione della salute deve quindi premurarsi che i **dispositivi già esistenti** possano essere **utilizzati in maniera congruente e non superficiale**.

Qualora non esistessero dispositivi di partecipazione nel contesto locale, sarà necessario allestire **spazi di ascolto e di condivisione**, dove la comunità individuata come soggetto dell'intervento è chiamata a esprimersi riguardo ai propri bisogni. La possibilità di **prendere la parola** ed esprimere valutazioni sulla qualità di un servizio è già di per sé un elemento di rottura rispetto a come normalmente il mondo sanitario agisce e viene percepito. Ciò è ancora più evidente quando si fa riferimento alla popolazione giovanile, così poco abituata a frequentare contesti dove la propria opinione sul mondo e su di sé venga presa nella dovuta considerazione che talvolta si ammutolisce nel momento in cui è interpellata. Il **silenzio** che può scaturire da tale dialettica non va però visto necessariamente come un fallimento, ma piuttosto come uno stimolo a rafforzare rapporti di fiducia e a **esplorare modalità differenti di interlocuzione**.

Per sperimentare diverse forme di ascolto è importante **individuare figure chiave di mediazione** e metodologie adeguate che possano dischiudere uno spiraglio nella varietà delle voci che

si intende raccogliere. Per quanto riguarda giovani e adolescenti, per esempio, il contributo dei **peer educators** a percorsi di promozione della salute è cruciale. Con "peer educators" si intende solitamente un piccolo gruppo di "pari", appartenente allo stesso gruppo interessato da un intervento dei servizi, che riceve una formazione e sviluppa delle competenze per cui è successivamente in grado di comunicare e diffondere quelle abilità e competenze al resto maggioritario del gruppo. Grazie a un ruolo riconosciuto di mediazione e avendo accesso a un capitale culturale precluso spesso al mondo degli adulti, sono in grado di **indirizzare** i servizi che si rivolgono ai giovani verso le soluzioni più appropriate.

Anche **educatori/rici di strada** possono fornire un apporto fondamentale nella conoscenza di bisogni, pratiche e immaginari della popolazione giovanile, in particolare di chi rientra nel fenomeno della dispersione scolastica (o rischia di farne parte) e quindi spesso chi esce dai radar delle istituzioni, rendendo più complessi interventi di supporto socio-psico-pedagogico. L'educativa di strada è un progetto che prevede l'attivazione di interventi educativi nei luoghi di vita e di aggregazione di ragazze e ragazzi, con la finalità di rilevare i bisogni delle/gli adolescenti e di offrire opportunità per il protagonismo giovanile. Le educative di strada in questo senso sono un ottimo esempio di come una postura differente dei servizi possa dimostrarsi efficace: uscire e incontrare giovani nei loro luoghi di ritrovo, con un **approccio informale e non giudicante**, per stabilire relazioni significative attraverso le quali riorientare ragazzi/e verso percorsi tarati sui loro bisogni.

La metodologia della **ruota di Barreto** può essere pure un interessante strumento, sempre più conosciuto e praticato nel mondo dei servizi sociosanitari regionali (Barreto, 2023). Si tratta di uno spazio di ascolto e di parola che prevede che i partecipanti condividano esperienze e vissuti individuali e cerchino insieme una soluzione collettiva, valorizzando le competenze di tutti, in un clima di ascolto e in assenza di giudizio. Può essere implementato all'interno dei contesti scolastici ma anche al di fuori di essi, favorendo la socializzazione del proprio portato esperienziale ed emotivo e la cura delle relazioni comunitarie.

Come anticipato riguardo l'educativa di strada, i luoghi e gli spazi fisici dove si sceglie di incontrare le comunità sono un elemento da tenere in considerazione. L'ascolto attivo non può che avvenire spostandosi nei luoghi frequentati (e partecipati) dalle persone a cui questi percorsi si rivolgono, superando una logica prestazionale e di attesa dell'"utente" verso un approccio di incontro e di scambio. Conoscere il territorio è dunque un tassello necessario, ma è altrettanto importante che siano le stesse persone a raccontare i propri luoghi di riferimento e il valore che ad essi attribuiscono. Ogni luogo è connotato da fattori sociali, culturali e storici, che lo rende più o meno frequentato, **più o meno accogliente**, più o meno adatto ad ospitare spazi di ascolto o processi partecipativi.

Spesso i servizi sanitari sono collocati in **edifici concepiti per essere funzionali e asettici**, in cui non è possibile una fruizione "altra" se non quella prettamente essenziale all'erogazione rapida di prestazioni, in cui quindi non sono presenti spazi che favoriscano momenti di incontro comunitari. Anche quando questi spazi sono previsti, un ostacolo frequente è **la percezione che le persone hanno di un dato servizio o di una certa istituzione**, percezione che per corrispondenza si trasla agli edifici in cui si collocano. Non da ultimo, si può avere **paura del giudizio e dello stigma** che talvolta si lega a specifici servizi.

