

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA IN

Scienze Psicologiche

Ciclo XXVIII

Settore Concorsuale di afferenza: 11/E3 Psicologia sociale, del lavoro e delle organizzazioni

Settore Scientifico disciplinare: M-PSI/05 Psicologia Sociale

**COSTRUIRE SALUTE CON LE COMUNITÀ:
ANALISI E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA
PARTECIPAZIONE NELL'AMBITO DEGLI INTERVENTI DI
PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Presentata da: Luana Valletta

Coordinatore Dottorato

Relatore

Prof.ssa Monica Rubini

Prof.ssa Elvira Cicognani

Esame finale anno 2016

Al mio presente e futuro.. Emiljan

Indice

Introduzione		1
Capitolo I	Malattie croniche e stili di vita: una epidemia silenziosa	5
Capitolo II	Salute e Benessere	10
	2.1 Evoluzione del concetto di Salute	10
	2.2 Determinanti di Salute	12
	2.3 Dall'educazione sanitaria alla Promozione della salute	15
Capitolo III	Promuovere partnership e partecipazione per promuovere salute	20
	3.1 Comunità, partecipazione, empowerment come strategie per promuovere salute	20
	3.1.1 "Gaining health" ed "Health2020"	21
	3.2 La Promozione della Salute <i>nella e con</i> la comunità	24
	3.3 Collaborazione intersettoriale e partecipazione	26
Capitolo IV	Promuovere Salute in Emilia-Romagna: I Progetti di Comunità	48
Capitolo V	La partecipazione dei cittadini nella promozione della salute: la prospettiva degli esperti	53
Capitolo VI	Costruire Salute con le comunità: analisi e valutazione della qualità della partecipazione nell'ambito di interventi di Promozione della Salute con le comunità locali	98
Capitolo V	Conclusioni	129
Appendice		134
Bibliografia		145

Introduzione

La partecipazione attiva dei cittadini nell'elaborazione di programmi che abbiano un impatto sulla salute è una delle strategie fortemente raccomandate dalle più importanti istituzioni internazionali e nazionali al fine di promuovere salute e contrastare l'avanzamento delle malattie croniche non trasmissibili.

Già dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978), alla Carta di Ottawa (1986) fino ai più recenti documenti internazionali come Health2020 e il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, viene ribadita l'importanza e la centralità strategica di promuovere la partecipazione e l'empowerment dei cittadini, riducendo le disuguaglianze di salute attraverso un approccio ecologico sociale, sistemico, intersettoriale e multifattoriale. La sfida è quella di sviluppare politiche e interventi che abbiano l'obiettivo, non solo di fornire informazioni o sviluppare comportamenti a livello individuale, ma anche di promuovere lo sviluppo di contesti sociali che supportino i comportamenti di salute. In quest'ottica, l'attenzione viene spostata dalle strategie di intervento di tipo individuale verso un approccio di partecipazione e di sviluppo della comunità (Bracht, 1999).

Il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica¹ della Regione Emilia-Romagna da diversi anni è impegnato attivamente nella promozione e diffusione di progetti intersettoriali e partecipati, che partendo dall'approccio socio-ecologico della salute, cercano di contrastare le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), di promuovere di sani stili di vita cercando di agire sui determinanti di salute per una promozione più globale e diffusa di salute e benessere. La partecipazione è ritenuta una pratica consolidata fin dai Piani per la Salute² e, insieme all'equità e all'integrazione, è tra i principi fondanti della *vision* del nuovo Piano regionale della prevenzione 2015-2018 e dei rispettivi PLA (Piani Locali Attuativi) delle Aziende UsI regionali.

¹ Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna

² I Piani per la salute (PPS- Patto Locale di Solidarietà per la Salute) sono processi partecipativi finalizzati alla costruzione di azioni per la salute, promosso dal Piano Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna 1999-2001. In particolare si definivano come: *“un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria”* (Biocca, 2006)

In particolare dal 2012, a partire da alcune sperimentazioni locali, la Regione ha deciso di intraprendere un percorso partecipato di costruzione e avvio di sei progettazioni sperimentali di promozione della salute da realizzarsi con le comunità locali. Il percorso ha visto il coinvolgimento del gruppo regionale “Guadagnare Salute”³ e alcuni referenti regionali della Sanità pubblica e del servizio Assistenza territoriale e Politiche familiari, per l’infanzia e l’adolescenza (asse sociale). Tali progetti avevano tra i propri obiettivi, di coinvolgere e attivare le comunità locali, ridurre le diseguaglianze di salute e lavorare in modo integrato su più stili di vita, partendo dai bisogni delle comunità interessate.

L’obiettivo del presente lavoro è di approfondire le rappresentazioni della partecipazione e l’impatto di alcuni fattori psico-sociali implicati nei processi partecipativi, in cui sono stati coinvolti gruppi e comunità locali su temi di salute. A partire da alcuni studi quali-quantitativi sui progetti concretamente realizzati si cercherà di offrire un contributo critico-scientifico sugli interventi di promozione della salute realizzati attraverso l’attivo coinvolgimento delle comunità locali.

Nel secondo e nel terzo capitolo verrà presentato il contesto entro cui è nata e si è sviluppata la promozione della salute, alcuni dei suoi presupposti teorici e valoriali, ambiti di indirizzo e alcune recenti applicazioni nelle comunità locali. Verranno inoltre discussi alcuni contributi della psicologia sociale e di comunità all’analisi di alcune delle criticità emergenti nell’ambito della sanità pubblica, oltre che nello studio, analisi e realizzazione di interventi. In particolare verranno approfonditi i temi della partecipazione, delle partnership, l’approccio dello sviluppo di comunità e della promozione dell’empowerment comunitario.

Nel quarto capitolo si presenterà l’oggetto delle ricerche qui presentate, ovvero il Programma Regionale sui Progetti di Comunità "Guadagnare Salute in Contesti di Comunità" ⁴, i suoi principi fondanti e le sue traduzioni operative all’interno dei servizi di Sanità Pubblica di tutte le Aziende Usl della Regione. Infatti, nonostante il largo consenso sull’importanza di implementare progetti partecipati che coinvolgano le comunità locali ai fini di migliorare la salute e l’equità, persiste ancora molta ambiguità rispetto a cosa realmente significhi “partecipazione” all’interno delle

³ Det. n. 15582 del 29/11/2011

⁴ DGR 744/2013

pratiche di salute (Renedo & Marston, 2011). Ciò è visibile anche all'interno dei progetti sperimentali oggetto di studio, che fin dai primi progetti di massima, sollecitati in risposta al bando regionale, hanno proposto strategie e modelli partecipati molto diversi l'uno dall'altro.

Al fine di comprendere le rappresentazioni, le idee e i significati attribuiti alla partecipazione nell'ambito degli interventi di promozione della salute, da parte di chi promuove, progetta e facilita processi partecipativi verrà presentato uno studio qualitativo all'interno del quinto capitolo. Sono state effettuate 17 interviste con dirigenti e funzionari regionali della DG Cura della Persona, Salute e Welfare, Direttori di unità operative, referenti regionali per il programma Guadagnare Salute, responsabili dei progetti per area vasta e coinvolti nell'implementazione a livello locale. I risultati presenteranno alcuni nodi chiave delle rappresentazioni sulle progettazioni di comunità, sulla comunità e sui significati concreti della partecipazione. I risultati hanno mostrato diverse rappresentazioni che si sviluppano e possono coesistere in diversi operatori e di come, quindi, sia sempre più necessario poter indagare e approfondire non una generica partecipazione ma una più specifica tipologia di partecipazione (Doweling *et al.*, 2004; Granner & Sharpe, 2004; Aveling & Jovchelovitch, 2013; Rissel, 1994) e di qualità. Ciò costituirà la base per lo sviluppo dello studio quantitativo presentato nel capitolo cinque. All'interno della letteratura psicosociale e nell'ambito della Promozione della salute infatti se grande attenzione è stata riservata agli esiti positivi dei processi partecipativi (anche intesi come outcome intermedi o indiretti di salute) poca letteratura ha cercato di comprendere quale tipologia di partecipazione possa essere maggiormente predittiva e in relazione a precisi processi ed effetti, in particolar modo all'interno della letteratura sulla promozione della salute. A partire da queste premesse sono stati indagati, attraverso un questionario somministrato a 234 partecipanti attivi nei sei suddetti progetti le possibili relazioni tra una esperienza di partecipazione *di qualità*, le collaborazioni interdisciplinari, la percezione di aver contribuito a livello decisionale con il senso di comunità, l'empowerment, la fiducia dell'implementazione delle attività, la percezione di efficacia, l'intenzione a continuare a partecipare e la soddisfazione complessiva per l'esperienza di

partecipazione. Nell'ultimo capitolo verranno sintetizzati e discussi i principali risultati, suggerendo alcune linee innovative di ricerca e futuri approfondimenti.

Capitolo I

Malattie Croniche e stili di vita: una epidemia silenziosa

Un corpo sano è per l'anima una camera degli ospiti; un corpo malato, la sua prigione.

Francesco Bacone

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) costituiscono, a livello mondiale, la principale causa di morte, al punto da essere considerate un'epidemia globale. Le MCNT comprendono un ampio gruppo di malattie tra cui: cardiopatie, ictus, tumori, malattie respiratorie croniche, disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, difetti visivi e uditivi, psicopatologie (con la depressione in forte avanzamento).

Secondo il WHO (World Health Organization) più di 17 milioni di persone muoiono prematuramente ogni anno a causa di malattie croniche. A livello Europeo le MCNT sono responsabili di circa l'86% delle morti e del 77% del carico di malattia. Ogni anno 4,9 milioni di persone muoiono per il consumo di tabacco; 2,6 milioni di persone a causa di obesità o sovrappeso; 4,4 milioni di persone muoiono a causa di elevati livelli di colesterolo; 7,1 milioni di persone a causa dell'ipertensione (WHO, 2005).

È stato stimato che la spesa relativa alle più comuni condizioni croniche in Europa ammonti a più di 1.000 miliardi di euro l'anno.

Nel Regno Unito condizioni croniche quali demenze, patologie cardiovascolari, cancro, diabete e ictus rappresentano più del 50% della spesa sanitaria totale (ISS, 2015).

Soltanto il 20% delle morti per malattie croniche avviene nei Paesi ad alto reddito, mentre l'80% si registra nei Paesi a reddito medio-basso, in cui vive la maggioranza della popolazione mondiale. Questi numeri sono fortemente in crescita, a causa dei forti cambiamenti culturali, sociali e ambientali che stanno modificando la vita dei Paesi più industrializzati e di quelli in via di sviluppo. Le popolazioni, infatti, tendono a convertire la propria dieta sempre più verso una alimentazione ricca di

grassi e di zuccheri, mentre al tempo stesso le situazioni abitative e lavorative inducono a ridurre notevolmente l'attività fisica (WHO, 2004).

Tutto ciò sta minando la sostenibilità dei sistemi sanitari, lo sviluppo economico e lo stato di benessere di una larga fascia della popolazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità gran parte dei fattori di rischio è prevenibile attraverso un miglioramento generale degli stili di vita e delle condizioni socio-economiche.

La Commissione dei determinanti sociali della Salute del WHO (CSDH)⁵, nel 2007, ha evidenziato come i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono agli esiti di Salute per il 40-50%; le condizioni dell'ambiente di vita e di lavoro per un 20-33%; l'eredità genetica per un 20-30%, e i servizi sanitari per il restante 10-15%, riaffermando la "prevedibilità" di molte delle patologie croniche, disabilità e morti.

Molte evidenze sottolineano la necessità di investire sulle "caratteristiche comuni" che le MCNT condividono con altre patologie, ovvero simile etiologia, fattori determinanti comuni, fattori comportamentali e ambientali. Un intervento diretto, efficace e multilivello su questi fattori determinanti può contrastare non solo l'incidenza della malattia stessa, ma anche favorire la prevenzione e il controllo di altre condizioni e patologie, quali i disturbi mentali, le violenze e le lesioni traumatiche, le malattie infettive, i disturbi muscolo-scheletrici.

A livello individuale, infatti, è importante orientare gli stili di vita della popolazione verso un'alimentazione più corretta, la pratica dell'esercizio fisico, un consumo consapevole di alcol e l'astensione dal fumo di sigaretta. L'adozione di abitudini salutari diminuisce in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie. Una sempre crescente attenzione viene data anche ai fattori psico-sociali (Pikhart, H., & Pikhartova, J. (2015) implicati negli esiti di salute e all'importanza di promuovere l'empowerment individuale dei pazienti e cittadini sui temi di salute e benessere.

A livello più strutturale, invece, è importante analizzare e favorire migliori condizioni sociali (aumentando i fattori di protezione e riducendo quelli di

⁵ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel 2005 ha istituito la "Commissione sui Determinanti Sociali di Salute" (CSDH), al fine di raccogliere informazioni, esperienze ed evidenze sull'impatto dei determinanti sociali sulla salute e tradurle in raccomandazioni per interventi e politiche efficaci.

svantaggio), le condizioni di vita e di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari e le generali condizioni socio-economiche, le condizioni culturali e ambientali migliorando altresì anche la coesione sociale e l'empowerment di comunità.

Le malattie croniche, oltre ad essere associate ad un alto tasso di mortalità, possono condurre anche a condizioni psico-fisiche invalidanti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha stimato il carico di malattia⁶ dei diversi paesi del Mondo. La stima si basa su due componenti: gli anni di vita persi a causa dei decessi (Years of Life Lost - YLLs⁷), e la disabilità con cui si convive a causa di malattie (Years Lived with Disability - YLDs⁸) misurate attraverso il DALYs, Disability Adjusted Life Year⁹ (l'attesa di vita corretta per disabilità). In Italia le tre principali cause di DALYs nel 2010 sono state le malattie ischemiche, il mal di schiena (all'interno delle malattie osteoarticolari), le malattie cerebrovascolari, con un aumento del 10-15% della depressione e del diabete. Aumenti più importati si osservano inoltre per le cadute (+30%) e per l'Alzheimer (+120%) (Regione Emilia-Romagna, 2015).

Il WHO ha inoltre calcolato la quota di anni di vita persi, aggiustati per la disabilità, per ciascun fattore di rischio nella popolazione italiana, sulla base del numero di persone esposte ai principali fattori di rischio e stimando l'eccesso di mortalità e disabilità che si associa a ciascun fattore di rischio (vedi Figura 1). Fra i fattori di rischio, quello che causa più disabilità e una maggiore perdita di anni di vita è la dieta (13% del totale dei DALY persi), seguita da ipertensione (11%), fumo (10%),

6 Il carico di malattia (*Burden of disease*) è il carico di malattia è una misura dello scarto tra lo stato di salute osservato di una popolazione e lo stato di salute atteso, corrispondente a quello in cui tutta la popolazione raggiunge l'aspettativa di vita prevista per la stessa popolazione senza i più importanti problemi di salute. I dati del carico di malattia forniscono le basi per determinare il contributo relativo dei fattori di rischio per lo stato di salute di una popolazione e per questo motivo possono essere utilizzati per definire le priorità di intervento in promozione della salute.

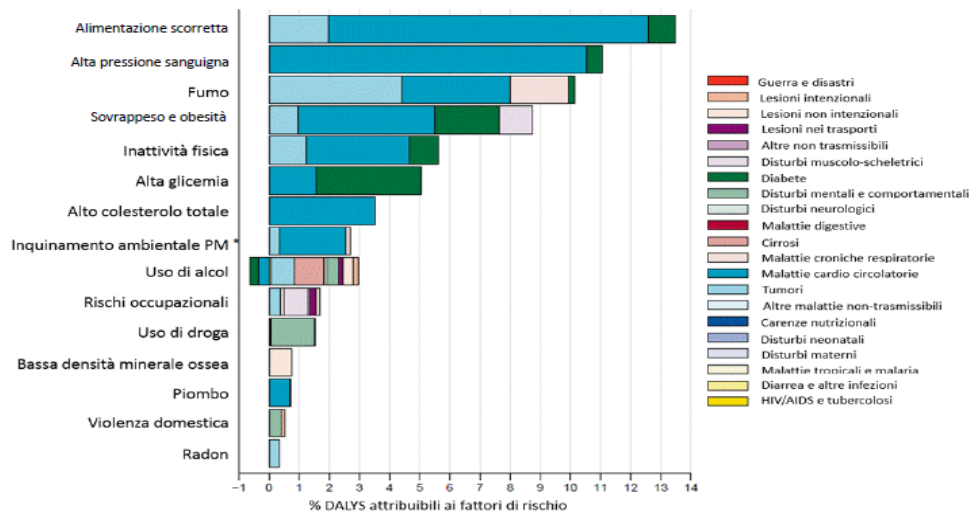
7 YLLs - *Years of life lost* = numero di morti causa-specifiche (N) moltiplicate per una funzione che specifica gli anni di vita persi come funzione dell'età a cui avviene la morte (L).

8 YLDs - *Years Lived with Disability* = numero di casi incidenti in un particolare periodo (I) moltiplicati per la durata media della malattia (DW) e per un fattore che rispecchia la gravità della malattia in una scala da 0 (perfetta salute) a 1 (morte).

9 DALY- Disability-adjusted life year = misura di sintesi che combina il tempo perso a causa dei decessi e il tempo vissuto in uno stato di salute non ottimale (in disabilità). Un DALY rappresenta un anno di vita sana perso.

sovrappeso (9%), sedentarietà (6%), alta glicemia e colesterolemia (5% e 3,5% rispettivamente), consumo di alcool e inquinamento ambientale (3,5%). Di poco al di sotto del 2% vi sono i rischi occupazionali e l'abuso di droghe.

Figura 1
DALYs Italia - Carico della malattia attribuibile ai 15 principali fattori di rischio, espresso come percentuale di DALYs, Italia



*PM: Particulate Matter: polveri sottili. Il grafico mostra i 15 principali fattori di rischio in Italia. La sezione colorata di ogni barra rappresenta le malattie specifiche attribuibili al fattore di rischio mentre la dimensione della barra rappresenta la percentuale di DALYs associata allo specifico fattore di rischio.

La prevalenza di quasi tutti i maggiori fattori di rischio comportamentali è più alta nelle persone con un basso titolo di studio o con difficoltà economiche. Il tema delle disuguaglianze si lega anche ad un uso non corretto dei servizi (aumentando la probabilità di ricevere prestazioni inappropriate al peggiorare dello stato socio-economico) e alle differenze di genere ¹⁰(Regione Emilia-Romagna, 2015).

Le malattie croniche, inoltre, non sono dipendenti unicamente dalla sfera individuale e dai singoli stili di vita, ma vedono anche determinanti implicite molto forti, spesso definiti come “cause delle cause”, che riflettono le principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali delle società moderne: la globalizzazione, l'urbanizzazione, le disuguaglianze di salute, l'invecchiamento progressivo della

¹⁰ Le donne vivono mediamente di più degli uomini, ma hanno un'aspettativa di vita in buona salute minore.

popolazione, le politiche ambientali e la povertà. Ciò si traduce nella possibilità che vi siano gruppi sociali con minori possibilità di scelta e, quindi, con maggiori possibilità di adottare comportamenti non salutari.

In una recente revisione (WHO, 2015) è emerso che le malattie croniche e gli stili di vita sono influenzati anche dai fattori psicosociali, come il supporto sociale, l'isolamento sociale, il capitale sociale, il lutto, la disgregazione sociale, lo stress psicologico, la depressione, la rabbia e l'ostilità, stress-lavoro correlato. Tali studi, suggeriscono l'importanza di lavorare sui fattori psicosociali al fine di offrire molteplici opportunità di prevenzione e di riduzione delle diseguaglianze anche attraverso approcci e interventi intersettoriali.

Inoltre, non si può dimenticare come talvolta l'adozione di certi stili di vita possano essere una reazione, una risposta ad eventi stressanti ma anche i processi di influenzamento sociale o i valori e norme culturali di comportamento di una precisa comunità che possano alimentare delle resistenze al cambiamento dei comportamenti (De Piccoli, 2014). Promuovere migliori stili di vita¹¹ è considerata un'azione strategica per contrastare le malattie croniche non trasmissibili in cui lo stile di vita non si limita unicamente ad una riduzione dei fattori di rischio modificabili ma si allarga ad una visione ecologica-sistemica verso “guadagni di salute” e per una più complessiva promozione del benessere.

Infatti come sottolineato da Frohlich e colleghi (2001) non bisogna limitarsi a considerare lo stile di vita unicamente come ad un comportamento individuale bensì analizzarne i processi all'interno della loro complessità e circolarità. Ciò significa che accanto alla responsabilizzazione del singolo che può modificare il proprio comportamento, si possano e si debbano sviluppare anche quelle condizioni esistenziali che ne permettono lo sviluppo delle potenzialità, l'empowerment (De Piccoli, 2014) e anche una “maggiore facilità” nell'orientarsi verso scelte salutari.

¹¹ “Lo stile di vita è un modo di vivere basato su modelli di comportamento identificabili, che sono determinati dall'interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, le interazioni sociali e le condizioni di vita socio-economiche e ambientali” (WHO, 1998)

Capitolo II

Salute e benessere

2.1 Evoluzione del concetto di Salute

“La salute non è un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita”. Gadamer, 1993

Comprendere le malattie croniche e gli interventi di sanità pubblica non può prescindere da una riflessione su come sia evoluto il concetto di salute e di come tale trasformazione abbiamo generato nuove sfide e politiche sanitarie.

Tradizionalmente nelle culture occidentali il concetto di salute è stato espresso attraverso una visione negativa come assenza di malattie. Tale concezione di salute è stata fortemente influenzata dall'approccio bio-medico tradizionale in cui i processi di patogenesi¹², la cura e il trattamento di disturbi e patologie, hanno dominato (e resistono ancora) all'interno dei saperi e delle prassi dei sistemi sanitari occidentali. All'interno di questo modello, il rapporto medico-paziente si caratterizza come una relazione asimmetrica tra un tecnico, esperto e un profano, dove il primo è il possessore delle conoscenze scientifiche e il secondo colui che ha il compito di informare il medico circa i sintomi di malfunzionamento avvertiti, all'interno di una concezione meccanicistica e deterministica del corpo e della malattia. Fu con la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (New York, 1948) che iniziarono a svilupparsi e a diffondersi quel complesso di idee e di fermenti che portarono alla definizione di un nuovo concetto di salute.

Nel 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO)¹³ definì la Salute come:

12 La patogenesi concerne tutto ciò che è in grado di provocare l'insorgenza di una malattia, di come si genera e dei rimedi utili a contrastarla.

13 Fondata nel 1946 è l'agenzia speciale tecnica dell'ONU deputata ai problemi inerenti la salute pubblica. Il WHO è governato da 195 stati membri attraverso l'Assemblea mondiale della sanità (World Health Assembly - WHA). Questa è composta da rappresentanti degli stati membri, scelti fra i rappresentanti dell'amministrazione sanitaria di ciascun Paese (Ministeri della sanità).

“La Salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità. Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razze, religione, credo politico, condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli Stati. L’impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti. Lo sviluppo diseguale tra i Paesi nella promozione della salute e controllo delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti.” WHO (1986)

Questa definizione ha ispirato e ispira tuttora tutte le attività, le scelte politiche e le deliberazioni non solo del WHO ma anche degli stati membri e dei loro servizi sanitari. Tale concezione di salute trasforma l'approccio patogenico in uno approccio più salutogenico¹⁴, dove i modelli bio-medici tradizionali lasciano il posto a modelli più complessi, sistemici, ecologici e sociali, dove il corpo non può più essere analizzato, trattato e compreso senza considerare anche gli aspetti psicologici e sociali e le influenze reciproche che ne derivano.

L'approccio ecologico considera l'interdipendenza tra l'individuo e i sottosistemi dell'ecosistema in cui i soggetti sono inseriti, i quali per produrre benessere e stili di vita negli individui e gruppi devono poter offrire concrete condizioni strutturali e trasformazioni sociali (De Piccoli, 2014, Bertini, 2012; Zani, Cicognani, 2000; Amerio 2000). La salute e la malattia diventano quindi conseguenza, diretta o indiretta, dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engel, 1997, 1980; Schwartz, 1982). Come è noto infatti il cambiamento di un comportamento è tanto più difficile quanto meno l'ambiente è in grado di supportare e sostenere gli sforzi individuali (Campbell, 2003). Come sostenuto da Bandura (1982) tra il comportamento dell'individuo e l'ambiente esterno esiste una relazione reciproca, dinamica e causale dove gli individui sono, ad un tempo, “produttori” e “prodotti” dei sistemi sociali, la salute diventa co-costruita socialmente e iscritta nel contesto dei comportamenti e delle relazioni interpersonali.

¹⁴ La salutogenesi (Antonovsky, 1996) si interessa principalmente di ciò che crea salute ovvero di tutto ciò che permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità (un trauma, una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socioeconomiche), di compiere scelte di salute utilizzando risorse (interne ed esterne) e implementando sempre più capacità.

I fattori che influenzano gli esiti di salute non possono essere spiegati solo da caratteristiche individuali, ma devono essere esaminati all'interno dei contesti entro cui si producono e sviluppano; tali fattori sono definiti come determinanti di salute.

2.2 Determinanti di salute

Al fine di concettualizzare i rapporti e le influenze di salute Dahlgren & Whitehead (1993), hanno modellizzato il sistema complessivo di salute attraverso una serie di strati concentrici (vedi Figura 2), corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. Al centro vi è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche: il sesso, l'età, il patrimonio genetico: ovvero i determinanti non modificabili della salute. Mentre i determinanti modificabili, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie,



Figura 2. Determinanti Sociali di Salute (Dahlgren & Whitehead, 1993)

l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

Si tratta di un modello concettuale che riflette sia la cultura europea di *welfare state*, fondata sul “diritto alla salute”, che la visione “multisettoriale” della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata (1986).

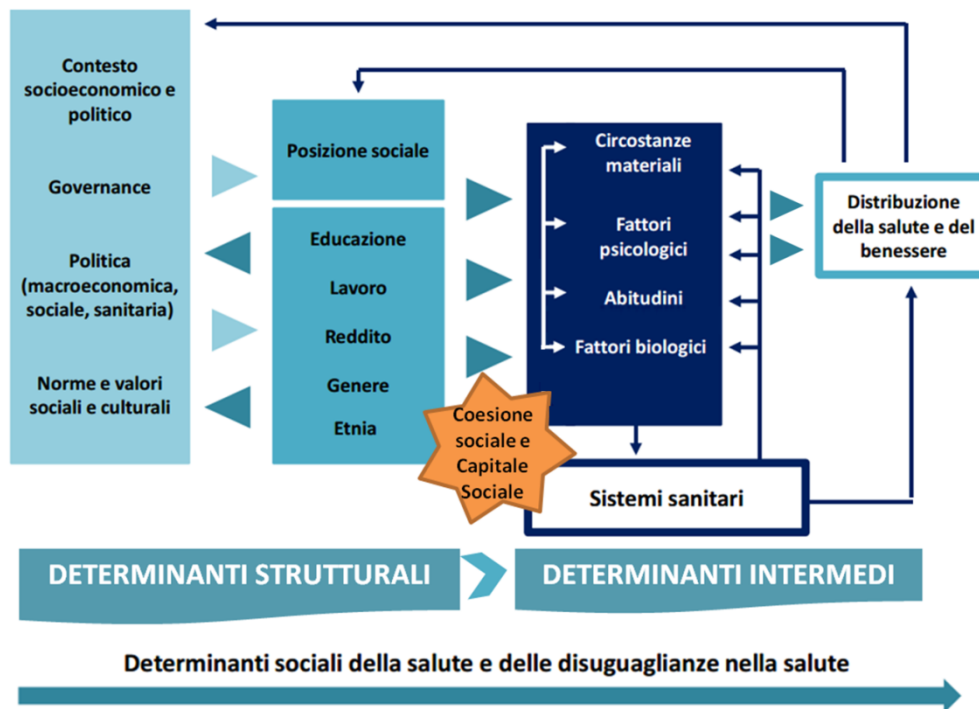
Nel 2008 la “Commissione sui Determinanti Sociali di Salute” (CSDH) attraverso il rapporto *“Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”* ha affermato che le disuguaglianze sociali nella salute traggono origine da disparità nelle condizioni della vita quotidiana e nei fattori sostanziali che le determinano: diseguale distribuzione del potere, del denaro e delle risorse a livello globale, nazionale e locale. La commissione ha così proposto un modello (vedi figura 3) che distingue tra determinanti strutturali e determinanti intermedi.

I "determinanti strutturali" si riferiscono a quegli elementi derivanti dal contesto politico e socio-economico che generano e mantengono precise gerarchie sociali, e

definiscono le posizioni socio-economiche individuali (i veri e propri “determinanti sociali delle disuguaglianze di salute”).

I “determinanti intermedi” sono quei fattori più direttamente associati agli esiti di salute (o “determinanti sociali della salute”).

Fig. 3 Modello concettuale dei determinanti sociali della salute (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2010).



Modificata da: WHO Closing the gap in a generation, health equity through action on the social determinants of health

Tra i determinanti strutturali figurano il contesto e le politiche macroeconomiche, le politiche sociali (mercato del lavoro, politiche di welfare state: previdenza, sanità, educazione, abitazione), le norme i valori culturali propri di una determinata società. Tra i più importanti fattori strutturali che generano stratificazione sociale¹⁵ e sono considerati proxy degli stili di vita sono inclusi: livello di istruzione, occupazione, reddito, sesso, etnia. I determinanti strutturali influenzano la salute attraverso i “determinanti intermedi”, che comprendono le circostanze materiali di vita e di

¹⁵ La stratificazione sociale è la misura in cui individui e gruppi di popolazione differenti si dividono secondo gerarchie di ricchezza, potere, benessere, prestigio e opportunità o di ciò che la società in cui vivono ritiene rilevante ai fini della distinzione sociale.

lavoro (condizioni dell'abitazione e del vicinato, disponibilità di alimenti sani, ecc.); le circostanze psicosociali (condizioni di vita e relazioni stressanti, disponibilità di sostegno sociale); fattori comportamentali e biologici (abitudini alimentari, attività fisica, consumo di tabacco e di alcol). All'interno di questo modello anche il sistema sanitario è implicato nel determinare le differenti conseguenze che le malattie hanno nella vita degli individui.

Le differenze nella posizione sociale determinano così sia le probabilità di esposizione a fattori di rischio per la salute, ma anche la vulnerabilità agli stessi fattori, un minore accesso a cure di qualità (per ostacoli economici, culturali e che aumentino la gravità delle conseguenze economiche e sociali della malattia anche rispetto alla propria posizione o riducendone il reddito. Le diseguaglianze, però non riguardano solo i gruppi meno privilegiati, ma si osservano lungo tutta la scala sociale (De Piccoli, 2014) dove si può godere di un migliore stato di salute rispetto a posizioni sociali inferiori alla propria, e al tempo stesso poter sperimentare un peggiore stato di salute se comparati a chi occupa invece una posizione superiore (Vannoni, 2009). Ciò è stato verificato anche rispetto al tasso di mortalità dovuto a malattie cardiache (Marmot *et al.*, 1991) e su altre indagini ed esperimenti (Fryer, 2012).

Al di là dei diversi modelli presenti in letteratura che cercano di spiegare i meccanismi di base delle diseguaglianze, la salute necessita di essere considerata come un bene comune relazionale (Zani, 2007) da difendere, tutelare e promuovere da parte di tutti gli attori dell'intera società con una attenzione e consapevolezza critica ed ecologica da cui non si può più prescindere. Le riflessioni circa le diseguaglianze di salute non sono però oggetto di analisi della sanità pubblica ma riguardano anche la psicologia di comunità e della salute soprattutto rispetto all'analisi delle strutture di potere che ne generano o ampliano le diseguaglianze di salute, in particolar modo su gruppi più vulnerabili e minoritari (De Piccoli, 2014; Fryer, 2012; Campbell & Murray, 2004; Zani, 2008). Anche lo stesso ricercatore può aumentare o cercare di ridurre tale disparità (Fryer, 2012) verso la scelta di precise ricerche e azioni orientate al cambiamento sociale e all'empowerment dei partecipanti e gruppi più svantaggiati.

Molte ricerche hanno indagato le connessioni tra status socioeconomico e i mediatori psico-sociali (resilienza, autoefficacia, autostima, stress psicologico, capacità di controllo, supporto sociale e ostilità) ovvero attitudini e capacità volte a fronteggiare le diverse situazioni della vita.

Anche all'interno della psicologia critica della salute (Prilleltensky, Nelson, 1997; Murray, 2004) viene sottolineando che è attraverso la consapevolezza critica collettiva dei determinanti sociali della salute e della malattia che una comunità può cominciare a organizzarsi per attuare possibili forme di trasformazione sociale e di comunità in grado di migliorare la salute collettiva. Tale consapevolezza, non deve però restare confinata a studi di settore e documenti tecnici ma diventare sempre di più dominio condiviso di intere comunità.

2.3 Dall'educazione sanitaria alla promozione della salute

La sostanziale trasformazione che ha coinvolto il concetto di salute e l'urgenza di affrontare il tema delle malattie croniche ha portato con sé non solo l'apertura di nuova prospettiva e sfida all'interno dei sistemi sanitari, ma ha cercato anche di orientare le prassi e le strategie da interventi di educazione della salute verso interventi più complessi e di comunità orientati alla promozione della salute.

Negli anni sessanta attraverso l'educazione sanitaria e l'educazione della salute¹⁶ poi, rifacendosi al modello "bio-medico" di salute ci si è basati su una comunicazione dall'alto (sapere esperto) verso il basso (*top-down*) in cui i destinatari erano posti in una posizione di ricezione passiva. Gli interventi di educazione sanitaria si caratterizzavano così attraverso interventi prettamente informativi di tipo "lineare" in cui forte enfasi veniva posta alla modalità di comunicazione persuasiva. Questa metodologia affonda le sue radici nell'idea che l'adulto sia un essere esclusivamente razionale, che, se in possesso delle giuste conoscenze, è in grado di modificare le proprie verso comportamenti più salutari.

Il suo obiettivo è di rendere gli individui consapevoli degli effetti dei comportamenti sul loro stato di salute. Negli ultimi decenni l'educazione alla salute si è spostata

¹⁶ L'educazione alla salute è intesa come "qualunque combinazione di esperienze di apprendimento volte a facilitare l'adattamento volontario al comportamento che conduce alla salute.

verso modelli socio-affettivi di salute orientati allo sviluppo personale, alle teorie dell'apprendimento sociale, dell'autoefficacia e dell'educazione alle *life-skill*¹⁷. Chi educa non è più il tecnico, esperto, ma un facilitatore attento ad una dimensione comunicativa maggiormente bottom-up e attento all'individuo.

L'educazione alla salute anche se è necessaria per intraprendere azioni di miglioramento della propria salute (Nutbeam, 1998) non è sufficiente nel provocare effetti comportamentali nel tempo (Wagemakers *et al.*, 2010). Come sottolineato da Braibanti (2009) la responsabilità individuale nella gestione della salute non va sovrastimata né assolutizzata, in quanto il cambiamento chiama in causa una serie complessa di fattori, la cui irriducibilità a dimensioni cognitive e razionali rende di non semplice realizzazione la pianificazione, l'implementazione e la valutazione di programmi di promozione della salute. L'educazione alla salute può quindi essere considerata una componente importante della promozione della salute ma non un suo sinonimo.

L'efficacia degli interventi di educazione alla salute va quindi rintracciata in quei programmi che vanno al di là del semplice passaggio di informazioni, rivolgendosi ai determinanti sociali dei comportamenti e alla possibilità di cambiamento verso stili di vita salutari (Di Filippo, 2009). Non più strategie comunicative unidirezionali, centrate sul sapere dell'esperto, ma modalità più interattive e partecipative che possano allargarsi ad interventi più complessivi di comunità e di promozione della salute.

Molto frequentemente il concetto di educazione alla salute viene utilizzato erroneamente al posto di quello di promozione della salute. La promozione della salute richiama una prospettiva più ampia dove ampio risalto viene dato all'incontro tra i molteplici determinanti di salute e alla complessità del contesto in cui questi trovano realizzazione (Braibanti, 2009). Tra i fallimenti registrati dall'educazione alla salute è stata sottolineata anche una "mancanza di una sistematica e critica

¹⁷ Le *Life-skills* o *Competenze per la vita* sono definite dal WHO come quelle competenze che facilitano comportamenti positivi e di adattamento, tali da rendono l'individuo capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni. (WHO, 1993). Le 10 maggiori competenze sono: consapevolezza di sé, gestione delle emozioni, gestione dello stress, empatia, creatività, senso critico, saper prendere buone decisioni, risolvere problemi, comunicazione efficace e relazioni efficaci.

analisi delle priorità di intervento, in cui si è operato secondo l'assunto dall'implementazione di un intervento seguirà automaticamente un output in termini di miglioramento della salute e della qualità della vita a prescindere se sia stata eseguita una corretta analisi e progettazione dell'intervento" (Arlotti, 2009).

Una ulteriore distinzione tra l'educazione alla salute e la promozione della salute sottolinea un approccio più individuale della prima *versus* un approccio più ecologico della seconda, dove l'ambiente è fondamentale nella co-costruzione della salute.

La promozione della salute è definita come "il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere psicofisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i bisogni, di cambiare l'ambiente circostante e di poter farvi fronte" (WHO, 1986).

Per Aboud (1998) la promozione della salute consiste in una «azione politica, sociale ed educativa che rafforza la consapevolezza pubblica della salute. Incentiva gli stili di vita sani e l'azione della comunità in favore della salute, e rende le persone "potenti" nell'esercitare i propri diritti e responsabilità nel modellare gli ambienti, i sistemi e le politiche che conducono alla salute e al benessere».

La promozione della salute riunisce azioni dirette non solo a rafforzare le competenze e le capacità dei singoli, ma anche le azioni dirette verso il cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche che possono avere un impatto sulla salute pubblica e individuale (Koelen & Van den Ban, 2004). Hunter (2008) sottolinea l'importanza di porre attenzione alle risorse che l'individuo e le comunità hanno a loro disposizione per proteggerli da eventi negativi per la salute e promuovere condizioni di benessere.

Ma in che modo è possibile promuovere salute? Per rispondere a questa domanda molti documenti internazionali, rapporti, ricerca e modelli di programmazione sono stati studiati, sviluppati e promossi (cfr. la rassegna in Braibanti, 2009; Zani, 2014; Cicognani, 2014; Zani & Cicognani, 2000).

Come sottolineato da Laverack e Labonté (2000) i confronti sulle pratiche e sulla salute generano però non poche tensioni interne tra i professionisti di promozione della salute. Le tensioni emergono in particolar modo tra chi contrappone il bisogno, la necessità di esercitare il proprio potere e controllo all'interno di progettazioni Top-Down rispetto a chi, come invocato dai maggiori documenti internazionali, cerca di promuovere un sempre maggiore sviluppo ed empowerment di comunità attraverso processi maggiormente Bottom-Up.