Uno sportello di ascolto psicologico all'interno di una scuola, per esempio, è uno spazio di ascolto di prossimità, vicino alla quotidianità della popolazione studentesca, quindi facilmente accessibile. Ma, proprio perché è percepito in un certo modo (servizio terapeutico-sanitario) ed è

collocato all'interno della scuola, ci può essere il rischio che la paura di farsi vedere dall'intera comunità studentesca mentre si accede a quello sportello (e quindi la paura del giudizio) trattenga ragazzi/e che ne sentono il bisogno dal recarvisi.

Alla luce delle trasformazioni più recenti in atto nelle nostre società, hanno assunto crescente rilevanza anche gli **spazi virtuali**, spesso molto popolati ma il cui funzionamento e le cui dinamiche necessiterebbero di un'attenzione maggiore e meno superficiale. Soprattutto per quanto concerne l'universo giovanile, la tendenza è a sottolineare prevalentemente gli aspetti problematici dell'uso dei social network, preferendo un approccio cautelativo e a tratti allarmante. Tuttavia, la pervasività degli strumenti digitali e le inedite forme di utilizzo delle numerose piattaforme social che affollano la rete richiedono **capacità di interpretazione critica e aggiornata** di fenomeni culturali e sociali inediti. Pur mantenendo uno sguardo attento ai potenziali effetti dannosi, andrebbero esplorati i differenti significati che assume l'indugiare in spazi virtuali, ma soprattutto quali sono le pratiche e le relazioni che in quegli spazi hanno valore e promuovono la salute. Per esempio, fa riflettere quanto la mancanza di un'adeguata educazione alla sessualità, all'affettività e al consenso nelle scuole abbia spinto sempre più adolescenti a cercare sui social delle risposte ai numerosi interrogativi che sorgono a quell'età, trovando talvolta anche contenuti validi ed entrando a far parte di comunità virtuali allargate dove sentirsi al sicuro pur esponendo paure e insicurezze, confrontandosi con persone della stessa età su temi anche delicati.

Anche gli **eventi di comunità** sono dei contesti privilegiati per favorire una maggiore conoscenza dei territori e creare occasioni di ascolto più o meno informale. Possono essere feste di quartiere, sagre, tornei sportivi, celebrazioni, assemblee cittadine, più in generale tutti quei momenti che appaiono significativi per la **costruzione di un senso collettivo di appartenenza**. Presidiare questi momenti può essere fatto in accordo con chi organizza l'evento e negoziando il tipo di attività che è possibile svolgere. Fermarsi alla semplice distribuzione di materiale informativo è un approccio carente dal punto di vista della partecipazione: elaborare **forme interattive di sensibilizzazione** (attraverso giochi o quiz, per esempio) oppure presentare in maniera interlocutoria i risultati di altri percorsi partecipativi renderà la propria presenza più riconoscibile e agevolerà anche conversazioni informali, contribuendo a rafforzare le relazioni con la comunità.

Eventi di comunità possono anche essere organizzati dalle stesse persone che facilitano i percorsi partecipativi, a seconda delle esigenze contingenti: possono essere eventi di pubblicizzazione e di lancio di un percorso, momenti con la collettività concepiti specificatamente per la raccolta delle voci del territorio, oppure per stimolare il confronto fra varie realtà sociali. Spesso fungono da dispositivi di restituzione (parziale o globale) dei risultati, per cui sono eventi conclusivi. Questi momenti di restituzione sono strategici per varie ragioni: rendono concretamente visibile il lavoro di comunità, permettendo di "raccontarsi" e attraverso un'adeguata copertura mediatica di raggiungere una parte più ampia della popolazione, guadagnandone in **riconoscibilità**. Se presenti delle componenti istituzionali e/o dirigenziali, c'è la possibilità che si creino **spazi di dialogo diretto con la popolazione** in una prospettiva di advocacy.

Va ricordato però che la restituzione dei risultati, che in un evento pubblico trova una cornice favorevole, rimane innanzitutto una pratica dovuta alle comunità coinvolte, perché possano rispecchiarsi nel percorso svolto ed eventualmente commentare quanto emerso. Guadagnare fiducia vuol dire anche mettersi in discussione: con queste modalità, nel tempo i percorsi partecipativi troveranno meno resistenze e maggiore riscontro.