Tali posizioni si atualizzano e possono essere influenzate dal bisogno di dirigere gli sforzi di ricerca e azione nel mobilitare, organizzare ed educare una popolazione (Feather & Labonté, 1995), aumentando l'empowerment individuale, oppure in interventi tesi ad investire in un maggior empowerment di comunità, come garanzia anche di una maggiore uguaglianza nelle relazioni sociali di potere (es. gestione tra delle risorse, legittimazione ed esercitazione di influenza e autorità). Zimmerman (1998) sottolinea come l'aiuto professionale che si limita ad esperti che forniscono consigli è antitetico all'empowerment. Un approccio ispirato all'empowerment tende allo sviluppo di risorse, al rafforzamento dei sistemi naturali di aiuto e alla creazione di opportunità per processi decisionali partecipativi.

Alcuni autori (Felix *et al.*, 1989; Labonté 1993; Boutilier *et al.* 1999) hanno cercato di spiegare le sostanziali differenze tra l'approccio top-down e bottom-up all'interno della promozione della salute. A livello di comunità locale la principale strategia che fa esplicito riferimento ad un modello di cambiamento realizzato "dal basso" è l'azione sociale. In questo caso si mira a modificare gli orientamenti nelle politiche sociali e a generare un incremento del livello di potere, di status e di risorse dei gruppi sociali più svantaggiati. Laverack e Labonté (2000) hanno cercato di sistematizzare i due differenti approcci, così come riportato nella tabella 1.

Tabella 1

Differenze chiave tra approcci top-down e bottom up nella promozione della salute

	Top-Down	Bottom-Up
Radice / Metafora	Responsabilità individuale	Empowerment
Approccio / orientamento	Fragilità / deficit/ risoluzione di problemi	Empowerment, rafforzando le capacità, competenze
Definizione del problema	Da un agente esterno, come ente pubblico, istituzioni governative	Potenzialità, capacità, Sviluppo delle competenze
Strumenti primari per la promozione e il cambiamento	Educazione alla salute, il miglioramento dei servizi e degli stili di vita	Favorire il controllo delle comunità, delle risorse e delle capacità attraverso cambiamenti economici, sociali e politici
Ruolo di agenti esterni	Servizio, allocazione e gestione delle risorse	Rispondere alle esigenze, bisogni della comunità
Decisori primari	Rappresentanti delle agenzie, imprenditori, leader designati dalla comunità	Leader nominati autoctoni della comunità
Controllo comunitario delle risorse	Basso	Alto
Appropriazione della comunità (community ownership)	Basso	Alto
Valutazione	Specifici fattori di rischio, outcome quantificabili e "target"	Metodi pluralistici che documentano i cambiamenti importanti per la comunità

Adattamento di Felix et al. 1989; Labonté, 1993; Boutilier et al. 1999

Capitolo III

Promuovere partnership e partecipazione per promuovere salute

3.1 Comunità, partecipazione, empowerment come strategie per promuovere salute

"Qual è il miglior governo? Quello che ci insegna a governarci da soli"
Johann Wolfgang Von Goethe

L'entità della sfida e gli effetti delle malattie croniche, insieme ad una evoluzione del concetto di salute e benessere, hanno spinto il WHO ad investire sempre di più lungo l'importanza di una maggiore responsabilizzazione di tutti i settori della società e del coinvolgimento attivo degli stessi cittadini.

In particolare, attraverso l'Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 vengono fissati gli obiettivi e le azioni raccomandate a livello dei singoli Stati Europei nell'arco temporale che va dal 2012 al 2016, declinando l'impegno secondo i bisogni e le caratteristiche peculiari della società europea.

Tra i principi guida che hanno dato forma al documento troviamo: l'equità, il rafforzamento del sistema sanitario, il concetto di salute in tutte le politiche (*health in all policies*), un approccio che abbraccia tutto l'arco della vita, l'*empowerment* individuale e di comunità, l'integrazione dei programmi dei vari settori della società, il bilanciamento degli interventi sui singoli con quelli sulla collettività, la "co-produzione" della salute da parte dello Stato e della società.

I risultati di numerosi studi scientifici che hanno indagato gli interventi di promozione e prevenzione più efficaci nell'orientare le popolazioni verso stili di vita salutari (cfr. la rassegna "What Works", WHO, 2009; Valletta *et al.*, 2015) sono concordi nel sostenere che gli interventi più efficaci sono prevalentemente quelli "multifattoriali", mirati a modificare congiuntamente più fattori di rischio e che utilizzano approcci di intervento di comunità partecipati, ovvero che coinvolgono anche i destinatari degli interventi fin dalle fasi di progettazione e implementazione.

Già nella Carta di Ottawa (1986), infatti, si esplicitava che la «Promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel *definire le priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare strategie* che consentano di raggiungere un migliore livello di salute». Successivamente la Conferenza di Jakarta ha sottolineato l'importanza della creazione di *partnership* tra diversi settori e a tutti i livelli al fine di mettere a sistema più risorse, capacità e competenze su una base etica condivisa mentre con la Carta di Bangkok (2005) le politiche e le *partnership* devono essere poste al centro dello sviluppo globale e nazionale, al fine di aumentare il potere della comunità, migliorar la salute e l'uguaglianza.

Il recente documento *Health 2020* (WHO, 2013) ribadisce inoltre come «I programmi di promozione della salute basati sui principi di coinvolgimento e di empowerment offrano dei benefici reali. L'empowerment della popolazione, dei cittadini, dei consumatori e dei pazienti riveste un ruolo fondamentale per migliorare i risultati di salute, la performance del sistema sanitario e la soddisfazione del paziente» (WHO, 2013).

3.1.1 “Gaining health” ed "Health2020"

Per migliorare la salute e il controllo delle malattie croniche nella popolazione il WHO ha avviato una precisa strategia europea denominata: “*Gaining health*”, che si ispira a sei messaggi chiave che guidano l'azione:

- La prevenzione lungo l'intero arco della via è una strategia efficace e deve essere considerata come un investimento per la salute e lo sviluppo;
- la Società dovrebbe creare ambienti salubri di supporto, tali da rendere facili le scelte salutari;
- i servizi sanitari e il mondo sanitario devono essere idonei allo scopo, rispondendo sia alla presa in carico della malattia, sia alla necessità di aumentare le opportunità per la promozione della salute;
- le persone devono poter esercitare il potere di promuovere la propria salute, di interagire efficacemente con i servizi sanitari e di essere parte attiva nella gestione della propria malattia;
- l'accesso universale alla promozione della salute, la prevenzione delle malattie e i servizi sanitari sono fondamentali per ottenere equità nella salute;

- i governi hanno la responsabilità di costruire politiche pubbliche *salutari* a tutti i livelli e garantire un'azione trasversale in tutti i settori interessati.

Tra le diverse azioni concrete viene evidenziata anche l'importanza di realizzare strategie e interventi di supporto comunitario. Nel documento *"Gaining health"* la comunità viene vista come capace di sostenere i cittadini attraverso la creazione di reti sociali e di supporto, dove attraverso una maggiore coesione sociale tra gli individui si possano sostenere le persone nelle difficili transizioni di vita e nei periodi di maggiore vulnerabilità. L'azione comunitaria per la salute coinvolge gli individui che agiscono collettivamente per ottenere una maggiore influenza e controllo sui determinanti della salute. I setting secondo il WHO sono considerati: "Il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere". Per poter raggiungere obiettivi di salute maggiormente equi ed efficaci grande importanza viene data all'empowerment di comunità, grazie alla sua capacità di facilitare le organizzazioni alla partecipazione nei dibattiti pubblici e all'interno dei processi decisionali.

Alcuni esempi di azioni utili a sviluppare comunità che promuovano e favoriscano la salute, tracciate dalla strategia europea *"Gaining health"*, sono: incoraggiare la partecipazione sociale e rafforzare il supporto sociale (es. avviando reti di comunità o mediante la creazione di posti che favoriscano l'interazione sociale); promuovere la responsabilità sociale, la tolleranza e la comprensione delle diversità sociali ed etniche; lavorare sistematicamente in tutti i settori per ridurre i fattori di stress e migliorare la *resilienza*; promuovere la "mobilità attiva", soprattutto negli spostamenti verso la scuola e il luogo di lavoro; consentire a tutti i membri di una comunità di raggiungere il proprio pieno potenziale; aumentare le opportunità di istruzione e di occupazione per le persone con problemi di salute mentale.

In attuazione della Strategia Europea all'interno del contesto italiano è nato il programma "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari", approvato dal Governo Italiano con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007, in accordo con le Regioni e le Province autonome. L'obiettivo principale di tale decreto è la promozione di stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche, agendo in modo integrato e coordinato sui quattro

principali fattori di rischio¹⁸ modificabili: fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica (responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Italia e Europa) .

Va ricordata, inoltre, la più recente strategia europea *Health2020* (WHO, 2013), che a partire dalle grandi strategie per la riduzione delle malattie croniche e la massimizzazione dei “guadagni di salute”, ha posto nuovi e importanti obiettivi per tutte le istituzioni e i decisori che si occupano di salute.

Health2020 ha come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle disuguaglianze, attraverso una più efficace *leadership* e *governance* per la salute, fondate sulla partecipazione (*participatory governance*).

Il documento ribadisce che la salute è un diritto e un bene individuale e collettivo, ma soprattutto che è la maggior risorsa per la società e la comunità locale, soprattutto in periodi di crisi. Il documento si focalizza sui principali problemi di salute che interessano la nostra società individuando quattro ambiti prioritari di azione politica:

1. investire sulla salute considerando l'intero arco di vita e mirando all'empowerment delle persone, con particolare attenzione alla salute mentale di giovani e anziani;
2. affrontare le principali sfide per la salute con approcci integrati e strategie intersettoriali di promozione della salute;
3. rafforzare i servizi sanitari ponendo la persona al centro del lavoro di assistenza e cura; rivitalizzando la sanità pubblica prioritariamente, attraverso gli investimenti sugli assetti organizzativi e sulla formazione degli operatori orientandoli al lavoro di équipe e alla collaborazione intersettoriale;
4. creare e sostenere comunità *resilienti*, sostenere ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.

Health2020 mira a divenire un obiettivo comune e una responsabilità condivisa a tutti i livelli della società, puntando ad una *governance* partecipativa che privilegi la collaborazione e la partnership in seno alla sanità stessa e tra la sanità e gli altri settori della società. Gli interventi, infatti, devono mirare sempre di più alla partecipazione diretta delle comunità alle scelte sulla salute, in modo che gli

18 Condizioni, comportamenti o ambienti biologici o socioeconomici che sono associati o causano una maggiore suscettibilità ad una determinata malattia, disturbo o trauma.

individui possano acquisire un maggiore “controllo” e quindi “empowerment”. Inoltre va favorita la creazione di comunità *resilienti* attraverso la costruzione di partnership con vari segmenti e attori della società, sia pubblici che privati.

Nell’ambito di questi programmi di politica sanitaria si definiscono *comunità resilienti* comunità in grado di agire in maniera pro-attiva a situazioni nuove o avverse; in grado di essere pronte a rispondere a cambiamenti economici, sociali e ambientali, crisi e difficoltà.

Con *ambienti favorevoli*, ci si riferisce ad ambienti che da un lato possano sostenere e facilitare le scelte salutari, dall'altro possano difendere le persone dai rischi derivanti da un ambiente pericoloso, contaminato o ostacolante (inquinamento atmosferico, cambiamento climatico, urbanizzazione non idonea alla mobilità attiva, etc.).

3.2 La Promozione della Salute *nella e con la comunità*

Anche se il WHO e diversi autori di psicologia di comunità e della salute da tempo si interrogano sulla necessità di effettuare interventi di promozione della salute in una ottica proattiva dei cittadini e delle comunità, nel panorama della sanità pubblica italiana la comunità è ancora vista come un setting di intervento, con interventi progettati e implementati *per e sulla* comunità. Poche regioni hanno infatti iniziato a sperimentare alcuni progetti più partecipati, che affrontassero in contemporanea più stili di vita con uno sguardo anche ai determinanti di salute e da realizzarsi *con* la comunità.

La sfida è quella di sviluppare politiche e interventi che abbiano l'obiettivo non solo di fornire informazioni o modificare comportamenti a livello individuale, ma anche di promuovere lo sviluppo di contesti sociali che supportino i comportamenti di salute, che promuovano empowerment, fiducia, capitale sociale, supporto reciproco, coscienza critica e azione collettiva. L'attenzione, in linea anche con un approccio più salutogenico e socio- ecologico, viene spostata dalle strategie di tipo individuale verso un approccio di partecipazione e di sviluppo di comunità (Bracht, 1999). Le azioni rivolte alla comunità dovrebbero fornire alle persone l'opportunità di incontrarsi, di sviluppare legami basati su attività e interessi comuni e di lavorare

insieme su progetti che abbiano come obiettivo il bene collettivo (Saegert *et al.*, 2001).

Comunità, Salute e Partecipazione sono concetti che assumono diversi significati. Se da un lato hanno spesso subito molteplici evoluzioni storiche (si veda ad esempio il concetto di salute), dall'altro faticano a tradursi in prassi condivise ed efficaci: spesso si è assistito ad una pleora di interventi di promozione della salute, realizzati *con e per* le comunità inclusi erroneamente tutti sotto il grande “cappello” di progetti di comunità. Per Goodman e collaboratori (2014) la difficoltà nel definire e nel distinguere chiaramente i confini dei progetti di comunità avviene soprattutto rispetto ai temi dello sviluppo e alla partecipazione della comunità all'interno degli interventi condotti nell'ambito della sanità pubblica. Anche Trickett *et al.* (2011) osservano come per “interventi di comunità” si intendano attività molto diverse sia per l'ampio uso in diverse discipline (fra cui la salute pubblica, la promozione della salute e la psicologia di comunità) che in riferimento alle diverse strategie rispetto alla: ricerca partecipata (Minkler, Wallerstein; 2003) e l'uso di teorie psicosociali per la modifica dei comportamenti individuali (Rotheram-Borus *et al.*, 2000; Reppucci *et al.*, 1999). Tali differenze rendono più difficoltosa una piena comprensione e confrontabilità degli interventi di comunità in particolar modo rispetto alla valutazione d'efficacia del contributo delle collaborazioni della comunità nel raggiungere obiettivi di salute (MacQueen *et al.*, 2001). Per MacQueen e collaboratori (2001) all'interno della sanità pubblica vi è un forte bisogno di consenso sulla definizione di "comunità", poiché la mancanza di una definizione condivisa può comportare, nei diversi collaboratori, formulazioni e applicazioni contraddittorie o incompatibili e scarsamente valutabili. La stessa rappresentazione linguistica di "comunità" infatti può essere collegata a numerose rappresentazioni concettuali (Rosson & Carroll, 2013; Wellman, Haase, Witte, & Hampton, 2001) con una forte accezione positiva (Pogner, 2005), spesso idealizzata o riferita a grandi parti della popolazione che ne influenzano inevitabilmente le progettazioni. In un recente approfondimento sul tema Cicognani (2014) individua due possibili modi in cui una comunità può essere intesa, ovvero come luogo o “contenitore” dell'intervento, essenzialmente bacino di utenza (*community-based intervention*), o come una comunità più complessa all'interno di

una visione più ecologica (*community-level intervention*) che può seguire diversi e più ampi obiettivi di salute.

All'interno della comunità come "contenitore", come bacino di utenza l'obiettivo può andare dalla riduzione dei fattori di rischio (prevenzione) alla promozione delle competenze e skill (promozione del benessere) in cui la partecipazione dei partecipanti è controllata e governata da ricercare primariamente a livello individuale e di piccolo gruppo. Con interventi a "livello di comunità" si intendono invece quelli in senso localistico-territoriale (ad es. quartiere, vicinato), come una arena in cui agiscono e interagiscono gruppi sociali che condividono una comune identità e appartenenza (senso di comunità) ma anche come portatori di prospettive, rappresentazioni e norme sociali, risorse e interessi (Cicognani, 2014). Tali interventi non cercano soltanto di agire sui comportamenti individuali dei membri della comunità attraverso iniziative "top down" ma tese a potenziare le risorse e le competenze di una comunità più ampia. Tale approccio si allarga quindi verso strategie di ricerca-azione partecipata dove i destinatari possono diventare parte attiva dell'analisi dei bisogni e all'interno della co-progettazione degli interventi. Gli obiettivi di tali progettazioni si allargano così anche allo sviluppo di comunità anche attraverso il favorire la creazione di alleanze e coalizioni fra istituzioni e diverse organizzazioni e gruppi formali e informali, mirando altresì al cambiamento sociale (Maton, 2008).

3.3 Collaborazione intersettoriale e partecipazione

Come si possono rafforzare le comunità locali, promuovere un processo di empowerment comunitario, incoraggiando le competenze personali in una ottica di comprensione, sviluppo e azione collettiva per la salute della propria comunità?

Il WHO e diversi modelli di progettazione pongono la collaborazione intersettoriale (coalizioni e partnership) e la partecipazione della comunità come le strategie chiave per promuovere concretamente salute e l'empowerment di comunità.

Inoltre diversi autori hanno sostenuto che questi concetti sono centrali anche nella valutazione sull'efficacia di interventi di promozione della salute (Butterfoss, 2006; Green & Kreuter, 2005; Israel, Schulz, Parker, & Becker, 1998; Jackson *et al.*, 2007; Potvin & McQueen, 2008; Rice & Franceschini, 2007; Wallerstein, 2006).

A partire dalla metà degli anni '90, l'erogazione di interventi attraverso partnership di varie tipologie è diventata una caratteristica onnipresente all'interno della politica sanitaria e dello sviluppo internazionale (Crisp, 2010; Fowler, 2000).

All'interno dei modelli di intervento di comunità vi si possono ritracciare due maggiori filoni di intervento: lo sviluppo di coalizioni e partnership attraverso collaborazioni intersettoriali e lo sviluppo di comunità.

Collaborazione Intersettoriale: l'importanza delle partnership e coalizioni

La collaborazione intersettoriale è definita come “una relazione riconosciuta tra due o più soggetti appartenenti a diversi settori della società, costituita allo scopo di intraprendere azioni finalizzate a raggiungere out come finale e intermedi, rispetto a una problematica specifica, secondo modalità più efficaci, efficienti e sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario” (WHO, 1997). Essa può svilupparsi attraverso partnership e coalizioni (forum, tavoli sociali, coordinamenti) e possono essere viste anche come una alternativa più equa agli approcci top-down che perpetuano le relazioni di dipendenza (Crisp, 2010; Mosse, 2005).

La collaborazione intersettoriale viene sempre più concepita come una cooperazione tra diversi settori della società come il settore pubblico, la società civile e il settore privato. In generale i partecipanti di coalizioni e partnership collaborano per conto non solo della organizzazione che rappresentano, ma anche della collaborazione intersettoriale nel suo complesso che diventa così una organizzazione di organizzazioni (Himmelman, 2002). All'interno della promozione della salute, la collaborazione più frequente che si osserva è quella che si instaura tra professionisti e rappresentanti istituzionali della comunità, che si riuniscono per contribuire a realizzare pratiche di assistenza sociale nelle loro comunità o per perseguire obiettivi di salute nel lungo termine. Queste collaborazioni intersettoriali sono in genere avviate da una o più organizzazioni in risposta ad una specifica proposta di finanziamento. Le collaborazioni possono anche essere classificate in base alle differenze delle funzioni che soddisfano per i loro membri: alcune collaborazioni si limitano allo scambio di informazioni, altre consentono di condividere risorse o fornire assistenza tecnica reciproca, altre ancora consentono lo svolgersi di funzioni e

di pianificazione e coordinamento, altre sono finalizzate all'*advocacy*¹⁹ su temi comuni. La maggior parte delle collaborazioni, partnership per la promozione della salute possono essere ricondotte a una delle categorie appena descritte oppure può focalizzarsi su un problema specifico e *ad hoc* (es. contrasto all'obesità infantile).

Himmelman (2001) A livello operativo distingue le seguenti forme di collaborazioni intersettoriali che possono essere collocate lungo un continuum che va da semplici strategie informali fino a più produttive collaborazioni:

- Networking: *Scambio di informazioni* per reciproci benefici;
- Coordinamento: Scambio di informazioni con *modificazione delle attività* per reciproci benefici;
- Cooperazione: Scambio di informazioni, *modificazione delle attività e condivisione di risorse* per reciproci benefici e per raggiungere uno scopo comune;
- Collaborazione: Scambio di informazioni, *modificazione delle attività e condivisione di risorse, migliorare le capacità di un altro* per reciproci benefici e per raggiungere uno scopo comune attraverso la condivisione di rischi, risorse, responsabilità e meriti, ricompense.

L'azione intersettoriale a favore della salute è considerata centrale sia per raggiungere una maggiore equità di salute che nel garantire una maggiore sostenibilità alle azioni e strategie di promozione della salute.

L'efficacia e i benefici delle collaborazioni è riconducibile a molteplici aspetti. Secondo Wolff (2001) il successo di reti, partnership e coalizioni può essere attribuito a diverse ragioni di ordine economico (una più efficiente gestione delle risorse), culturale (maggiore consapevolezza dei problemi sociali), politiche (azioni di localizzazione del welfare), opportunistiche (nell'attrarre risorse e avere una maggiore massa critica) ma anche ragioni di ordine psicologico (es. maggiore fiducia e reciproco riconoscimento). Altri autori, invece, hanno individuato che alla base dell'efficacia delle collaborazioni vi sia la grande opportunità e generatività che

¹⁹ Advocacy significa farsi promotore e attivamente patrocinare la causa di qualcun altro. Nel campo della salute, l'*advocacy* consiste nell'uso strategico di informazioni e altre risorse (economiche, politiche, ecc.) per modificare decisioni politiche e comportamenti collettivi ed individuali allo scopo di migliorare la salute di singoli o comunità.

emerge attraverso un lavoro multidisciplinare soprattutto rispetto alla costruzione iterativa dei processi di conoscenza. Diversi orientamenti professionali possono infatti condividere una pluralità di prospettive rispetto alla definizione, alla comprensione e alla risoluzioni dei problemi della comunità generando nuove e più complesse conoscenze.

Couturier e collaboratori (2008) in particolare ha utilizzato il termine di “circum-disciplinarietà” (*circum-disciplinarity*) per descrivere lo spazio in cui, attraverso l’incontro e l’ibridizzazione dei diversi punti di vista, può avvenire una trasformazione delle conoscenze e degli attori implicati all’interno di questi scambi. Lawson e Sailor (2000) si riferiscono invece al termine di "generatività", Lasker, Weiss e Miller (2001) hanno usato il termine "sinergia" delle partnership per descrivere il processo attraverso il quale, attraverso un comune lavoro, è possibile acquisire nuovi e diversi modi di guardare i problemi e le loro soluzioni.

All’interno di questa ottica l’incontro tra i partner non si basa su semplice trasferimento di conoscenze, ma si propone come una azione congiunta tra gli agenti che ricoprono diversi saperi (Campbell & Jovchelovitch 2000; Nelson *et al.*, 2004).

In particolare i diversi partner condividono una varietà di idee e spiegazioni circa la natura dei problemi, sulle migliori soluzioni e interventi che potrebbero essere realizzati e sui diversi ruoli che ognuno potrebbe giocare. Ogni attore coinvolto è inevitabilmente influenzato da precedenti esperienze e da altri complessi sistemi di conoscenze che ne influenzano le interazioni e le modalità operative all’interno della collaborazione. La partnership viene così definita da Jovchelovitch (2007) come un incontro situato e generativo tra le esperienze e le conoscenze dei diversi attori che si incontrano all’interno delle partnership.

Tali incontri e benefici che possono scaturire da una collaborazione interdisciplinare sono stati indagati in molteplici contesti, anche all’interno di partnership di ricerca accademica e comunitaria (Maton, Perkins, e Saegert, 2006). Ulteriori benefici rispetto a chi è coinvolto all’interno di questo processo possono essere rintracciati in un aumento dell’empowerment e in una maggiore comprensione dei diversi ruoli professionali (Butterfoss, Goodman & Wandersman, 1993; Green, Daniel & Novick, 2001; Wolff, 2001; Dowling, Powell & Glendinning, 2004; etc.).

Lavorare all'interno di partnership oltre che a benefici personali e culturali si è dimostrato utile anche nell'incidere a livello più sociale e comunitario facilitando la creazione di contesti sociali e comunità maggiormente supportivi, che facilitano e supportano il cambiamento verso comportamenti più salutari (Green & Kreuter, 2005). Butterfoss *et al.* (1993) hanno sistematizzato i diversi benefici derivanti dalle collaborazioni, le coalizioni intersettoriale (tabella 2).

Tabella 2

Benefici della collaborazione intersettoriale

- Consente alle organizzazioni di essere coinvolti in problemi nuovi e più ampi senza una responsabilità esclusiva per la gestione o lo sviluppo di tali questioni;
- Dimostra e sviluppa un sostegno pubblico diffuso per affrontare i problemi, implementare azioni o rispondere ai bisogni insoddisfatti;
- Massimizza il potere degli individui e dei gruppi attraverso una azione congiunta, essi possono incrementare la massa critica alla base degli sforzi collettivi per aiutare le persone a raggiungere gli obiettivi al di là degli obiettivi individuali e specifici delle organizzazioni;
- Riduce al minimo la duplicazione degli sforzi e dei servizi. Questa economia di scala può essere un effetto collaterale positivo per il miglioramento della fiducia e la comunicazione tra i gruppi normalmente in concorrenza tra loro;
- Aiuta a mobilitare più talenti, risorse e strategie per influenzare questioni che ogni singola organizzazione potrebbe raggiungere da sola;
- Fornisce un via per il reclutamento di partecipanti provenienti da diversi settori: politici, imprenditoriale, sociale, gruppi religiosi ma anche i movimenti istituzionalizzati che partono dal basso (grass-roots groups).

Fonte: Butterfoss & al. , 1993

Accanto però a numerosi e potenziali benefici, di cui si riporta solo una parte rispetto alla letteratura esistente, bisogna considerare anche i possibili rischi, insidie e possibili criticità.

Come ci ricorda Wolff (2001) le collaborazioni non si esauriscono nel semplice sedersi attorno ad un tavolo con una varietà di persone e molto possono anche fallire o incontrare numerose difficoltà.

Come evidenziato da Nair e Campbell (2008) molte partnership sanitarie falliscono nel momento in cui, per il raggiungimento di un preciso obiettivo alla comunità viene imposto un intervento dall'alto, dall'esterno e dove gli stakeholders sono coinvolti come target finali e non come soggetti alla pari nel condurre e implementare gli obiettivi della collaborazione (Campbell, 2003).

Inoltre rispetto al coinvolgimento del privato molta attenzione va posta alle possibili asimmetrie di potere, conflitti di interessi o strumentalizzazioni di “whitewashing”, “greenwashing” e “imagetransfer”²⁰ che possono essere utilizzate a dai privati coinvolti. Sempre più spesso infatti multinazionali alimentari finanziano grandi eventi sportivi o di contrasto all'obesità non solo per ripulire la propria immagine ma anche per indurre nel consumatore l'idea che si può anche avere una scorretta alimentazione se accompagnata a del movimento e dello sport.²¹

Altre insidie sottolineate da un recente approfondimento di Albanesi (2014) evidenziano anche le difficoltà di dedicare energie e tempo progetti i cui esiti e garanzie non sono sempre chiare o dove all'interno di non chiari confini organizzativi, di ruolo e problemi di comunicazione vi si possa assistere ad un ritiro e disinvestimento personale.

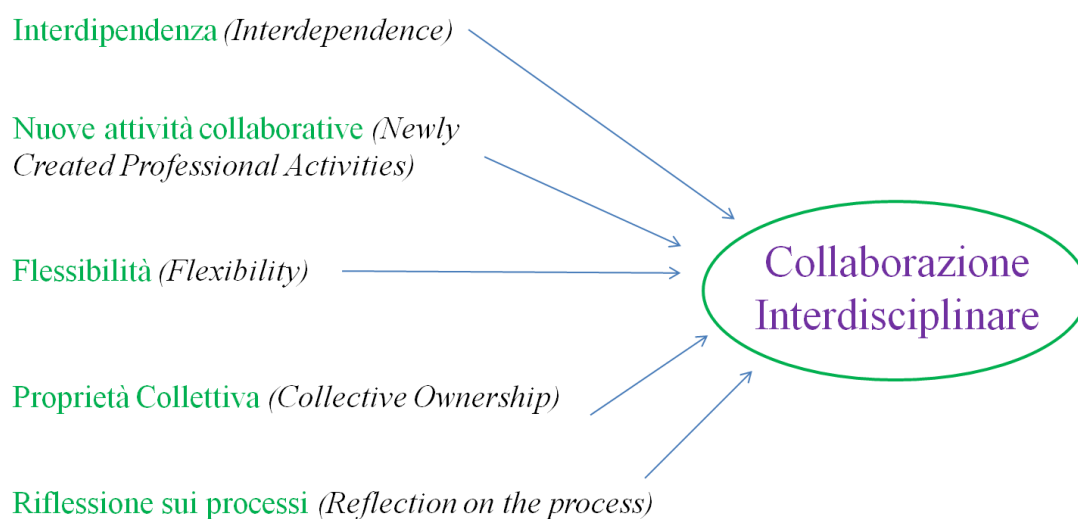
Diversi studiosi e professionisti che da tempo lavorando su questi temi (Granner, Shape, 2004; Goldman, Schmalz, 2008; Ripamonti, 2011; Wolff, Peirce, 2010; De Sario, 2012) sottolineano come siano importanti i processi che sottendono le collaborazioni. Al fine di garantire una partnership e una coalizione efficace si rimanda così ad una buona progettazione partecipata (cfr. Coppo, Tortone, 2011) e alla cura dei processi all'interno dei gruppi, tra cui la condivisione della vision e degli obiettivi, la presenza di risorse e di competenze nella gestione e trasformazione dei conflitti. Wolff (2011) sottolinea che per avere collaborazioni efficaci,

²⁰ Il Whitewashing (sbiancare), il greenwashing e l'immagine trasferita sono tecniche di marketing usate per ripulire, migliorare e trasmettere una migliore immagine della propria azienda <http://www.saluteinternazionale.info/2013/12/bianco-che-piu-bianco-non-si-puo/>

²¹ Su www.azioniquotidiane.info sono stati pubblicati diversi dossier sul tema

valorizzare le risorse e trovare soluzioni e idee per risolvere dei problemi è necessario che gli individui e i diversi sistemi possano interagire effettivamente all'interno di contesti facilitanti e aperti. Alcuni studiosi pongono un buon processo comunicativo all'interno del gruppo possa favorire una migliore efficacia e collaborazione (Temkin-Greener, Gross, Kunitz & Mukamel, 2004) e che la stessa collaborazione si avvale di processi di comunicazione multidimensionali (Bronstein, 2003). Bronstein, a partire da una ampia analisi di letteratura multidisciplinare, dalle teorie ecologiche e dei ruoli ha sviluppato un modello di collaborazione interdisciplinare (2003), che orienterà il secondo studio del presente lavoro. Bronstein ha identificato le componenti chiave che possono influenzare una buona collaborazione individuate nell'interdipendenza, nuove attività collaborative, Flessibilità, Proprietà Collettiva e Riflessione sui processi (vedi Figura 4).

Figura 4: Componenti della collaborazione interdisciplinare (Bronstein, 2003).



Con *Interdipendenza (Interdependence)* si intende la dipendenza e l'affidamento tra i singoli membri del gruppo di lavoro in funzione del raggiungimento di obiettivi e attività. Con *Nuove attività collaborative (Newly Created Professional Activities)* ci si riferisce a quelle nuove attività generate dalle attività di collaborazione, sfruttando le competenze individuali dei membri del team verso obiettivi condivisi difficili da realizzare da soli. Per *Flessibilità (Flexibility)* si intende la capacità dei singoli membri del gruppo di ampliare il proprio ruolo tradizionale assumendo anche nuovi ruoli, responsabilità al fine di migliorare la qualità del servizio/attività

realizzata. Con *Proprietà Collettiva* (Collective Ownership) si intendono quelle azioni per lo sviluppo congiunto e la realizzazione di una missione condivisa. Mentre la *Riflessione sui processi* (Reflection on the process) viene indicata da Bronstein come lo sforzo del team di valutare i propri progressi rispetto agli obiettivi prefissati, di riuscire a sollecitare feedback dai membri del team per poi poterli utilizzare per un continuo miglioramento del servizio/attività. Questo modello di riflessione e di autovalutazione è direttamente collegato anche con la capacità complessiva di un gruppo di comunicare in modo efficiente ed efficace. Così, gli elementi di interdipendenza sono ben integrati negli elementi di riflessione, di feedback e di miglioramento dei processi.

Sintetizzando i prodotti delle collaborazioni si verificano grazie a positivi processi di interdipendenza tra tutti i membri del gruppo di lavoro. Ognuno attraverso un processo di responsabilizzazione, attraverso un processo decisionale collettivo e condiviso, e di flessibilità nel riuscire ad uscire dai propri rigidi ruoli della propria professione può creare nuove attività e obiettivi per il raggiungimento di obiettivi comuni sentiti come propri. La collaborazione inoltre è sostenuta durante tutto il processo attraverso momenti di riflessione che permettono al gruppo di valutare i risultati dei loro sforzi e i potenziali punti di forza e criticità, sviluppando anche processi di crescita e apprendimento. All'interno della promozione della salute tale processo, modello potrebbe favorire inoltre quel senso di proprietà verso temi di salute e benessere della collettiva tali da favorire e sostenere sempre maggiori comunità competenti, autodeterminate, resilienti e sane.

Tutto ciò non può però prescindere, come sottolinea lo stesso (Bronstein, 2003), dalle caratteristiche strutturali (es. tempo, spazio, beni immateriali), personali (es. affidabilità, rispetto, buona qualità della comunicazione), storiche (es. esperienze pregresse positive o negativa sia con questo gruppo che con simili) e del ruolo professionale (in cui si combinano valori professionali con quelli del gruppo di lavoro) che possono influenzare l'intero processo. Questo richiamo ai fattori contestuali, se affrontati con consapevolezza e magari all'interno del gruppo di lavoro, potrebbero costituire una ulteriore opportunità per superare storici ostacoli e favorire occasioni di confronto e crescita.

Tale complessità richiama l'attenzione sul fatto che avviare una collaborazione intersettoriale non sia una semplice operazione matematica, ma presuppone una certa attenzione, cura, consapevolezza verso processi qualitativamente migliori e quindi efficaci.

Partecipazione e salute

Insieme alle collaborazioni interdisciplinari, un'importanza strategica l'assume la partecipazione della comunità e lo sviluppo delle comunità. Mentre la collaborazione intersettoriale ha un grande potenziale per sostenere l'azione comunitaria per la salute (Cramer, Atwood, & Stoner, 2006; Wallerstein, Polascek, & Maltrud, 2002) la partecipazione della comunità diventa necessaria per progettare programmi e interventi che affrontano i determinanti sociali della salute (Wagemakers *et al.*, 2010) e una maggiore giustizia sociale.

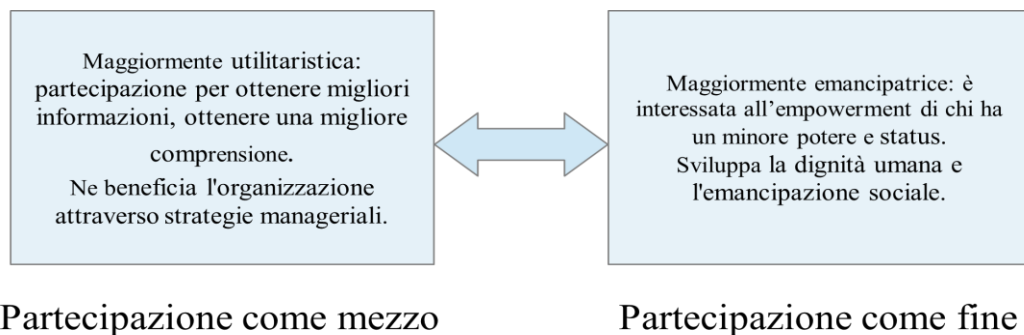
La ricerca ha osservato, in particolar modo, che la partecipazione della comunità aumenta la qualità della vita (Nussbaum 1999), migliora il benessere sociale (Keyes, 1998; Wandersman & Florin, 2000), promuove l'empowerment sociale (Zimmerman & Rappaport, 1988; Chavis & Wandersman, 1990) e rafforza il capitale sociale (Putnam, 2000; Wollabæk & Selle, 2003).

Secondo Campbell e Jovchelovitch (2000), prima di analizzare il legame tra il tema della salute partecipazione, è importante soffermarsi su alcune premesse essenziali. In primo luogo, vi è una crescente consapevolezza della necessità di coinvolgere i gruppi delle comunità locali nelle decisioni strategiche e operative rispetto agli obiettivi dei servizi sanitari e i possibili interventi. In secondo luogo, si sostiene che i gruppi delle comunità locali debbano prendere parte alla progettazione e realizzazione di iniziative, volte alla promozione di comportamenti salutari. Oltre ad un aumentato senso di responsabilizzazione e appropriazione, ciò consente di poter avere all'interno della comunità dei propri pari che possono essere presi come modelli, agevolando così un processo di cambiamento del proprio comportamento (Dube & Wilson, 1996). In terzo luogo, un risultato più indiretto, ma altrettanto importante: il crescente riconoscimento dell'influenza dell'ambiente costruito delle comunità e dell'importanza di lavorare nei quartieri nell'influenzare in modo indiretto gli esiti e le scelte di salute attraverso la presenza e il possibile aumento di coesione sociale e di forti reti locali (Baum, 1999). Lungo questa direzione i

promotori di salute sono sempre più coinvolti in azioni per favorire la costruzione, la facilitazione e lo sviluppo di comunità “abilitanti” alla salute, contraddistinte dalla presenza di fiducia, supporto reciproco e alti livelli di coinvolgimento all’interno di progetti locali realizzati nella propria comunità. Un’idea questa vicina allo sviluppo di comunità competenti in cui la “competenza” si intreccia anche ai temi di salute e di un benessere più complessivo per tutta la comunità.

All’interno dell’ambito sanitario e della promozione della salute la partecipazione dei cittadini può variare da forme puramente simboliche a iniziative che prevedono un forte investimento della comunità, nella determinazione delle scelte di salute che la riguardano. Con il termine *partecipazione* si può intendere il poter prendere parte attivamente alla propria terapia, alla valutazione di una prestazione ricevuta o di un servizio fino a forme più collettive e proattive di partecipazione (es. analisi dei bisogni, progettazione e valutazione partecipata) in cui l’intero processo di analisi, implementazione e valutazione è co-costruito con tutti gli attori della comunità. Cosa si intenda, però, concretamente per partecipazione non trova ancora definizione univoca nella letteratura scientifica (Cooke & Kothari, 2001; Cornwall, 2008); potenzialmente tutte quelle attività che implicano il coinvolgimento delle persone possono essere definite come partecipazione (cf. Cornwall, 2008 per una rassegna critica). Secondo Cooke (2001) un aspetto cruciale è il poter distinguere la partecipazione come fine e come mezzo. Se lo si intende come mezzo essa può favorire, all’interno di programmazioni top-down, un senso di impegno, migliorando l’efficienza e l’erogazione dei servizi a beneficio delle organizzazioni. La partecipazione come fine, invece, secondo Cooke può aumentare l’empowerment e allargarsi anche alle persone solitamente escluse da processi decisionali. Kagan e collaboratori (2011) hanno sistematizzato questa distinzione come nella figura seguente (Figura 5).