Infine, va esplicitato che l'ascolto è un'azione necessaria, ma si colloca all'interno della sfera della partecipazione simbolica se non è accompagnato da **forme attive di trasferimento del potere**,

mediante pratiche che mettano le persone nelle condizioni di poter realmente prendere decisioni sul proprio contesto di vita. Una partecipazione che sia trasformativa implica infatti avere a che fare con relazioni di potere.

Per costruire una pratica di empowerment, è necessario innanzitutto comprendere le origini e le forme del proprio potere, per poi riflettere su come affrontare gli squilibri nelle relazioni di potere esistenti a tutti i livelli delle strutture organizzative (dalle politiche alla programmazione fino al contatto diretto con le comunità). Anche qui, confrontarsi con la popolazione giovanile aiuta a chiarire un elemento che vale in maniera trasversale, ovvero la necessità di misurarsi con modi diversi di abitare il mondo e di descriverlo, dando spazio anche a **voci dissonanti e "turbolente"**. Perché senza un certo livello di **conflitto** l'ascolto dei bisogni non può innescare un cambiamento nel paradigma di risposta dei servizi, ovvero spostare l'attenzione dal solo piano individuale a quello sociale e quindi di comunità.

Le voci del territorio

"Adesso una delle criticità che è venuta fuori, in particolare nel gruppo dei giovani, è che i gruppi che hanno partecipato a questo percorso sono già dei selezionati perché sono dei peer e quindi in qualche modo sono già degli eletti, persone già orientate a questa modalità di lavoro. Per questo noi stiamo cercando in tutti i modi di capire come coinvolgere tutti gli altri giovani: non è una cosa così facile, anche perché qualcuno di noi non è più tanto giovane; quindi, facciamo anche veramente fatica ad andare a intercettare."

La distanza che può venirsi a creare in seguito a un conflitto spesso è stigmatizzata e bollata come "disinteresse" o, peggio, come "inconciliabilità", quando in realtà rivela molto di più del funzionamento dei servizi che della supposta natura apatica delle giovani generazioni. Può sorprendere come, se messe nelle condizioni adatte, le comunità storicamente marginalizzate e silenziate riescano a formulare risposte molto articolate alle questioni che vengono loro poste, ma soprattutto che riescano a mettere in campo le risorse e le capacità per **assumere direttamente la regia di azioni trasformative**. La sorpresa può essere frutto di un bias che spinge a vedere le comunità come prive di agentività: un bias che spesso informa il funzionamento dei servizi e che di riflesso influenza anche il modo in cui le persone si interfacciano ai servizi e alle istituzioni. L'**intergenerazionalità** propria di alcuni processi partecipativi implementati con la popolazione giovanile porta a questo genere di rivelazioni: confrontandosi con giovani e adolescenti, il mondo "degli adulti" realizza che sono proprio giovani e adolescenti le persone più adatte ed esperte a parlare di sé stesse e di cosa fa star loro bene e che, soprattutto, hanno le forze, la motivazione e le competenze per **farsi carico da sé di iniziative di promozione della salute e di lavoro con la comunità**, con le giuste risorse e la giusta legittimazione.

Se esistono modi diversi di abitare il mondo e di partecipare ad esso, la sfida è quindi di riuscire a rendere l'organizzazione dei servizi permeabile a questa varietà. L'obiettivo, almeno inizialmente, dovrebbe essere quello di **farsi coinvolgere** più che coinvolgere, conoscere le dinamiche sociali e culturali di cui le persone partecipano e che quindi ne determinano la salute. Successivamente, l'ambizione dovrebbe essere quella di ripensarsi e ricostruirsi dando valore alle pratiche partecipative delle comunità incontrate, sfumando quei confini che precludono un reale ed equo compimento del diritto alla salute.

Ovviamente, va posta grandissima **attenzione alle aspettative** che percorsi di questo tipo possono creare. Riuscire a creare un legame di fiducia con le comunità richiede anche **trasparenza rispetto alle reali possibilità di cambiamento** del loro lavoro e della loro partecipazione. Bis-