Figura 5. Rielaborazione Kagan et al. (2011) Partecipazione come mezzo e come fine



La partecipazione della Comunità può essere definita come il “coinvolgimento attivo di una rete diversificata di membri della comunità” (Goodman *et al.*, 1998) avente lo scopo di migliorare la salute e il benessere sia personale che della comunità stessa (Public Health Agency of Canada; 2007).

Nell’ambito della psicologia di comunità la partecipazione è considerata la pre-condizione e il mezzo per promuovere l’empowerment delle organizzazioni e delle comunità locali (Mannarini, 2004). Essa si fonda su problemi e approcci specifici a livello locale per affrontare i problemi di salute (Israel *et al.*, 1998; Leung *et al.*, 2004), favorendo la capacità di instaurare collaborazioni future e di problem solving (Minkler , 2005; Israel *et al.*, 1998; Bess *et al.*, 2009; Wallerstein, 1999).

La psicologia di comunità, ampliando livelli di analisi della partecipazione, stabilisce un *continuum* individuo-gruppo-comunità e le interrelazioni tra le loro dimensioni intra-personale/interpersonale/posizionale ed etico-politica (Doise, 1976). Beetham *et al.* (2008) suggerisce di analizzare la partecipazione lungo quattro dimensioni: individuale *versus* azioni o iniziative collettive, non strutturata *versus* strutturata, definita temporalmente *versus* continuativa e in ultimo reattiva *versus* proattiva. Inoltre rispetto ad una certa idealizzazione della partecipazione diversi autori hanno evidenziato che ogni partecipazione genera precise asimmetrie di potere dove non sempre vi può essere una vera redistribuzione di potere ma passaggi, trasferimenti di potere da alcuni gruppi ad altri.

La partecipazione è sempre riferita a qualche forma di potere, con due orientamenti fondamentali: dal *basso verso l'alto* (*bottom up*), quando è l'espressione e lo strumento di rivendicazione per l'inclusione di individui, gruppi, sub-culture in arene

decisionali da cui sono o si ritengono esclusi; dall'*alto verso il basso (top down)*, quando è l'espressione e lo strumento di estensione di capacità d'azione controllata e limitata, da parte di chi detiene poteri decisionali verso altri soggetti. La relazione fra partecipazione e comunità va analizzata su due piani, uno soggettivo e l'altro oggettivo. Sul piano soggettivo non c'è senso di comunità senza coinvolgimento nell'azione collettiva; l'appartenenza, ovvero la condivisione di un'identità e di fini comuni, presuppone un certo grado di "presenza sociale", la comunità non può essere passiva, subita, imposta.

Il piano soggettivo rimanda all'intenzionalità e all'azione, ai processi psicologici della partecipazione. Qui la comunità è regolata da norme che presiedono tutti gli elementi (norme politiche, istituzioni politico-amministrative) che contribuiscono al governo del territorio. Questo piano rimanda alle forme di partecipazione che si realizzano interagendo con i vincoli e le risorse dei singoli contesti (Mannarini, 2004). Gli interventi di comunità guardano alla promozione e allo sviluppo del sociale come sviluppo della partecipazione, privilegiano un atteggiamento di impegno verso il cambiamento sociale, lo sviluppo delle competenze e la promozione delle differenze presenti all'interno delle comunità come risorse.

Modelli di partecipazione

Wolff (2010), all'interno dei suoi lavori, sollecita i lettori e i professionisti che si avvicinano ai processi partecipativi di porsi prima alcune ed essenziali domande come ad esempio: si vuole davvero favorire la partecipazione? Si vuole davvero promuovere una maggiore democrazia? E quanta democrazia? Si è davvero intenzionati su precisi temi a condividere i processi decisionali? *E quindi a cedere proprie quote di potere?*

Una classificazione non molto recente, ma ancora attuale che può aiutare a leggere i processi partecipativi lungo queste domande è la scala della partecipazione di Arnstein (1969) che analizza il processo di partecipazione attraverso il diverso controllo e potere che possono esercitare i cittadini nelle decisioni. Esso varia da una partecipazione "di facciata" (tokenism), a un coinvolgimento diretto nel processo decisionale. Kreisberg (1992) vede il potere all'interno di un'azione in comune,

nell'ambito di uno sviluppo congiunto e di una relazione reciproca in cui si giocano i diversi gradi di libertà degli individui. Il potere è letto in termini di capacità di azione, di mobilitazione di risorse, di utilizzo degli elementi indispensabili a mantenere o far evolvere i sistemi sociali organizzati nei quali gli attori sono impegnati. Non si parla di potere in termini negativi: al contrario, esso è contemplato nei suoi aspetti positivi e creativi. Declinato quale capacità relazionale reciproca, nei termini di *potere con*, piuttosto che di *potere su*.

Altri ricercatori come Pimbert e Pretty (1995) distinguono la partecipazione in: partecipazione passiva, partecipazione alle informazioni date, consultazione, partecipazione con incentivi materiali, partecipazione funzionale, partecipazione interattiva, automobilitazione. In particolare rispetto ad altre scale già presentate nella *partecipazione con incentivi materiali*, i cittadini partecipano fornendo risorse, quali lavoro, denaro, altro, senza però essere coinvolti nel processo di sperimentazione e apprendimento. Nella *partecipazione funzionale*, i cittadini partecipano attraverso gruppi di lavoro funzionali alla realizzazione di obiettivi predeterminati collegati con il progetto principale. Tale partecipazione tende ad apparire dopo la definizione, da parte dei decisori più forti, delle scelte più rilevanti. Nella *partecipazione interattiva* i cittadini partecipano insieme ai promotori delle iniziative, fin dalla fase di analisi che porta all'elaborazione di piani d'azione, alla formazione di nuovi gruppi di interesse locali al rinforzo di quelli esistenti. In questa forma di partecipazione si evidenziano punti di vista multidisciplinari, attraverso processi di apprendimento sistematici e strutturali. Nella "automobilitazione" i cittadini partecipano, assumendo iniziative autonome, indipendenti dalle istituzioni preposte. Tale mobilitazione può essere in contrasto con i sistemi di potere esistenti. All'interno, invece, di spazi deliberativi pubblici Williamson e Fung (2004) hanno suddiviso la partecipazione lungo sei categorie: manipolazione, informazione, consultazione, partnership, delega di potere e controllo dei cittadini.

Attraverso la *manipolazione* si cerca di indurre nei cittadini l'accettazione delle politiche e della decisioni mentre a livello *informativo* si cerca di trasferire informazioni in modo unidirezionale e non interattivo. Attraverso la *consultazione*, invece, viene richiesto ai cittadini di poter contribuire attraverso dei propri feedback che però non ne garantiranno una reale accoglienza e modifica delle decisioni (il

potere decisionale finale rimane comunque lontano dal controllo dei cittadini). Attraverso le *partnership* le istituzioni possono invitare cittadini, associazioni come partner all'interno di processi decisionali. Talvolta tale azione può essere usata in modo strumentale per giustificare alcune scelte comunicate come condivise da un gruppo più allargato e rappresentativo. Con la *delega* di potere gli autori si riferiscono a quei rari casi in cui il governo, le istituzioni possono delegare l'autorità o alcuni processi decisionali a dei precisi gruppi e associazioni anche attraverso la gestione di specifici fondi. L'ultimo livello il *controllo dei cittadini* dove vi possono essere dei temi che si aprono alle proposte e alle decisioni della cittadinanza.

Wilcox (1994), sempre a partire dalla scala della partecipazione di Arnstein, ha proposto altri cinque livelli di partecipazione, che variano in base all'aumento del livello di controllo da parte di chi è coinvolto, il livello dal 3 al 5 caratterizzano la partecipazione sostanziale.

Tabella 3. *Livelli di partecipazione (tradotto da Kagan et al., 2011)*

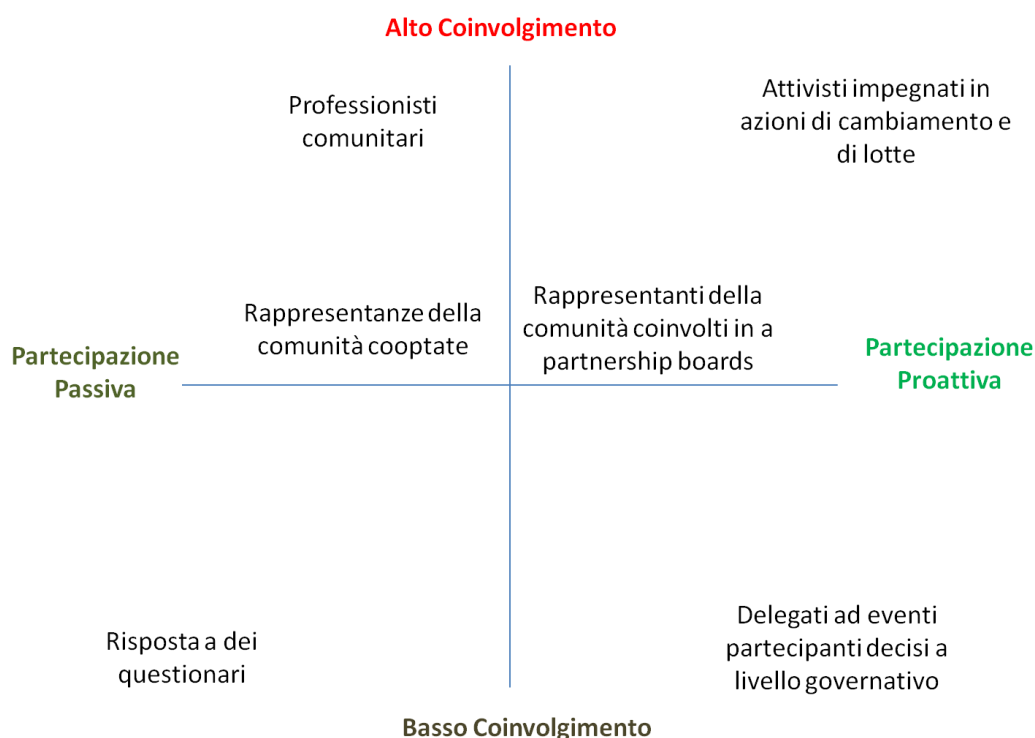
Livello di Partecipazione	Attività
1. Informazione	Raccontare alle persone cosa è stato pianificato
2. Consultazione	Offrire un numero di opzioni e ascoltare feedback
3. Decidere Insieme	Incoraggiare le persone ad aggiungere nuove idee, opzioni e nell'unirsi nel decidere sul modo migliore di procedere
4. Agire Insieme	Decidere insieme e impegnarsi, nel raggiungere e realizzare quanto stabilito
5. Supportare iniziative comunitarie indipendenti	Le persone sono supportate, aiutate nel realizzare ciò che desiderano anche in termini di consulenze e sovvenzioni.

La partecipazione può essere analizzata solo attraverso la dimensione del controllo, del potere o può vedere anche combinazioni diverse in base ai differenti aspetti? Anche per rispondere a questa domanda Kagan (2011) ha cercato di combinare diverse classificazioni della partecipazione creando una "mappatura" della partecipazione (Figura 6) all'interno di due dimensioni della partecipazione relative

all'attivismo e all'impegno. Le dimensioni della partecipazione analizzate si dividono in:

- partecipazione proattiva *versus* passiva;
- alto e basso impegno

Figura 6. Rielaborazione Kagan et al. (2011) Mappatura della partecipazione



All'interno del quadrante della partecipazione proattiva e alto coinvolgimento possiamo trovare due gruppi:

- gli attivisti comunitari (alto coinvolgimento, alta partecipazione) che a partire dall'identificazione dei propri bisogni pianificano e implementano le diverse attività;
- rappresentanti e i membri della comunità che sono, possono essere coinvolti in partnership e progettazioni partecipate

Al di là delle diverse classificazioni esistenti, come sostenuto anche da Cornwall (2008), è importante comprendere le concezioni e le motivazioni di coloro che adottano e praticano approcci partecipativi. Infatti chi attiva una strategia partecipativa stringe un'alleanza, ma spesso può mantenere il controllo sia della distribuzione delle risorse sia della presa di decisioni, pur coinvolgendo nelle proprie azioni diversi rappresentanti della comunità, in molti casi gruppi sociali privilegiati, univocamente considerati rappresentanti delle istanze di un gruppo o personali.

La partecipazione può quindi assumere diversi significati: dalla partecipazione intesa come “esserci, far parte di un processo”, che richiama il concetto di coinvolgimento e fornisce opportunità di riconoscersi e di essere legittimati nei propri problemi e nelle proprie potenzialità, a una partecipazione intesa come “contare, influenzare le scelte”, dove è implicita la capacità di intervenire nel processo decisionale, anche da parte di coloro che normalmente sono esclusi dall'elaborazione dei programmi di salute. Inoltre, come illustrato anche dal modello di Kagan (2011), il livello di impegno e protagonismo può variare lungo diverse dimensioni e all'interno di progetti di promozione della salute non si può escludere che diversi attori coinvolti possano trovarsi nei diversi quadranti indicati dove un modello ideale di partecipazione dovrebbe trovarsi all'interno del quadrante (Figura 6) in cui si intersecano un maggiore, alto impegno e protagonismo.

Alcuni costrutti psicosociali della partecipazione

Anche se indagati rispetto ad altre forme di partecipazione (civica e politica) diversi ricercatori hanno indagato numerosi costrutti psicologici coinvolti nella partecipazione e rispetto all'azione sociale, che possono variare da quelli più strettamente individuali a quelli influenzati da aspetti più gruppali e sociali (cfr. Mannarini, 2004). Approfondire alcuni di questi aspetti diventa importante per poter comprendere come non basti solo promuovere partecipazione decisionale ma sia necessario considerare anche alcune dimensioni psico-sociale da poter promuovere o considerare nel momento in cui si sceglie di promuovere progetti partecipati.

Tra le *variabili individuali* ritenute antecedenti al fenomeno della partecipazione, incide soprattutto la percezione dell'influenza percepita sulla vita politica e sociale: oltre alla concezione che il soggetto ha di sé stesso come membro di un gruppo

(identità sociale, identificazione nell'*in-group* ed i conflitti con l'*out-group*); assumono infatti una notevole rilevanza i costrutti di *self efficacy*, *empowerment* e *political efficacy*, ritenuti buoni prerequisiti per condurre il singolo verso qualche forma di partecipazione.

Tra i *fattori di gruppo e sociali* promotori di un'azione collettiva si ripresenta la percezione di poter agire in modo efficace (*group efficacy* e *collective efficacy*), a cui si aggiungono la percezione dell'esistenza di conflitti, i fattori economici, l'ambiente fisico e alcune variabili demografiche. Tra le altre conseguenze figurano, a livello individuale, un incremento nella percezione della propria efficacia nell'esercitare un controllo sull'ambiente e l'acquisizione di nuove abilità, mentre a livello collettivo, oltre ad un aumento di conoscenze, vi possono essere cambiamenti di atteggiamenti, riduzione del senso di estraneità rispetto alla propria comunità e maggior importanza conferita alle relazioni di vicinato.

È emerso, inoltre, che la relazione individuo-contesto sia modulata da alcune dinamiche sociali e socio-cognitive (Mannarini, 2004):

- la percezione che le persone hanno della situazione, cioè l'identificazione dei bisogni. Un cittadino che ha consapevolezza della necessità di cambiamento si impegnerà a partecipare probabilmente in misura maggiore rispetto ad un soggetto che non ha questa consapevolezza;
- la percezione di autoefficacia individuale e collettiva, connessa al *locus of control* interno²²;
- i processi d'identificazione e rafforzamento dell'autostima prodotti dall'appartenenza gruppale (identità sociale);
- il grado della coesione della comunità alla quale si appartiene, dato da diversi fattori tra cui il tasso di interazione fra gli individui, il supporto reciproco, l'appartenenza, ecc.;
- l'attaccamento al luogo e l'investimento nella dimensione locale. Il radicamento territoriale permette una maggiore conoscenza dei problemi ed

²² Gli individui con *locus* interno percepiscono gli eventi come una conseguenza delle proprie azioni e dunque controllabili, mentre un *locus* esterno porta ad interpretare le situazioni come indipendenti dalle proprie azioni, dunque incontrollabili da parte del soggetto. (Rotter, 1966)

una maggiore consapevolezza emotiva e sociale;

- i fattori organizzativi: la struttura, il clima sociale delle organizzazioni in cui si esplica la partecipazione hanno effetti sull'impegno ed il coinvolgimento delle persone.

Altri costrutti messi in relazione e predittori dei fenomeni di partecipazione sono: il comportamento prosociale, il costrutto di *empowerment* e il senso di comunità.

Nessuno di questi costrutti, presi singolarmente, può, però, determinare la partecipazione che spesso si rende possibile grazie all'intreccio tra questi e più fattori (Mannarini, 2004).

Come riportato anche da Catallani (1997) "perché il soggetto compia un'azione è necessario che egli abbia la competenza cognitiva che gli consente di concepire e pianificare l'azione (in termini di conoscenza e interesse per il contesto politico), ma è altrettanto importante che il soggetto abbia o percepisca di avere, il potere (la capacità) di compiere l'azione stessa" .

L'*empowerment*, sia riferito al livello individuale, che a quello grupppale e a quello di comunità, è un concetto che designa il controllo come capacità, reale o percepita, di poter intervenire sulle decisioni, la consapevolezza critica di come funzionano le strutture di potere e dei processi decisionali e la partecipazione come strumento per ottenere i risultati previsti (Zimmerman, 1999).

La letteratura specialistica considera la partecipazione dei cittadini come un processo in cui i soggetti prendono attivamente parte alle diverse fasi decisionali nelle istituzioni, nei programmi e negli ambienti in cui sono coinvolti (Heller *et al.* 1984; Churchman, 1987; Wandersman & Florin, 2000) per queste caratteristiche, è considerata strettamente legata al sentimento di appartenenza ad una comunità (Sarason, 1974). Un ruolo preponderante è attribuito al *senso di comunità*, che insieme agli aspetti cognitivi quali l'atteggiamento e le opinioni verso la partecipazione, concorre alla decisione individuale di diventare parte attiva nella vita sociale o politica.

Il senso di comunità è ritenuto un predittore significativo se considerato in relazione sia al singolo sia al gruppo. La ricerca empirica (Davidson e Cotter, 1989) ha documentato il legame tra varie forme di partecipazione politica e il senso di

comunità, definito da McMillan e Chavis (1986) come il sentimento che i membri hanno di essere importanti gli uni per gli altri, nonché la fiducia condivisa che i loro bisogni verranno soddisfatti dall'impegno di tutti. La partecipazione e il senso di comunità sono viste come due dimensioni circolari strettamente intrecciate in un sistema circolare di reciproca relazione e influenza causale dove chi è dotato di maggior senso di comunità è più incline all'impegno sociale e politico e, in seguito alla propria partecipazione, rafforza ulteriormente il legame con il proprio territorio. Inoltre entrambi i costrutti sono considerati come fattori chiave interdipendenti che promuovono lo sviluppo della comunità, in grado di favorire l'abilità delle comunità di attivare le proprie risorse umane interne, risolvere i problemi e promuovere l'empowerment sociale (Talò *et al.*, 2013).

In una recente meta-analisi (Talò *et al.*, 2013) è emerso come il Senso di comunità, la partecipazione comunitaria e l'efficacia politica sono interconnesse, suggerendo che la prevalenza e la densità dei legami di parentela, amicizia, le reti dei conoscenti e il livello di partecipazione all'interno di organizzazioni comunitarie possa rafforzare l'emergenza di una efficacia collettiva, la solidarietà e la fiducia reciproca (coesione sociale) tra i residenti di una comunità insieme alle aspettative di azioni di controllo sociale (Browning *et al.* 2004, pp. 506–507). Una comunità competente, con un elevato senso di comunità che stimola, favorisce e promuove forme di partecipazione non è solo indice di una comunità empowered, ma è altresì elemento che stimola e rinforza il senso di appartenenza e di coesione al territorio, al gruppo e alla comunità. Rispetto al tema della salute il coinvolgimento dei cittadini si è dimostrato fondamentale per i programmi che affrontano temi come la disassuefazione dal tabacco, il contrasto all'obesità, la prevenzione del cancro, di malattie cardiache, e altri problemi di salute (Ahmed *et al.*, 2010; Minkler *et al.*, 2008; ATSDR, 2011) e come strategia per ridurre le diseguaglianze sanitarie, soprattutto nelle comunità svantaggiate (WHO, 2013; WHO-Nairobi, 2009; WHO, 2006; Glanz, Lewis & Rimer, 1997; Wallerstein, 1992; Rappaport, 1984).