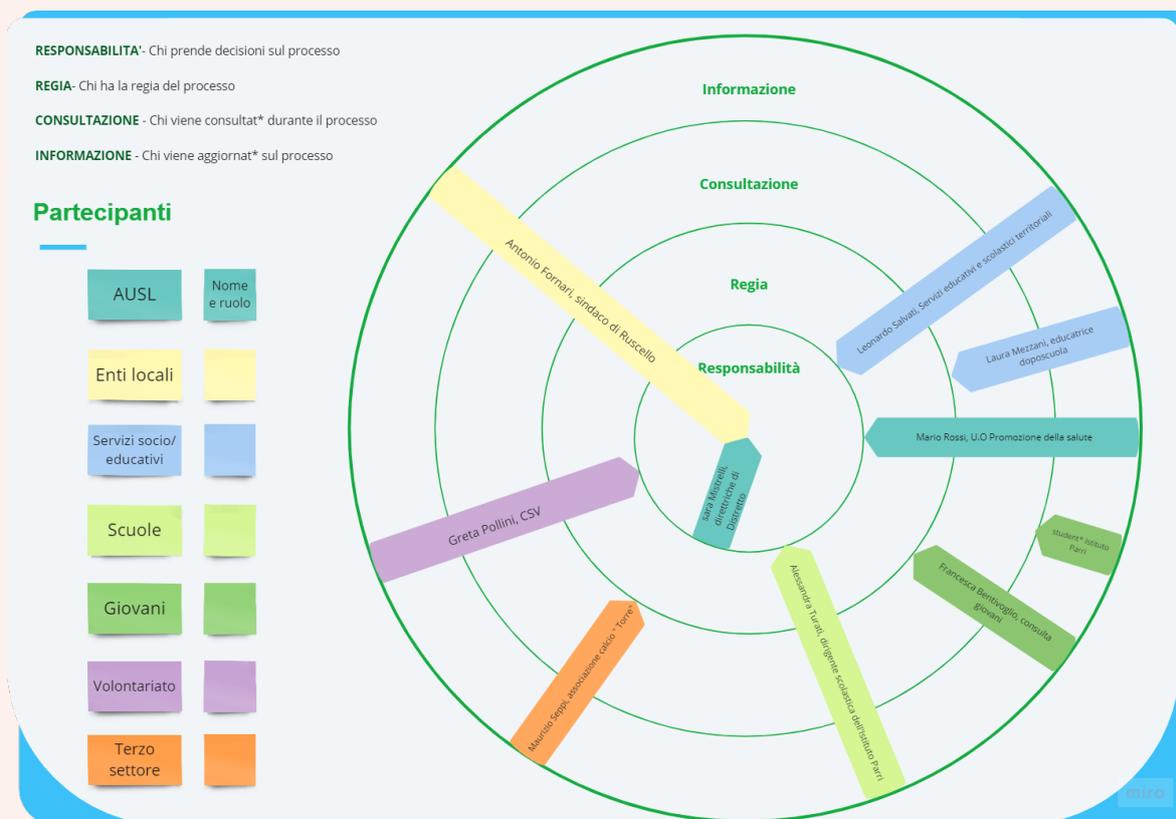
gnà ricordare, infatti, che processi di questo tipo hanno tempi dilatati e i risultati che si ambisce a ottenere possono arrivare anche dopo diversi anni.

Le voci del territorio

“Questa tensione tra quello che vuoi fare e quello che puoi fare emerge costantemente. Penso quindi che sarà uno degli ostacoli e uno dei punti su cui fare più manutenzione, perché lì rischi veramente: non tanto il fallimento, quanto il tradimento delle aspettative e della fiducia. Ed è una cosa che non ci possiamo permettere, secondo me.”

Tuttavia, è proprio grazie alla costante riproposizione di determinati approcci che in ultima istanza si potranno osservare dei cambiamenti. Spesso dove si trova maggior riscontro sono quei luoghi già protagonisti di percorsi di promozione della salute. Percorsi efficaci non necessariamente portano a rivoluzionare il funzionamento di un servizio, ma creano le condizioni affinché le comunità ne riconoscano il valore nel rafforzamento delle relazioni sociali e nella costruzione di reti, sperimentando sempre maggior consapevolezza delle proprie capacità di prendere parte attiva nella trasformazione dei territori.

Uno strumento per visualizzare la partecipazione



Qui è riportato uno schema che è possibile utilizzare per valutare chi e in quale misura (con quale livello di potere) partecipa a un processo di promozione della salute. Nella legenda vengono indicati i gradi di partecipazione in cui le persone partecipanti possono essere collocate:

- Responsabilità, cioè chi ha potere di prendere decisioni determinanti sul processo, per esempio su come utilizzare le risorse o su come modificare un servizio.
- Regia, ovvero chi coordina e gestisce operativamente il processo e sceglie chi coinvolgere, consultare o informare. Non necessariamente chi ha la regia ha anche potere di prendere decisioni determinanti sul processo.
- Consultazione, quindi le persone e/o le realtà a cui viene chiesto solamente di esprimersi in specifici momenti del processo in base alle priorità stabilite da chi lo coordina.
- Informazione è il grado in cui vanno collocate le persone che vengono sulla natura e sull'evoluzione del processo, ma non vengono chiamate a esprimere le loro opinioni, tantomeno hanno potere prendere parte alle decisioni.

Lo schema è stato compilato ipotizzando il seguente scenario, fittizio ma plausibile. Sara Mistrelli, direttrice di Distretto, insieme al sindaco Antonio Fornari, elaborano un mandato per un percorso di promozione della salute nel territorio della città di Ruscello, creando un budget composto da fondi provenienti sia dall'ambito sanitario che da quello comunale. Il mandato prevede di intervenire in un quartiere la cui popolazione giovanile risulta, alla luce di un'analisi statistica ed epidemiologica, quella con la più alta percentuale di minori di origine straniera della città, un alto tasso di abbandono scolastico e un numero di accessi al Pronto Soccorso della popolazione under18 sopra la media cittadina. Il sindaco e la direttrice decidono di comporre una cabina di regia insieme all'Unità Operativa con delega alla promozione della salute del Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), nei panni di Mario Rossi, e ai Servizi Educativi e Scolastici territoriali, in particolare con il responsabile Leonardo Salvati. La direttrice sanitaria, una volta elaborato il mandato, si sgancia dal processo affidando la regia al resto delle persone coinvolte ma conservando il potere di decidere sull'utilizzo del budget. La cabina di regia, a questo punto, decide di allargarsi chiedendo la partecipazione di Greta Pollini, referente del Centro Servizi Volontariato (CSV) locale, e di Alessandro Turati, dirigente scolastico dell'Istituto Tecnico Parri, l'unica scuola superiore presente nel quartiere. Nella raccolta e nella lettura dei bisogni del territorio, vengono consultate diverse persone e realtà del territorio: Maurizio Seppi, presidente di un'associazione sportiva di calcio della zona; Laura Mezzani, educatrice di un centro di aggregazione giovanile dove si svolgono varie attività; e infine Francesca Bentivoglio, membro della Consulta Giovani cittadina, che però vive e frequenta un'altra scuola in un'altra zona della città. Queste persone vengono informate del processo e invitate a prendere parola, ma non sono poi attivamente coinvolte sul piano gestionale e organizzativo. La cabina di regia, dopo essersi confrontata con il sindaco e la direttrice di Distretto, decide di investire delle risorse in una giornata con laboratori di street art e un torneo di calcetto. Questa iniziativa viene largamente pubblicizzata all'interno dell'Istituto Parri, grazie a una circolare scritta dal preside che informa studenti e studentesse del programma della giornata. Studenti e studentesse, però, in tutto questo processo non hanno mai potuto esprimersi sull'adeguatezza e sulla sensatezza dell'intervento, che viene loro presentato come già definito e senza margini di modifica, nonostante loro siano il gruppo a cui il processo di promozione della salute si rivolge.

Equità

Come tenere conto (in tutti gli assi: governance, regia/facilitazione, sostenibilità, partecipazione) delle disuguaglianze nel progettare e realizzare azioni, interventi e programmi di promozione della salute? Quali strumenti esistono e quali invece sarebbe utile costruire?

- C'è una riflessione esplicita sul tema delle disuguaglianze?
- Vengono utilizzati strumenti specifici a supporto)? Quali?
- C'è una riflessione esplicita su quali territori e giovani vanno coinvolti/e?
- Esistono azioni che vanno nella direzione dell'equità (anche se non esplicitamente riconosciute come tali)?

Preso coscienza dell'esistenza di disuguaglianze che determinano differenze negli esiti in salute delle persone, ogni tappa di un processo di promozione della salute deve essere orientata verso il principio di equità. Dalla costruzione dell'impianto di governance, passando per la costituzione della cabina di regia fino all'implementazione di laboratori partecipativi, occorre individuare le condizioni che permettono di agire efficacemente nel contrasto all'iniqua distribuzione di risorse (e quindi di salute) nella popolazione, a partire dalla realizzazione di **profili di salute dei territori**. La rilevazione, correlazione e analisi di dati sanitari e socioeconomici è fondamentale per comprendere quali sono le fasce di popolazione e le aree che di più subiscono processi di marginalizzazione. La Regione Emilia-Romagna è impegnata da anni in un percorso di introduzione trasversale dell'approccio di equità all'interno del proprio sistema di servizi per la salute, mirato al riconoscimento di forme di "diversità" multidimensionali e non riconducibili a classificazioni tradizionali, al superamento di una prospettiva di *targeting* nei conseguenti interventi, all'implementazione dell'approccio all'interno dei documenti regionali di programmazione e, più in generale, allo sviluppo di strategie complessive e integrate di contrasto alle iniquità e all'analisi dei meccanismi organizzativi alla base delle possibili iniquità.