La partecipazione, infatti, consente potenzialmente ai cittadini di prendere consapevolezza dei fattori che influenzano la propria salute, dei bisogni e delle risorse della comunità a cui appartengono, facilitando, altresì, una responsabilizzazione e presa di coscienza rispetto alla possibilità di individuare

collettivamente soluzioni ai problemi locali (Baum, 2008; Campbell, 2004; Robinson & Elliott, 2000; Blackburn, 2000, Zani & Cicognani, 2000, Israel *et al.*, 1994; Zimmerman *et al.*, 1992). Così facendo si favorisce anche un maggiore “controllo” della salute individuale e della propria comunità (WHO, 2013).

La partecipazione, quindi, aumenta quindi sia la probabilità che i cittadini modifichino i propri comportamenti dannosi per la salute sia la possibilità che si impegnino in attività di *lobbying* per la creazione di contesti comunitari e politiche locali maggiormente favorevoli a stili di vita salutari (Campbell & Murray, 2004). Ciò produce anche effetti positivi sull’empowerment (Wallerstein, 1994; Kieffer, 1984), sul benessere psicologico e sulla salute mentale (Albanesi, Cicognani, & Zani, 2007), sulla fiducia sociale (Flanagan, Gill & Gallay, 2005), sul senso psicologico di comunità (Speer, Peterson, Armstead, & Allen, 2013) e sull’efficacia collettiva (Ohmer, 2007).

Inoltre la partecipazione incrementa il capitale sociale (Jarrett, Sullivan, & Watkins, 2005) della comunità favorendo un processo di crescita della comunità locale (Serrano Gonzales, 1991) e la costruzione di una "comunità competente " (Iscoc, 1974), con esiti non trascurabili sulla salute individuale e della comunità. Vivere in comunità con alti livelli di coinvolgimento e capitale sociale può avere effetti benefici sulla salute e sul benessere (De Clercq *et al.*, 2012). Infine la partecipazione della comunità favorisce il riconoscimento, il rispetto, e il futuro sviluppo di progetti già in essere, il senso di appartenenza e di interdipendenza (Eng *et al.*, 1985; Steuart, 1975).

Nell’ambito degli interventi di promozione della salute i benefici potenziali derivanti dalla partecipazione civica, all’interno di coalizioni comunitarie, per i membri della comunità e professionisti del settore sanitario comprendono: opportunità per il *networking*, l’accesso alle informazioni e alle risorse, il riconoscimento personale, l’apprendimento, la risoluzione dei problemi della comunità, il miglioramento delle relazioni tra gli attori coinvolti, maggiore capacità di *problem solving*, e il contatto con popolazioni difficili da raggiungere (Butterfoss, 2006).

Gli interventi professionali che si focalizzano sulle persone e i gruppi all’interno dei contesti socioculturali, organizzativi e territoriali nei quali vivono, sono ambiti propri della psicologia di comunità e sono gli stessi in cui è possibile “intercettare” le

persone e attivare con loro processi che mirino all'empowerment attraverso una prospettiva valoriale di tipo emancipatorio, che enfatizzi i valori e la dignità della persona ad ogni livello sociale; sostenga con forza la rappresentazione di una società democratica e partecipativa, capace di esprimere, nei rapporti con i suoi membri e nei vari servizi resi, i principi di solidarietà, sussidiarietà, equità, giustizia sociale ed eguaglianza.

Un altro aspetto che viene messo in relazione alla partecipazione e la possibilità di rintracciare quegli aspetti di "qualità" che possono definire un processo partecipativo. Ferreira, Azevedo e Menezes (2012) e successive ricerche hanno cercato di raccogliere informazioni sulle esperienze di partecipazione sociale, sulla loro «qualità percepita» e i possibili effetti diretti e indiretti sul senso di comunità, l'intenzione a continuare a partecipare e lo sviluppo degli adolescenti. Inoltre, l'azione riflessiva che può generarsi in contesti di partecipazione non comporta solo la collaborazione e la deliberazione democratica, ma anche l'uso strategico del potere e il conflitto pubblico per contenere i responsabili delle decisioni (Schutz, 2011). L'apprendimento che avviene attraverso le organizzazioni comunitarie non solo aiuta a comprendere i sistemi complessi e ad identificare possibili interventi per raggiungere i cambiamenti desiderati, ma facilita anche la comprensione dei principi di base che si istaurano nelle dinamiche di potere locali

Pochi studi però hanno cercato di testare precise ipotesi esplicative circa gli esiti, non necessariamente positivi (Youniss & Yates, 1997, 1999; Menezes, 2003; Flanagan, 2004; De Piccoli, Colombo & Mosso, 2004; Larson, Hansen & Moneta, 2006; Vieno, Nation, Perkins & Santinello, 2007; Klar & Kasser, 2009). Ad esempio alcuni studi effettuati su membri di gruppi omogenei hanno dimostrato come ad alti livelli di partecipazione non sia corrisposto un alto livello di fiducia generalizzata e cooperazione con persone di diversi gruppi (Theiss, Morse & Hibbing, 2005), ciò a suggerire che non sia sufficiente la partecipazione di per sé, ma che possano essere implicati altri fattori.

La partecipazione quindi non può essere tutta "buona" o tutta "cattiva", ma occorre analizzarla all'interno dei processi, contesti e obiettivi entro cui si produce, dal punto di vista di chi è produttore e facilitatore dei processi di partecipazione (obiettivo del primo studio qui presentato) e rispetto alle possibili relazioni, effetti che una

partecipazione di qualità può facilitare nei cittadini e operatori coinvolti nei processi partecipativi (obiettivo del secondo studio qui presentato).

Capitolo IV

Promuovere Salute in Emilia-Romagna: I Progetti di Comunità

Come si evince dal documento regionale “Promozione della salute: un patrimonio per tutti. Rassegna di esperienze del Servizio sanitario regionale dell’Emilia-Romagna” (Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2014), la Regione Emilia-Romagna è caratterizzata da un’antica cultura della partecipazione, della solidarietà, della responsabilità sociale e della coesione tra individui. La partecipazione è ritenuta una pratica consolidata fin dai Piani per la Salute e, insieme a *equità* e *integrazione*, è tra i principi fondanti della visione del nuovo Piano regionale della prevenzione 2015-2018 e dei rispettivi PLA (Piani Locali Attuativi) delle Aziende Usl. Diversi sono stati i programmi per la promozione di corretti stili di vita che, dal 2006, hanno attivato interventi rivolti sia all’intera popolazione, con il coinvolgimento degli specifici *stakeholders*, che progettati in modo partecipato con i destinatari, anche se spesso focalizzati su un singolo fattore di rischio.

Nonostante il generale consenso sull’importanza di promuovere la partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento della comunità, al fine di migliorare l’empowerment individuale e di comunità, la salute generale e ridurre le disuguaglianze in salute, emergeva un’importante necessità di sviluppare e rinnovare le competenze professionali del personale sanitario. Inoltre la crescita professionale, attraverso l’azione concreta, è vista come uno strumento d’ausilio per gli operatori sanitari nello sviluppare e implementare programmi e interventi che corrispondano a questo nuovo paradigma (Ziglio *et al.*, 2011; Tremblay *et al.*, 2012). Tali trasformazioni hanno condotto alla necessità di re-orientare e rinnovare le pratiche professionali in contesti organizzativi spesso rigidamente resistenti all’integrazione e all’innovazione.

Tali problematiche diventano concrete all’interno dei dipartimenti di sanità pubblica, dove si è assistito ad un forte passaggio da un ruolo fortemente prescrittivo e di vigilanza a quello di facilitazione, *stewardship*²³ e *advocacy* sui temi più ampi della

²³ La Stewardship è la strategia di gestione responsabile che introduce un principio etico nella valorizzazione delle risorse, favorendo la convergenza di interessi e contributi diversi nei processi decisionali. Gaining health The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases . L’applicazione di tale ruolo comporta la promozione del miglioramento del sistema nel suo complesso, in particolare dell’efficienza e dell’efficacia della azione di governo del sistema sanitario.

promozione della salute. Per questo motivo, l'evoluzione più recente dell'azione regionale sul tema ha visto la promozione di un Programma *ad hoc*; la definizione di progetti più complessivi rivolti ad un'intera comunità, a livello locale e per l'Area Vasta, integrando le azioni di contrasto ai fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo e abuso di alcol), coinvolgendo appieno enti locali e i diversi attori della comunità, nelle fasi di progettazione, esecuzione e valutazione.

Il Programma è stato avviato nel primo semestre del 2012 con un censimento delle attività realizzate con le comunità nell'ambito del programma "Guadagnare Salute" che prevedevano il coinvolgimento della comunità. Sono state raccolte le segnalazioni di ventitré interventi, provenienti da sette delle undici Aziende Usl della regione, dalla cui analisi è emerso che:

- 20 su 23 mostravano la presenza di esigui elementi legati ad un approccio di comunità;
- 2 non vedevano la presenza della comunità ad alcun livello;
- Solo uno presentava appieno le caratteristiche di multi-fattorialità, partecipazione e attivazione della comunità.

I gruppi di lavoro dei ventitré interventi sono stati successivamente coinvolti, insieme a Dirigenti e funzionari regionali della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (ex Direzione Generale Sanità e politiche sociali e per l'integrazione), a Direttori di Unità Operative e Referenti per il programma Guadagnare Salute dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl della Regione - nella stesura di un bando di finanziamento per interventi sperimentali di "Guadagnare Salute in contesti di comunità" con il fine di porre i requisiti del bando nel punto di equilibrio tra ciò che era auspicabile fare e quanto era allora possibile in ragione delle risorse presenti nelle Aziende USL, e nei territori, e del livello di competenze professionali da cui il percorso partiva.

Attraverso tale percorso condiviso, nel 2013 è stato attivato un bando (DGR n. 744/2013, n. 1715/2013) per selezionare progetti, le cui caratteristiche principali dovevano essere: coinvolgimento di due o più Aziende Sanitarie e di comunità di almeno 10.000 abitanti; approccio integrato ai determinanti individuati dal programma ministeriale *Guadagnare Salute* (alimentazione, attività fisica, fumo e

alcool); coinvolgimento, fin dalla progettazione, della componente sociale, sanitaria ed educativa; partecipazione attiva dei destinatari; attenzione all'equità, alla sostenibilità e alla valutazione (metodi, indicatori di processo e di risultato).

Il percorso ha previsto il coordinamento complessivo da parte di un Gruppo regionale dedicato, che negli anni ha subito diversi allargamenti (fino ad includere tutti i responsabili dei progetti di comunità) e cambiamenti. Il gruppo di coordinamento ha individuato i requisiti fondamentali che i progetti avrebbero dovuto rispettare, non imponendo, però, un preciso modello di progettazione e intervento; lasciando così la libertà ai diversi territori di sperimentare progettazioni e processi partecipativi che ritenevano più idonei e che erano concretamente realizzabili con le comunità individuate e in base alle proprie risorse organizzative e culturali.

Come indicato all'interno di diversi materiali regionali (Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2014) i Progetti di Comunità nascono dal presupposto che la salute sia un processo multidimensionale e che multipli siano i fattori di rischio. Si basa su un approccio salutogenico orientato verso interventi di promozione della salute. Essi mettono in campo iniziative basate su competenze multidimensionali e multidisciplinari di carattere epidemiologico, sociologico, psicologico di comunità, educativo e politico-amministrativo. La loro efficacia si basa sul fatto che riguardino un ambito territoriale specifico, sulla loro contestualità, misurabilità e sul coinvolgimento attivo dei diversi attori, nonché sulla grande capacità di integrazione con i programmi di comunità già in essere nei vari ambiti regionali, che già corrispondono ai criteri di corretta metodologia e provata efficacia.

Le uniche indicazioni metodologiche, oltre a quanto già previsto nel bando, sono state: la richiesta di seguire le indicazioni del modello di progettazione partecipata PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005), e la compilazione di una scheda di monitoraggio semestrale con la duplice funzione di valutazione di processo (valutazione dei processi di partecipazione attivati, aderenza del progetto ai requisiti di rispetto dell'equità, verifica delle criticità) e autoformazione per i membri dei gruppi dei progetti locali. Nella fase iniziale sono stati previsti dei momenti formativi dedicati a tutto il personale coinvolto nelle progettazioni di comunità, con il duplice

scopo di approfondire alcuni temi specifici e di favorire la creazione e il rafforzamento di reti personali e professionali tra gli operatori coinvolti.

Gli obiettivi della Regione erano: approfondire le conoscenze teoriche e pratiche dei gruppi di lavoro delle Aziende USL, necessarie agli interventi di comunità per la promozione della salute, favorire la nascita e il consolidamento di una comunità di pratica coesa, competente ed efficace. Il vincolo di lavorare su più Aziende USL della stessa Area Vasta voleva rispondere ad obiettivi multipli tra cui favorire:

- il reciproco sostegno tra realtà più forti e realtà più in difficoltà (o in crescita);
- la nascita di comunità di pratica tra territori vicini;
- collaborazioni e omogeneizzazioni, utili per future possibili riunificazioni della Aziende Usl ²⁴.

Secondo il percorso sopra descritto, sono pervenute otto domande di finanziamento per interventi ex DGR n. 744/2013, n. 1715/2013 di cui, attraverso una graduatoria di merito, ne sono stati finanziati soltanto sei.

Tra di essi, nonostante le indicazioni regionali, sono presenti progetti che vedono la comunità principalmente come *setting*, oppure come *target* di cambiamento, come *risorsa*, o infine come soggetto attivo (*agente*) con diversi livelli di partecipazione al suo interno.

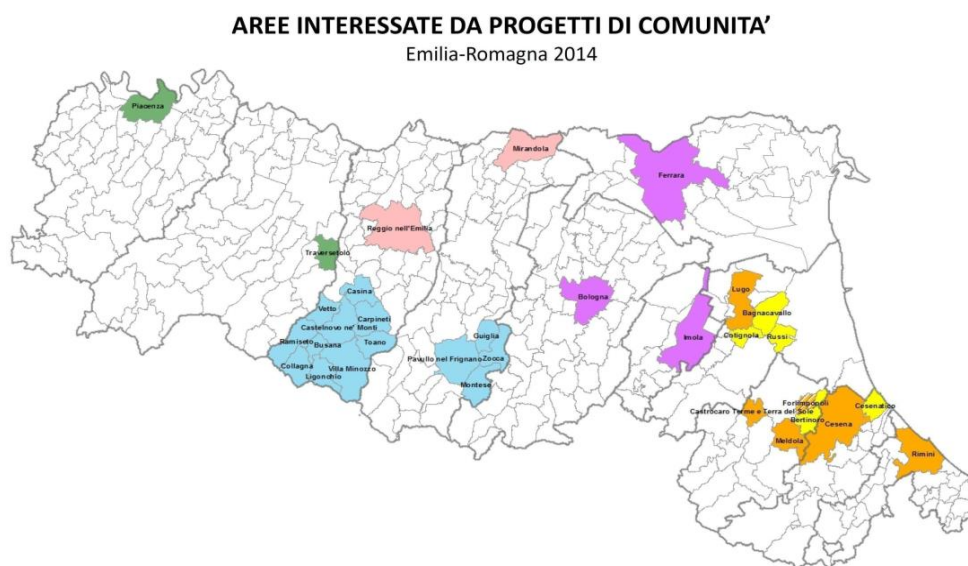
Di seguito i sei progetti in cui da febbraio 2014 sono stati i progetti di comunità.

- *Cantiere Salute - Una comunità che guadagna salute* (Azienda Usl di Piacenza e Parma), Quartiere Besurica di Piacenza e il Comune di Traversetolo (Parma).
- *Montagne di salute* (Azienda Usl Modena e Reggio Emilia) che coinvolge 16 comuni, tra cui: Busana, Casale Monferrato, Casina, Carpineti, Castelnovo ne' Monti, Collagna, Guiglia, Ligonchio, Montese, Pavullo, Ramiseto, Rozzano, Toano, Vetto, Villa Minozzo e Zocca.

²⁴ Attualmente infatti la prima Azienda Usl che ha avviato il processo di unione è stata l'Azienda Usl della Romagna che ha inglobato le aziende Ausl di Rimini, Cesena, Ravenna e Forlì. Le altre unificazioni stanno avvenendo gradualmente.

- *Giovani e salute* (Azienda Usl Reggio Emilia e Modena), quartiere zona nord-est di Reggio-Emilia e il comune di Mirandola (MO).
- *Alla salute! I cittadini imprenditori di qualità della vita – Piacere mi chiamo Salute* (Azienda Usl Bologna, Imola e Ferrara), quartiere Navile di Bologna, comune di Imola e Circostrizione 4 – Ferrara.
- *La casa della salute per guadagnare salute* (Azienda Usl Ravenna, Forlì-Cesena ora Azienda Usl della Romagna), nei comuni di Bagnacavallo, Bertinoro, Cesenatico, Cotignola, Forlimpopoli, Russi.
- *GINS – Gruppi in salute* (Azienda Usl Forlì, Cesena, Rimini e Ravenna ora Azienda Usl della Romagna), nei comuni di Cesena, Forlì, Rimini, Ravenna.

Figura: 7 Aree interessate da progetti di Comunità



Fonte: Regione Emilia-Romagna

I progetti si concluderanno entro il prossimo Aprile 2016 e dopo una prima fase di analisi delle valutazioni condotte localmente e di tutte le schede semestrali di monitoraggio pervenute si procederà ad una valutazione partecipata, che permetterà di orientare le nuove progettazioni di comunità, così come previsto dalla scheda 2.8 “Progetti di Empowerment di Comunità” del recente Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (DG 771/2015). Anche le ricerche, presentante, all’interno di questo lavoro costituiranno un momento di analisi e confronto con i Dirigenti e operatori coinvolti all’interno di queste progettazioni di Comunità.

Capitolo V

La partecipazione dei cittadini nella promozione della salute: la prospettiva degli esperti

“Lo studio della pratica professionale crea sfide uniche per i ricercatori qualitativi; essa implica l'analisi dell'applicazione delle conoscenze scientifiche e professionali per la risoluzione dei problemi umani” (p.2). Walmsley (2004)

Il nuovo paradigma di salute pubblica emerso nel 1986, attraverso l’emanazione della Carta di Ottawa per la promozione della salute, ha segnato un’evoluzione dei tradizionali modelli individualistici di educazione sanitaria. Ciò ha comportato un re-orientamento verso approcci di analisi e intervento maggiormente ecologici, intersettoriali, sostenibili e orientati a processi partecipati, di empowerment di comunità, di analisi e di intervento sui determinanti di salute e sulle diseguglianze sociali. Da allora, numerose riflessioni e ricerche hanno evidenziato la difficoltà per i professionisti sanitari di tradurre i “discorsi” in azioni (Wise e Nutbeam 2007; Ziglio *et al.*, 2011), dove, nonostante la forte enfasi attribuita alla partecipazione dei cittadini, sovente si assiste a forti divergenze di opinione e prassi in particolar modo rispetto agli attori da coinvolgere nei processi partecipativi.