Esistono strumenti di valutazione e programmazione che possono intervenire a supporto di quanto visto finora. Ad esempio, Il vigente Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 prevede un'azione trasversale Equità, incentrata sull'applicazione in tutti i programmi che lo compongono di una procedura di **Health Equity Audit (HEA)**, strumento di programmazione sociosanitaria che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare la pianificazione dei servizi tramite un *processo di ricerca-azione*, che può fornire indicazioni precise per l'individuazione di azioni *equity-oriented* ⁵.

Il monitoraggio delle disuguaglianze in salute potrà inoltre permettere di valutarne l'andamento temporale e porre le basi per una **valutazione di impatto delle politiche nazionali e locali sull'equità nella salute** e di specifici interventi (sui determinanti sociali così come sul sistema dei servizi), in particolari aree e gruppi di popolazioni.

Perché simili procedure trovino seguito, però, è fondamentale che le figure preposte al garantirne l'applicazione (come, ad esempio, i/le **referenti aziendali per l'equità** e i relativi board equità presenti in tutte le aziende sanitarie del nostro territorio regionale) **contribuiscano alla cura dei percorsi di promozione della salute di tipo partecipativo**. A tal proposito, il documento regionale che declina e coordina la governance del PRP 2021-2025 indica esplicitamente tale necessità, definendo per l'organizzazione territoriale del Piano l'inclusione, nei gruppi di lavoro locali, dei/le referenti aziendali per l'equità (oltre a referenti per i servizi aziendali di epidemiologia e per ciascuno dei servizi coinvolti dalle azioni equity-oriented).

Un altro strumento proposto a livello regionale – sebbene attualmente in fase di revisione e adattamento – è l'**Equality Impact Assessment (EqIA)**⁶, attraverso il quale un sistema di servizi monitora *ex ante* la sua **capacità di rispettare i principi di equità e non discriminazione che di-**

⁵ Per approfondire: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/toolkit5-hea>; <https://www.disuguaglianzedisalute.it/equita-nel-nuovo-prp-2021-2025-in-emilia-romagna/>

⁶ Per approfondire <https://assr.regione.emilia-romagna.it/innovazione-sociale/equita/toolkit/toolkit-3>

chiara nei documenti di programmazione. Tale processo indica gli step necessari per effettuare una valutazione delle conseguenze e degli effetti che le politiche, i programmi e le azioni messe in atto (o che stanno per essere messe in atto) hanno sulla popolazione.

Strategie **per ingaggiare quella parte di popolazione che più ha necessità** non potranno essere efficaci se non orientate all'equità. Si parla di "invisibili", di chi scivola fra le maglie delle reti di supporto e dei servizi, il cui bisogno non viene letto e a cui non viene fornita di conseguenza nessuna concreta alternativa alla condizione di disagio ed esclusione operata dalle disuguaglianze sociali. Più che di "invisibili" bisognerebbe piuttosto parlare di **invisibilizzazione** agita da meccanismi strutturali che informano più o meno esplicitamente l'organizzazione del welfare territoriale: non è la persona o la famiglia esposta a processi di marginalizzazione a non essere in grado di interfacciarsi ai servizi, ma è la lente dei servizi a non essere attrezzata per leggere le iniquità presenti nei territori. Anche i diversi livelli di *health literacy* vengono ricondotti all'incapacità dell'individuo di reperire le corrette informazioni: ad esempio, con persone di origine straniera, spesso si evocano fattori di carattere culturale per spiegarsi la difficoltà nelle comunicazioni. Il grosso rischio in questi casi è quello di "culturalizzare" il disagio, attribuendo a presunti elementi costitutivi (e quindi immutabili) di una religione o di un'etnia situazioni di sfiducia, di incomprensione o di *non-compliance*. Piuttosto, andrebbero messe in luce le **barriere di accesso che caratterizzano l'organizzazione dei servizi** e che quindi tendono a escludere persone che sono già esposte a condizioni di discriminazione strutturale.

Le disuguaglianze sono evidenti quando in un territorio un servizio (ad esempio un ambulatorio, lo Spazio Giovani o il centro per le famiglie) è difficilmente raggiungibile o addirittura totalmente assente, oppure quando mancano spazi e infrastrutture che offrano possibilità di aggregazione e socialità scevre da logiche di consumo (le biblioteche, i centri culturali, le strutture sportive ecc.). Ciò può portare a pensare che contesti di provincia e di urbanizzazione intermedia siano presumibilmente più "svantaggiati". Tuttavia, il gradiente di mortalità a sfavore delle persone meno istruite è massimo nei grandi aggregati urbani, come rilevato dall'ultimo Profilo di Salute⁷ che fa da cornice al Piano Regionale della Prevenzione. Inoltre, secondo il Profilo di Salute la prevalenza di quasi tutti i maggiori fattori di rischio comportamentali è più alta nelle persone con titolo di studio basso o con difficoltà economiche, così come la probabilità di ricevere prestazioni inappropriate e di non accedere alle prestazioni di comprovata efficacia.

Le disuguaglianze in salute, se non si agisce sul livello dei determinanti sociali, rischiano di perpetuarsi e trasmettersi per diverse generazioni. Per questo politiche orientate al principio di equità devono riguardare la promozione della salute sin dall'età evolutiva: ad esempio, comprendere quali sono le famiglie che faticano ad accedere a servizi di supporto alla genitorialità e identificare insieme a loro le barriere (economiche, sociali, culturali) che devono affrontare; o ancora, individuare le aree con livelli di dispersione scolastica sopra la media e indagare i fattori che determinano la fuoriuscita o la sospensione del percorso educativo. Per fare ciò, non è possibile limitarsi a una lettura puramente statistica, ma serve approfondire attraverso l'interdisciplinarietà e il dialogo con le scienze sociali l'esperienza vissuta dalle persone nei loro contesti di vita. Le correlazioni che è possibile stilare attraverso uno studio quantitativo, infatti, offrono una visione solo parziale e non esaustiva delle dinamiche che interessano i territori e le comunità. Entrare in relazione con le persone a cui si intende rivolgere i propri interventi è quindi metodologicamente indispensabile se si parla di processi di promozione della salute: che sia in un'ottica di equità, di partecipazione, di rilevazione dei bisogni, di sostenibilità, di regia e di governance. Tutti

⁷ Il Profilo di Salute della Regione Emilia-Romagna è disponibile a questo indirizzo: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/il-profilo-di-salute-2019/profilo-di-salute>

questi assi devono concorrere al conoscere, al creare spazi di ascolto, al dare potere, sempre seguendo un'idea molto semplice ma affatto scontata: ciascuna persona e ciascuna comunità detiene una conoscenza imprescindibile da raccogliere e fondamentale nel raggiungimento di una condizione ideale di salute a partire dai propri contesti di vita, dalle proprie relazioni, dalle proprie aspirazioni.

BIBLIOGRAFIA

Barreto, A. (2023). *Una Comunità che Cura. Terapia Comunitaria Integrativa passo a passo*, Centro Culturale Studi Storici "Il saggio".

Bobbio, L. (2004). *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*. Edizioni Scientifiche Italiane. Disponibile a: <http://partecipazione.formez.it/content/piu-voci-amministrazioni-pubbliche-imprese-associazioni-e-cittadini-processi-decisionali> (ultimo accesso 04.10.2023).

Breslow, L. (1999). "From disease prevention to health promotion". *Jama*, 281(11), 1030-1033.

Consoloni, M., Quaranta, I. (2021). "Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia". *Civiltà e Religioni*, 7: 123-136.

Consoloni, M., Quaranta, I. (2023). "Antropologia, politiche e prassi istituzionali. Ripensare la dimensione critica nella produzione del sapere". In: Tarabusi, F., Zinn, D. (a cura di) *Antropologia e politiche pubbliche: ricerche e prospettive* [in pubblicazione]

Costa, G., Stroschia, M., Zengarini, N., Demaria, M. (2016). *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*. Inferenze editore.

CSI - Centro Studi E Ricerche In Salute Internazionale e Interculturale, Università Di Bologna (2022). *Lequità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna. Report delle attività di ricerca*. Disponibile a: <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/l-equita-nel-diritto-alla-salute> (ultimo accesso 04.10.2023).

Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. New York: Oxford University Press.

Marmot, M., Wilkinson, R. (2005). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.

Marmot, M. (2016). *The Health Gap. The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing PLC, Londra.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali Disponibile a: <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> (ultimo accesso 04.10.2023).

Ministero della Salute (2020). *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Disponibile a: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf (ultimo accesso 04.10.2023).

Nicoli, M. A., Palestini, L., Ragazzi, G., Vivoli, V., et al. (2021). *#CommunityLab - Un Futuro Piano per la Promozione della Salute. Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, Regione Emilia-Romagna*. Disponibile a: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/clab-prom-salute> (ultimo accesso 04.10.2023).

Nicoli, M. A., Gradi, T., Vivoli, V., et al. (2023). *La facilitazione situata nelle politiche pubbliche: istruzioni all'uso nell'ambito delle politiche pubbliche. Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali, Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna*.

Nguyen, V. K., Peschard, K. (2003). "Anthropology, inequality, and disease: a review". *Annual review of Anthropology*, 32(2003): 447-474.