Emerge infatti una distinta visione tra gli operatori che li contrappone verso un orientamento di “eccellenza tecnocratica”, e quindi un maggiore coinvolgimento di esperti, rispetto ad uno di maggiore diffusione di “responsabilità democratica”, dove si cerca di coinvolgere e includere molti più soggetti in un'ottica di responsabilità diffusa a prescindere da precisi ruoli istituzionali (Renedo & Marston, 2011; Barnes & Coelho, 2009; Hogg, 2007; Martin, 2008).

All'interno del contesto nazionale e Regionale permangono difficoltà simili non solo nel tradurre tali progettazioni in azioni sistematiche delle Aziende Usl ma anche nel definire percorsi di partecipazione in modo chiaro ed univoco, generando così non poche zone d’ombra, confusioni concettuali, terminologiche e ideologiche.

La stessa prevenzione, educazione alla salute e promozione della salute spesso si confondono erroneamente l’una con l’altra sia all'interno di progetti strutturati regionali e locali che nelle nuove progettazioni sperimentali di comunità oggetto del presente studio.

Anche la stessa comunità può inoltre essere intesa come popolazione residente in un preciso territorio (avvicinandosi ai saperi più epidemiologici), come un target oggetto di intervento, oppure come un soggetto sociale attivo e autonomo con cui interagire e co-progettare. Da ciò scaturiscono inevitabilmente anche diversi processi, forme ed esiti di partecipazione.

Molto carenti sono inoltre le ricerche che si occupano dei “produttori” delle esperienze partecipative (Renedo & Marston, 2011) e dei loro effetti in termini partecipazione e di distribuzione del potere (Tolomelli *et al.*, 2014; Stephens, 2007), in particolar modo nell’ambito della promozione della salute e nel contesto italiano.

Poter analizzare le idee e le rappresentazioni dei promotori e “produttori” dei processi partecipativi, all’interno dei programmi di promozione della salute, può aiutare non solo a comprendere le possibili modalità di implementazione, limiti e potenzialità di queste specifiche progettazioni, ma anche a cogliere gli aspetti più ambigui e controversi di concetti “ombrello” quali “progetti di comunità” e “partecipazione”.

Obiettivi

L'obiettivo del presente studio è quello di esplorare, tra gli operatori sanitari che hanno promosso, progettato e coordinato il percorso di implementazione dei sei “progetti di comunità” finanziati dalla Regione Emilia-Romagna, le rappresentazioni della partecipazione della comunità all’interno delle specifiche progettazioni regionali.

In particolare, sono stati esplorati i seguenti aspetti: l’idea di comunità, le differenze fra un progetto di promozione della salute e un progetto di comunità, la percezione del proprio ruolo e del ruolo dei diversi attori coinvolti (ruolo regionale, colleghi, cittadini) nei progetti di comunità, i punti di forza e le difficoltà connesse all’uso di un approccio partecipativo, i riferimenti teorici ed esperienze (dirette o indirette) che hanno potuto influenzare la propria idea di partecipazione e di come promuovere processi partecipativi e il lavoro di comunità.

Metodologia

La ricerca ha interessato 17 esperti tra cui: dirigenti e funzionari regionali della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (ex Direzione Generale Sanità e politiche sociali e per l'integrazione); Direttori di Unità Operative e Referenti per il programma Guadagnare Salute dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl della Regione. La scelta del campione è stata effettuata sulla base del contributo e del ruolo che i membri hanno ricoperto all'interno di queste progettazioni a livello regionale e locale. Sono stati esclusi gli operatori che sono andati in pensione durante il periodo di realizzazione dei progetti e coloro che hanno continuato ad occuparsi dei progetti, oggetto di studio, in misura molto più marginale.

I partecipanti vivono e/o lavorano in Emilia-Romagna. Quattro provengono dall'Area Vasta Emilia Nord (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), sette dall'Area Vasta Emilia Centro (Bologna, Imola e Ferrara) e sei dall'Area Vasta Romagna (Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini). L'età anagrafica media è di 55,6 anni con un minimo di 38 anni ed un massimo di 64 anni; si dividono in 8 donne e 9 uomini; il livello di scolarizzazione è molto alto, con una prevalenza di professionisti dell'ambito medico con una o più specializzazioni, dottorato di ricerca e master post laurea.

In particolare:

- 14 partecipanti sono medici e hanno conseguito specializzazioni post laurea di cui 10 anche più di una specialità e master (igiene e medicina preventiva, medicina dello sport, pneumologia, allergologia, endocrinologia, statistica e programmazione sanitaria, dottorato di ricerca);
- una psicoterapeuta;
- una pedagoga e una laureata in scienze politiche.

Rispetto al ruolo ricoperto nel progetto regionale complessivo si dividono in:

- 2 Dirigenti regionali (uno anche referente di Guadagnare Salute);
- 4 referenti regionali Guadagnare salute;
- 5 responsabili dei Progetti di Area Vasta (una anche referente regionale guadagnare salute);
- 7 referenti locali del progetto per area vasta con funzione di regia locale su uno specifico territorio.

Differenziando, invece, rispetto a chi ha un ruolo istituzionale prettamente locale (LOC), chi prevalentemente regionale (RER) e chi invece lavora a livello locale ma ha alcune responsabilità e collaborazioni al livello regionale (LOC-R), possono essere così divisi:

Tabella 4

Sottogruppi interviste

	RER	LOC-R	LOC
Genere	3 donne e 1 uomo	4 donne e 2 uomini;	2 donne e 4 uomini
Età media	57 anni (MIN=46; Max=64)	56,15 anni (MIN=54; Max=60)	54 anni (MIN=38; Max=61)
Titolo di Studio, Professione	2 medici, 1 psicoterapeuta e 1 pedagoga	Medici Specializzati	Tutti medici più un Assistente Sanitario

Nonostante gran parte del campione lavori all'interno di Dipartimenti di Sanità pubblica, vi sono notevoli differenze tra tutti i partecipanti rispetto la formazione e l'ambito di lavoro prevalente. Esse variano dalle malattie infettive all'epidemiologia, all'igiene degli alimenti, dalla medicina dello sport all'educazione sanitaria, dall'igiene dell'ambiente costruito alla prevenzione della salute. I maggiori riferimenti teorici che hanno influenzato le loro rappresentazioni della partecipazione vanno in misura maggiore verso i modelli di educazione sanitaria, il modello trans-teorico del cambiamento, in misura minoritaria verso il modello di progettazione PRECEDE-PROCEED e in misura ancora più minoritaria verso alcuni studi sociologici e di psicologia di comunità.

Strumenti e Procedura

Alla luce dell'obiettivo della ricerca si è scelto di utilizzare tecniche qualitative, attraverso l'utilizzo di un'intervista semi-strutturata creata *ad hoc*. La traccia dell'intervista (si veda appendice) includeva i seguenti nuclei tematici:

a) Informazioni socio-anagrafiche

Sono state raccolte informazioni socio-anagrafiche circa il sesso, l'età e il livello di istruzione.

b) Differenze fra Progetti di Promozione della salute e Progetti di Comunità e Definizione di Comunità

Al fine di comprendere in che modo i partecipanti concepissero i progetti di guadagnare salute e i progetti di comunità e a quale comunità si riferissero pensando ai progetti di comunità sono state poste le seguenti domande: *“In base alla sua esperienza ci sono differenze tra i progetti di Guadagnare Salute, prevenzione e i progetti di comunità?”*; *“Se le chiedessero cos' è un progetto di comunità, in che modo lo può descrivere?”*; *“Qual è la comunità che ha in mente quando pensa ai progetti di comunità?”*.

c) Partecipazione e coinvolgimento della comunità

Sono stati indagati i significati attribuiti alla partecipazione della comunità e come la si possa concretamente realizzare all'interno del progetto di comunità (es. *“Cos'è per te la partecipazione nei progetti di comunità? Come la si può realizzare?”*). Sono stati indagati inoltre i punti di forza e le criticità dell'approccio partecipativo e del lavoro di comunità (es. *“Secondo te, quali possono essere i punti di forza di questo approccio di progetti di Comunità?”*; *“Quali sono le difficoltà e le criticità che hai riscontrato?”*) e se vi è una condivisione della propria visione di partecipazione anche con altri colleghi, partner del progetto.

d) Ruoli percepiti

Si è valutata la percezione del proprio ruolo all'interno dei progetti di comunità e di come esso sia percepito da parte di colleghi e collaboratori (es. *“Invece sul suo ruolo specifico all'interno dei progetti di comunità come lo percepisce e come pensa sia percepito?”*). Si è indagata inoltre la percezione del ruolo dei collaboratori, dei cittadini e di quello della Regione.

e) Esperienze pregresse e riferimenti teorici

Sono state indagate le esperienze pregresse nell'ambito della prevenzione e della promozione e della salute. È stata analizzata anche la presenza e l'influenza di riferimenti teorici che hanno guidato la propria attività di promozione della salute e l'ideazione e l'implementazione dei progetti di comunità attraverso la domanda

“Riguardo la sua l'idea sui progetti di comunità e le forme di coinvolgimento ci sono dei riferimenti teorici, o esperienze ti hanno influenzato?”

Le interviste, rispetto alla data ufficiale di avvio delle attività progettuali (febbraio-marzo 2014), sono state realizzate entro la fine del primo semestre, ovvero in fasi molto iniziali dell'implementazione e realizzazione dei progetti. Esse sono state effettuate per lo più nei luoghi di lavoro degli intervistati, in alcuni locali della sede regionale del servizio di Sanità Pubblica e in caso di indisponibilità, in altre sedi non convenzionali (es. bar, marciapiede, in albergo durante un convegno, ecc.).

Nel rispetto delle vigenti norme sulla privacy e sul trattamento dei dati personali, i partecipanti sono stati informati dei propri diritti e invitati a firmare il consenso alla ricerca e all'audio registrazione delle interviste. Il tempo medio per ciascuna intervista è stato di 56 minuti. È stato inoltre concordato l'invio dell'intervista trascritta agli intervistati e verrà realizzato un momento di confronto, restituzione in forma aggregata, dei principali risultati all'interno di una riunione di coordinamento del progetto regionale.

Analisi dei dati

Le interviste sono state trascritte *verbatim*, e successivamente rilette più volte e analizzate applicando l'analisi del contenuto tematica di tipo qualitativo con il software Nvivo8. Essa permette di trovare temi all'interno dei dati qualitativi e in relazione con le domande di ricerca consentendo l'identificazione dei nuclei di significato. La scelta di utilizzare l'analisi tematica è legata alla sua flessibilità e la sua capacità di fornire informazioni molto dettagliate sui dati. L'analisi tematica è quindi definita come "un metodo per identificare, analizzare e far emergere pattern (temi) all'interno dei dati" (Braun & Clarke, 2006).

La procedura prevede la codifica del materiale trascritto e la riconduzione dei temi narrativi a codici (etichette verbali) che ne sintetizzano il contenuto (Braun, Clarke 2006; Ryan, Bernard 2003). Ad un successivo livello, i codici sono aggregabili in "categorie tematiche" (unità più ampie), teoricamente rilevanti e comparabili con la letteratura scientifica sull'argomento (Strauss, Corbin 1990; Charmaz 2006). Ciò consente di evidenziare dei temi in modo induttivo, bottom-up (Frith & Gleeson,

2004). L'approccio induttivo significa che i temi identificati sono fortemente connessi con i loro stessi dati (Patton, 1990).

Tale codifica ha cercato di soddisfare il requisito di “saturazione teorica”, ovvero di identificare ulteriori aree di contenuto semantico fino quando non sia più possibile individuarne di nuove (Chiarolanza & De Gregorio, 2007; Charmaz, 2006; Cicognani, 2002; Glaser & Strauss, 1967). Nel corso dell'analisi si è anche proceduto a confrontare le risposte del campione di indagine in base al ruolo ricoperto dall'intervistato all'interno del Programma regionale sui progetti di comunità (Dirigente o funzionario regionale, responsabile del progetto per Area Vasta e dell'implementazione in specifiche realtà territoriali, Aziende Usl). Tali confronti verranno riportanti sono per alcune aree di indagine dove sono emerse maggiori differenze tra i gruppi.

Risultati

Inizialmente verranno descritti i temi emersi all'interno di ogni area di indagine indagata e quei temi che, anche se non direttamente indagati, sono emersi dalle informazioni fornite spontaneamente dagli intervistati.

Successivamente, a partire dai dati, si cercherà di ritracciare dei possibili orientamenti che i diversi intervistati mostrano rispetto alle strategie sulla *partecipazione della comunità e dei cittadini* e le possibili influenze interne o esterne che ne condizionano i contenuti.

a) Differenze fra Progetti di Promozione della salute e progetti di comunità

Un primo nucleo di domande ha cercato di indagare in che modo le nuove progettazioni regionali dei Progetti di comunità si inseriscono all'interno delle pratiche consolidate di prevenzione e promozione della salute, in particolar modo all'interno degli interventi derivanti dal programma nazionale "Guadagnare salute" e se vi sono particolari differenze.

Dai risultati è emersa un'idea fortemente condivisa tra tutti gli intervistati (indipendentemente dal sottogruppo di appartenenza) della presenza di sostanziali differenze tra le comuni progettazioni nell'ambito della salute pubblica e i progetti di comunità.

I progetti "tradizionali" di prevenzione vengono descritti, con diverse accezioni spesso negative, come progetti *top-down*, molto frammentati (es. solo sana alimentazione), settoriali (es. solo ambito sanitario), con un forte orientamento su un unico target (es. solo anziani) e spesso a carattere temporaneo, "a spot", in quanto a seguito di precisi interventi realizzati non vi erano altre azioni di sostegno e continuità. Questi progetti tradizionali vengono fortemente messi in contrapposizione con i progetti di comunità visti come più completi, partecipati e *bottom-up*.

La quasi totalità degli intervistati riferisce che le criticità evidenziate nei progetti tradizionali, oltre a disperdere preziose energie e risorse, sembrano rispondere poco ai bisogni della comunità, alla complessità e multidimensionalità delle problematiche di salute, della loro cause e influenze. Solo due intervistati riferiscono che le

differenze sono minime in quanto loro stessi hanno sempre cercato di lavorare in un'ottica intersettoriale e, quando possibile, più partecipata.

Di seguito si riportano alcuni estratti di interviste che descrivono quanto precedentemente evidenziato. Per evitare la riconoscibilità degli intervistati verrà indicato soltanto il genere e il sottogruppo di appartenenza (RER, LOC-R, LOC).

“Spesso, i progetti tradizionali nascono negli uffici sanitari o sociali o socio sanitari, se va bene e, poi, si propongono a cittadini che, spesso, non hanno la possibilità di dire: "mi piace, non mi piace, sono d'accordo, non sono d'accordo, sarebbe più importante fare qualcos'altro [...] oppure decidiamo in un altro modo dove mettere tutti questi soldi”
2_95F - RER

“Tendono sempre a lavorare per target, e, quindi, ancora tendi a riproporre nella comunità come se fossero dei filoni, in realtà, poi, quando ci vai dentro ti accorgi che le problematiche sono sempre incrociate” 15F - LOC

“Secondo me sì! perché credo vedo che i progetti che si ispirano a guadagnare salute sono anche progetti che spesso si frammentizzano nel senso che io li vedo un po' frammentate, lo faccio su alcuni, lo faccio su altri, lo faccio su realtà diverse e costruisco delle cose che rispondono sì al mio obiettivo, anche utilizzando metodi che sono gli stessi ma su realtà diverse quindi anzi non so neanche se il metodo sia corretto o meno qualche volta” 05M -LOC-R

“Sì, perché negli altri interventi... Ci sono stati interventi più sui dei gruppi. O si faceva un intervento nella scuola o si faceva l'intervento sugli obesi, eccetera, oppure fai un intervento sull'attività fisica nei centri sociali; sono sempre stati progetti interventi fatti su una fetta di comunità, su una parte, senza coinvolgere altri attori, cioè altri attori, sì, li coinvolgevi, erano sempre.. ma rappresentavano una cosa limitata, non c'era mai un coinvolgimento più globale” 95M – LOC

“Noi in genere facciamo progetti nelle scuole, con gli extra comunitari, però, andare per target non è andare per comunità, cioè nella comunità il vecchio si prende cura del più piccolo e il più piccolo si affida al più vecchio, cioè c'è... È il legame che differenzia i progetti di comunità, il legame relazionale fra le persone di diverse generazioni, di diverse etnie, quando a Cittalandia²⁵ sono venute tutte le donne extra comunitarie che

25 Nome di fantasia

*hanno cominciato a lavorare nell'orto insieme agli italiani, producendo delle cose che erano prodotti loro, che a Cittalandia non c'erano; secondo me questa è integrazione vera, hai capito? Mentre noi lavoriamo molto per... sì, per target, che non c'entrano, però, con la comunità” 85F
LOC-R*

I progetti di comunità, in particolar modo nei sottogruppi LOC-R, RER e alcuni LOC, sono visti come caratterizzati da un approccio più *bottom-up*, partecipativo, intersettoriale e collaborativo e che possano superare molte delle criticità dei progetti “tradizionali” di prevenzione e di guadagnare salute. Diversi intervistati infatti riferiscono come l’adozione di approcci partecipativi aumenti l’efficacia e la sostenibilità dei progetti. Ciò emerge in relazione alle potenzialità e agli effetti del lavoro intersettoriale e partecipato, che consente di progettare e realizzare interventi “su misura” per una precisa comunità, rendendo così più efficace l’azione.

Altri intervistati, di tutti e tre i gruppi, sottolineano come l’attivazione di processi partecipativi e lo sviluppo di empowerment (conoscenze, competenze e potere) sono determinanti per garantire l’efficacia e la tenuta nel tempo dei progetti. La partecipazione, il sentirsi coinvolti diventa quindi lo strumento per garantire anche l’appropriazione di certi temi e progettualità e il conseguente cambiamento dei comportamenti. Si riporta a titolo esemplificativo alcuni estratti delle interviste.

“In teoria, se si riesce a coinvolgere davvero tutta la comunità alla quale ci si rivolge, lo sforzo per convincere, rispetto agli stili di vita sani, a promuovere stili di vita sani è, sicuramente, inferiore nel momento in cui le persone si sentono, direttamente, coinvolti nell’attivarsi in alcuni comportamenti” 55M – LOC-R

“Coinvolgendo il più possibile i cittadini e le forze sociali che lo compongono, i progetti hanno un’efficacia maggiore, perché vengono, in un qualche modo, interiorizzati per coloro ai quali sono rivolti e, poi, c’è anche un dispendio, non tanto, forse, nella fase iniziale, ma quando, poi, nella fase di mantenimento, un dispendio minore da parte dell’ente pubblico nel realizzarlo e nel portarlo avanti, perché se ne fanno promotori anche i soggetti della cittadinanza della comunità” 64F – RER

“L’idea è che nessuno si salva da solo. Cioè tu, il sanitario da solo, il sociale da solo, le associazioni da sole non possono raggiungere un risultato né buono né duraturo” 65F LOC-R

La partecipazione viene messa in relazione anche al senso di condivisione, responsabilizzazione che viene visto come un elemento che possa favorire l'impegno verso la promozione e tutela della salute per l'intera collettività, comunità. Anche l'approccio più globale e multisettoriale²⁶ sui temi di salute viene accolto come una importante azione migliorativa ed efficace dei progetti di promozione della salute.

Comunità

Alla domanda "A cosa ti riferisci quando pensi alla Comunità?" sono emerse molteplici definizioni che possono essere collocate su un continuum di complessità crescente. La comunità può essere intesa come formata dalla popolazione residente di un territorio, diversi attori sociali, allargarsi al tema della condivisione, delle relazioni che intercorrono tra diverse persone fino ad un concetto multilivello dove vi siano sia elementi di condivisione, ma anche relazioni di interdipendenza, responsabilità e senso di comunità. Nella seguente tabella 5 si riporta una sintesi dei risultati.