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (1978). *Dichiarazione di Alma Ata*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità. Disponibile a: https://www.ausl.re.it/allegati/HPH/la-dichiarazione-di-alma-ata_la%20dichiarazione%20di%20alma%20ata.pdf (ultimo accesso 04.10.2023)

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (1986). *Carta di Ottawa per la promozione della salute*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità. Disponibile a: <https://www.azioniperunavitainsalute.it/files/materiali/formazione/Bologna-mar10/CartaOttawa.pdf> (ultimo accesso 04.10.2023)

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2005). *Bridging the "Know-Do" Gap. Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra. Disponibile a: <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf> (ultimo accesso 04.10.2023).

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2008). *Commission on Social Determinants of Health: closing the gap in a generation*. Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra. Disponibile a: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (ultimo accesso 04.10.2023)

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2013). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. OMS. Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131300> (ultimo accesso 04.10.2023).

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289054256> (ultimo accesso 04.10.2023)

Popay, J. (2006). "Community engagement for health improvement: questions of definition, outcomes and evaluation. A background paper prepared for NICE". London: NICE.

Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., & Mead, R. (2021). "Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health promotion international*, 36(5), 1253-1263.

Pickett e Wilkinson, 2010. "Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress". *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428

Quaranta, I. (2014). "Antropologia medica e salute globale". *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 16(37): 127-146.

Stefanini, A., Albonico, M., & Maciocco, G. (2006). *Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti*. A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatori italiano sulla salute globale.

Wilkinson, R. G. (2002). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.

Wilson, W. J. (2010). "Why both social structure and culture matter in a holistic analysis of inner-city poverty". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 629(1): 200-219.

Wright, J., Williams, R., & Wilkinson, J. R. (1998). "Development and importance of health needs assessment". *Bmj*, 316(7140), 1310-1313

Allegato

SCHEMA DI ANALISI

Temi/variabili	Domande chiave	Risultati
Sconfinamento	<ul style="list-style-type: none"> • Che idea hanno di salute (approccio riduzione del rischio o promozione)? • Chi sono le voci che definiscono l'oggetto "salute"? • Quali sono i luoghi immaginati o identificati per le possibili attività/iniziativa? Come vengono "riempiti" questi luoghi? • Ci sono aspetti di integrazione interistituzionale? 	
Governance/ architettura istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Quali sono gli attori coinvolti nel piano decisionale? • Come si articolano i livelli aziendale/provinciale/ distrettuale/locale? • Che relazione c'è tra i piani di governance e di regia del processo? • Ci sono aspetti di integrazione interistituzionale? • Quali sono i poteri e gli interessi in gioco? 	
Regia/ facilitazione/ tessitura	<ul style="list-style-type: none"> • Chi ha la regia del processo? • Chi ha la regia che ruolo riveste nell'organizzazione? • Che tipo di formazione ha questa figura? 	
Funzioni di facilitazione (nelle riunioni)	<ul style="list-style-type: none"> • Chi esercita le funzioni di facilitazione? • Che tipo di formazione ha/hanno questa/e figura/e? • Che strumenti/metodi di facilitazione vengono utilizzati? • Quali sono i poteri e gli interessi in gioco? 	
Equità	<ul style="list-style-type: none"> • C'è una riflessione esplicita su quali territori e/o quali adolescenti coinvolgere? • Esistono azioni che vanno nella direzione dell'equità (anche se non esplicitamente riconosciute come tali)? • Chi viene coinvolto/a, chi no? • Ci sono strumenti specifici a supporto? 	
Partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> • C'è coinvolgimento delle persone a cui il progetto si rivolge (giovani, famiglie, ecc.)? • Chi viene coinvolto/a? Quante persone? • Che tipo di coinvolgimento? A che livello di partecipazione? • Quali sono i poteri e gli interessi in gioco? • Emergono forme di conflitto? Come vengono gestite? 	

Temi/variabili	Domande chiave	Risultati
<p>Contesto/ territorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Come è caratterizzato il territorio dell'intervento dal punto di vista geografico e demografico/sociale? • Come viene descritto dai/lle partecipanti al processo? • Vengono fatti riferimenti a eventi/esperienze passate che informano la discussione dei partecipanti? • Ci sono già stati percorsi o processi "partecipativi"? Vengono descritti come efficaci o come fallimentari rispetto alla loro esperienza? 	
<p>Sostenibilità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quali strumenti vengono utilizzati per sostenere il processo (co-progettazione, finanziamenti dedicati)? • C'è compartecipazione di fondi diversi? • C'è una visione condivisa di come utilizzare i fondi? • C'è circolarità delle competenze utili a gestire il processo? 	

[#CommunityLab](#)