Tabella 5

Definizioni di comunità

Comunità come popolazione e insieme di attori	Condivisione	Relazioni, Interdipendenza, responsabilità
<p>Persone, stakeholders, istituzioni e gruppi sociali o di popolazione che possono risiedere in un specifico territorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attori e gruppi sociali - Istituzioni e stakeholders - cittadini che vivono in un luogo più o meno esteso. 	<p>Condividere, avere qualcosa in comune. Es. luogo/territorio, cultura comune, interessi, relazioni, storia comune, vissuti simili, religione, etnia, lavoro ed etc..</p>	<p>Relazioni strette e legami sociali e di comunità delle persone. Coesione sociale, responsabilità, consapevolezza.</p>

Comunità insieme di attori sociali e popolazione residente

All'interno di questa categoria tematica la comunità è descritta come formata dalla popolazione residente di un territorio e/o da diversi attori, gruppi e istituzioni sociali.

²⁶ Non più centrati sui singoli fattori di rischio, su specifici target e circoscritti nei Dipartimenti di Sanità Pubblica.

Il concetto di comunità tende ad avvicinarsi molto all'idea di un comune, paese o una area geografica più o meno estesa in cui gli attori sociali e istituzionali diventano strategici ai fini del coinvolgimento per progettualità mirate e specifiche o come target da attivare e a cui destinare interventi. La comunità può quindi diventare (in base alle diverse rappresentanti della partecipazione, il setting, il luogo degli interventi e delle partnership, alleanze. Si possono distinguere due sottocategorie all'interno di questa definizione che si riferiscono ad una visione della comunità come:

- l'intera popolazione residente in un territorio;
- formata da attori e gruppi sociali anche specifici di un preciso territorio più o meno esteso.

A titolo esemplificativo si riportano estratti delle interviste in riferimento alle due precise sottocategorie di *“Comunità come popolazione e insieme di attori”*

“Praticamente tutta la popolazione che è presente in un territorio, popolazione direi residente più che popolazione che incide talmente e che si trova in quel territorio, diciamo che ci lavora ecco” 83M - LOC

“La comunità io la identifico con i diversi attori, quindi, per quanto mi riguarda, Usl, la medicina dello sport, la società sportiva, le associazioni di volontariato, associazioni dei genitori, per esempio, ente locale, società sportive locali, scuola, ecco, questi sono gli elementi che si cerca di miscelare in una volontà comune di costruire insieme relazioni e, quindi, progetti” 95M – LOC

“La prima definizione che mi viene in mente è l'insieme delle famiglie o delle aggregazioni familiari che vivono in un territorio, poi, se devo articolarlo penso che ci sono, appunto, i livelli istituzionali, quindi, ci sono i cittadini che hanno un ruolo istituzionale e ci sono, quindi, i sanitari, ci sono i comuni, le forze dell'ordine, la parte culturale, la scuola, lo sport, questo” 2_95F - RER

Gli attori identificati sono prevalentemente istituzionali con qualche apertura anche ad attori appartenenti all'associazionismo o a gruppi di cittadini. In una intervistata del gruppo regionale emerge come l'apertura ad attori meno istituzionali sia una novità recente che diventa importante per la realizzazione e il consenso circa gli interventi.

“Beh ho in mente una comunità molto istituzionale, in primis, cioè raccolta attorno alla istituzione con un grossa partecipazione delle associazioni, del privato sociale, che devo dire prima consideravamo meno cioè prima per me la comunità era solo l’ente locale con il sindaco che rappresenta l’autorità sanitaria con il supporto dell’USL sicuramente il balzo degli ultimi 10 anni è stato quello di capire che invece in questi processi devi avere i cittadini, le loro rappresentanze, i testimoni, i leader delle comunità, comunque siano, che devi avere dalla tua parte” 1_95F

Comunità come condivisione

Per altri intervistati (trasversali ai tre sottogruppi) la comunità può essere definita in base agli elementi di condivisione come ad esempio avere qualcosa in comune, condividere una stessa cultura, storia, interessi, religione, bisogni o problemi. Per altri, invece, non basta avere qualcosa in comune ma è necessaria anche la consapevolezza della condivisione. Questa consapevolezza può essere già presente o può essere fatta emergere, riscoprire attraverso le relazioni della comunità e alcuni interventi.

Sintetizzando la *comunità come condivisione* può essere suddivisa nelle presenti sottocategorie:

- comunità come gruppi di persone che *hanno qualcosa in comune* e quindi anche appartenenza a più comunità;

“La comunità è un insieme di persone che condividono un luogo, un ambiente, un clima culturale. Possono anche condividere uno scopo, ma non è questo il caso. Non so, una comunità scientifica per dire è comunque una comunità di gente che sta dispersa ma che si connette attraverso le e-mail, la comunicazione che li fa sentire una cosa sola, anche se sono tutti diversi e condividono sicuramente una cultura ma anche uno scopo” 56F

- comunità come gruppi di persone che *sentono o possono riscoprire* di avere qualcosa in comune

“Devono sentire di avere in comune altrimenti non si sentono di appartenere alla comunità poi qualcuno può fargli ricordare, sollecitare l'appartenenza alla come la comunità perché la comunità degli italiani a New York è una comunità che abita in posti diverse, età diverse però sono tutti così”05 M

Comunità come relazioni, interdipendenza, responsabilità

All'interno di questa rappresentazione (emersa prevalentemente nel gruppo LOC-R e in qualche RER) la comunità è considerata una realtà complessa descritta attraverso le relazioni e i legami presenti tra le diverse persone, l'interdipendenza e il senso di responsabilità che lega le diverse persone e che possono determinare la coesione sociale e il sentirsi comunità. Per gli intervistati questi legami possono essere favoriti anche da elementi di condivisione (es. condividere stessi bisogni, territorio) ma anche dal pieno riconoscimento e valorizzazione degli altri attori della comunità e dalla consapevolezza di sentirsi e agire come parte di una di comunità (es. partecipazione attiva). Secondo gli intervistati questi elementi possono favorire un maggiore senso di comunità e quindi rendere quelle persone che vivono in un territorio una vera comunità o "più comunità".

"Quando si parla di comunità, si parla di un concetto che è molto ambizioso, perché forse... Perché presuppone, intanto, che ci sia una comunità, cioè ci siano delle relazioni abbastanza strette tra le persone e questo, secondo me, dipende molto dalle situazioni, dalle storie di quelli... locali o che se sono di grandi dimensioni, di piccole dimensioni o che altro" 55M – LOC-R

"La comunità per me è un insieme di soggetti che vivono sul territorio che è patrimonio di tutti loro perché e il loro territorio in cui esprimono le loro esigenze della vita quotidiana, dal negozio all'ufficio alla strada che percorrono insieme al parco e che quindi condividono una quotidianità. Poi che questa condivisione nella quotidianità sia consapevole è un altro discorso perché c'è la comunità che ha quindi questo aspetto che rende comune tutti gli altri questa condivisione del territorio. Poi la consapevolezza rende questa comunità se è consapevole di avere qualche cosa in comune, la rende ancor più comunità [...] la comunità è un insieme di persone che condividono un territorio ne condividono il territorio e ne condividono con consapevolezza, sapendo che sono insieme ad altri" 05M LOC-R

La comunità quindi non è qualcosa di pre-esistente ma qualcosa che può essere fatto rinascere e sviluppato come ad esempio riportato nella seguente intervista:

"Nel quartiere, a seconda dei quartieri, può rinascere un senso di comunità che vuole dire conoscere le persone che hai intorno, farci i conti, delle persone che sono punto di riferimento e ricreare la coesione sociale e legame sociale". 85F – LOC-R

c) Partecipazione e coinvolgimento della Comunità

Definizione di Progetti di Comunità

Dalla domanda specifica, relativa alla definizione di cosa sia un progetto di comunità, sono emerse due tipologie di progettazioni di comunità, che si differenziano tra loro rispetto all'obiettivo primario della progettazione:

- Sviluppo di reti e alleanze su obiettivi di salute *per* la comunità;
- Progettazione partecipata e sviluppo di competenze ed empowerment *con e della* comunità.

Progetto di comunità come sviluppo di reti e alleanze per la salute

Questo modello vede il progetto di comunità come una progettualità promossa dal settore sanitario che cerca di coinvolgere, orientare e catalizzare le diverse istituzioni, associazioni, stakeholders e attori sociali, di un preciso territorio, su precisi obiettivi di salute. Le alleanze possono generare nuove attività o mettere in rete e valorizzare quelle già esistenti sul territorio.

In generale gli obiettivi dei progetti di comunità che si associano a questa idea dei progetti di comunità come “reti e alleanze” sono:

- mettere in rete, valorizzare il capitale sociale, amalgamare e omogeneizzare;
- disseminare esperienze già di successo, buone pratiche in altre realtà;
- lavorare su obiettivi di salute più comuni e condivisi.

All'interno di questa idea di progettazione le risposte degli intervistati si differenziano rispetto ad un lavoro di rete e alleanze che può prevedere diversi livelli:

- istituzioni e attori da coinvolgere;
- grado di strutturazione e/o apertura del progetto, ovvero quanto un progetto sia stato già definito, possa essere modificato;
- i tempi del coinvolgimento (es. ad inizio del progetto o in fase più avanzate).

Gli interventi si configurano quindi come *su* di una comunità e *per* una comunità dove la partecipazione può essere più o meno strutturata in base alle diverse rappresentazioni sulla partecipazione e gli attori coinvolti. L'idea di comunità che emerge tra gli intervistati (in particolar modo a livello più locale) è una idea di comunità assimilabile ad un bacino di utenza, di attori e gruppi sociali che abitano

all'interno di un preciso territorio. Gli attori della comunità, in base alle diverse finalità e rappresentazioni della partecipazione, possono essere considerati come partner oppure destinatari intermedi²⁷ o finali. All'interno di questo modello l'intersectorialità e le partnership assumono un aspetto centrale, valorizzante e strategico anche se la declinazione dell'obiettivo di salute e le strategie per favorirlo possono essere fortemente strutturate e “medicalizzate” o leggermente più aperte alla valorizzazione delle risorse di quella comunità. Il progetto complessivo si configura come un insieme di diversi sottoprogetti che possono lavorare su diversi livelli, ambiti e con attori specifici.

“È quello di cercare di individuare, nei vari soggetti che si rapportano con noi, tutti quelli che possono avere un qualche interesse che coincide anche con il supporto o, comunque, la tutela della salute [...]. A questo punto, ci sono nella comunità i diversi soggetti che si individuano, sono motivati a individuare il loro contributo a concorrere al benessere della comunità dove ognuno fa uscire quello che può essere il suo contributo di categoria o individuale, ecco” 16F - LOC

“Per me un progetto di comunità è un progetto che si rivolge a una comunità, appunto, che può essere individuata in un gruppo più o meno ampio di persone, ma soprattutto mi evoca sia un approccio che è quello dal punto di vista dell'approccio intersectoriale che cerca di mettere insieme e valorizzare tutte le risorse che sono presenti nella comunità, quindi, risorse formali, risorse informali e i diversi attori, organizzazioni che operano nel sociale sia istituzioni pubbliche che volontariato che strutture anche private, privato sociale, eccetera, che si alleano in qualche modo per andare insieme verso un obiettivo comune che è quello di promuovere la salute e, quindi, in particolare, verso quegli obiettivi anche più circoscritti, che potrebbero essere promuovere la salute, contrastare l'abuso dell'alcool, eccetera” 55M – LOC-R

“Allora, progetto di comunità per me è quando più attori di provenienza di estrazione diversa di cultura e anche di interessi diversi, comunque, trovano, in una progettualità, in un progetto, un terreno comune rivolto, in questo caso, alla salute, al benessere della popolazione” 06M - LOC

²⁷ I destinatari intermedi sono i soggetti cui l'intervento non è rivolto in maniera diretta ma che dall'intervento apprendono nuove abilità da utilizzare anche in altri contesti/situazioni. Sono persone che giocano un ruolo di mediazione rispetto all'intervento proposto. Ad esempio gli insegnanti di una scuola, i genitori dei bambini cui è rivolto un determinato intervento, gli operatori sociali e/o sanitari.

L'integrazione, la valorizzazione e la messa in rete delle progettazioni già esistenti nel territorio viene considerata anche una strategia per coinvolgere diversi settori della comunità e cittadini.

“In che modo si può lavorare con i progetti di comunità. Allora, sicuramente uno degli aspetti importanti è l'integrazione dei vari progetti, perché io... Cioè noi vediamo, adesso, per esempio, anche solo guardare tutti i filoni dei vari progetti che partono dalla Regione, capito? E che, magari vanno verso settori diversi da quello che può essere la sanità pubblica, no? Però, se tu riesci a portarli in... Cioè in una logica di integrazione, ti accorgi che tu ti trovi già a lavorare in diversi ambiti e quasi già fai la comunità” 15F - LOC

“Anche se questa operazione ha anche degli interventi singoli se, però, li moltiplichiamo nel tempo e li mettiamo, comunque, in relazione, li facciamo diventare parte di un progetto più ampio che mettiamo in rete diverse componenti, allora, poi, alla fine, si avvicina a un progetto di comunità” 16F - LOC

Progetto di comunità come progettazione partecipata e sviluppo di empowerment

Il secondo modello di come intendere i progetti di comunità che è emersa, principalmente nel sottogruppo LOC-R e RER e in qualche LOC, si riferisce ad un progetto che ha come finalità la partecipazione attiva dei cittadini e della comunità nel suo complesso, attraverso azioni di progettazione partecipata, partecipazione diretta e sviluppo di empowerment. La comunità diviene un attore importante da ascoltare e da far partecipare in modo più diretto.

Le rappresentazioni degli intervistati si differenziano in particolar modo rispetto alla rappresentazione di partecipazione e di comunità. Il progetto di comunità può quindi essere visto come una co-progettazione partecipata che può coinvolgere diversi attori e in diverse fasi o fin dall'inizio, e che miri ad uno sviluppo di conoscenze e competenze all'interno della comunità oggetto e soggetto dell'intervento.

A titolo esemplificativo si riportano alcuni estratti di interviste:

“Un progetto di comunità è un progetto che parte dalla comunità per tornare alla comunità” 83M - LOC

“Allora, lo definirei come un progetto che viene costruito insieme alla comunità che abita quel territorio, nel senso che... credo che... E così anche

che esperti possono, eventualmente, identificare quelli che ritengono i problemi fondamentali di quella comunità, facendo una analisi da un punto di vista epidemiologico e identificare le priorità, ma credo che, poi, cosa fare e su che cosa intervenire debba essere deciso insieme alla comunità, perché, altrimenti, non c'è una partecipazione vera; ma nel senso reale delle cose da fare, cioè: o si è disponibili a discutere e a capire quello che è la realtà, visto da chi abita un territorio o, altrimenti, c'è una distanza troppo grande tra i tecnici e i cittadini, e, poi, spesso, quello che viene rilevato, da un punto di vista teorico, non coincide con quelli che sono i veri problemi delle persone, e, di solito, chi abita e vive il territorio ha una visione molto più completa, molto più ricca e molto più reale della situazione da affrontare” 06F- LOC-R

All'interno di questa rappresentazione alcuni intervistati (sottogruppo LOC-R e RER) sottolineano come la partecipazione non sia solo uno strumento del progetto ma anche il fine ultimo dello stesso, al fine di favorire e sviluppare anche relazioni, responsabilità, capitale sociale e senso di comunità. La comunità è qui intesa all'interno di una precisa piccola realtà territoriale che possa favorire il sentirsi comunità e il senso di condivisione. L'obiettivo ultimo quindi non è unicamente il cambiamento di un preciso stile di vita o del contesto che possa o meno favorirne l'adozione bensì il favorire quel protagonismo e attivismo tale per cui, la comunità attraverso i suoi membri può iniziare a promuovere sia la propria salute che quella della propria comunità.

“Riuscire a coinvolgere la popolazione, le persone e fare in modo che loro stessi diventino protagonisti delle scelte che le riguardano; sostanzialmente quello. Quindi, credo che la nostra funzione nel progetto di comunità sia quello di stimolare, di provocare, di supportare la partecipazione in modo che le persone si assumano delle responsabilità rispetto alla loro salute [...] però, il compito è proprio quello di far sì che le persone decidano loro, abbiano le competenze e le conoscenze necessarie per potere decidere che cosa... Sì, per potere decidere, essere capaci di fare delle scelte che migliorino la loro salute” 85F- LOC-R

“Credo che il senso di comunità l'abbiamo perso, no? L'abbiamo perso, nel senso che il mondo è molto... È troppo aperto, non c'è più la comunità, e credo che, invece, la cosa su cui dobbiamo lavorare è di lavorare su dei contesti abbastanza delimitati dove si possa recuperare.. Noi abbiamo scelto un quartiere per due motivi, ma, sostanzialmente, io spingevo quel quartiere perché nel quartiere, a seconda dei quartieri, può nascere un senso di comunità che vuole dire conoscere le persone che hai intorno, farci i conti,

delle persone che sono punto di riferimento e ricreare la coesione sociale e legame sociale [...] Comunità vuole dire far sì che le persone si sentano responsabili rispetto alle persone che li circondano, che ci sia del legame, allora, tra un comune e l'altro non è mica detto che ci sia un legame, è un lavoro di rete che, può essere utilissimo, non corrisponde alla mia idea di comunità” 85F – LOC-R

“Quando entro nell'ottica di comunità la progettazione risponde ad una esigenza comune che non è più quindi del pianificatore ma è di chi è anche oggetto di pianificazione dove chi è oggetto di pianificazione non è soltanto oggetto ma anche soggetto. Quindi quando parlo di progettazione di comunità penso sempre a questo aspetto a una progettazione, quindi a una definizione chiara, di quello che si vuole raggiungere in termini di obiettivo che però risponde a un soggetto che non è più chi produce la pianificazione di per se stesso e che la fa propria ma è un soggetto che è determinato da un soggetto e che è la comunità e che risponde ad una esigenza comune. Quindi ha questo aspetto di comunione, di comunità e allora progetto di comunità vuol dire pianificare insieme ad altri, quindi lavorare condividendo insieme agli altri dove tu sei insieme agli altri alla stessa stregua un soggetto che ha e porta con sé una sua storia una sua esperienza e che porta questa esperienza a servizio degli altri per ottenere un obiettivo comune. Quando parlo di progetto di comunità nell'ambito della promozione della salute è evidente che parlo di un progetto di comunità che voglia, che abbia come obiettivo finale il benessere della salute” 05M – LOC-R

Partecipazione

Nonostante il generale consenso che i progetti di comunità si caratterizzino per il loro alto livello di partecipazione, quando vengono affrontati i significati e le applicazioni concrete del termine “partecipazione” emergono temi molto eterogenei tra di loro che possono variare anche all'interno del modello di progettazione di comunità a cui ci si riferisce. Il concetto di Partecipazione si può allargare infatti ad azioni di: coinvolgimento dei partner su precisi obiettivi e azioni, all'ascolto dei bisogni della comunità fino ad azioni di co-costruzione di obiettivi ed interventi. La partecipazione, a prescindere dalle sue diverse intensità, si caratterizza, nella maggioranza degli intervistati come un *mezzo* per raggiungere determinati obiettivi, mentre per una minoranza degli intervistati come mezzo e *fine* ultimo dei progetti di comunità.

In modo dominante emerge l'idea di uno strumento, un mezzo importante per:

- *ascoltare e rispondere ai bisogni percepiti della comunità;*
- *costruire insieme un percorso;*
- *garantire efficacia e sostenibilità;*
- *garantire impegno e continuità;*
- *scoprire e valorizzare il capitale sociale;*
- *facilitare consenso e condivisione di obiettivi di salute;*
- *facilitare responsabilità e libertà.*

Vista la sua multidimensionalità la partecipazione verrà presentata attraverso alcuni suoi aspetti specifici: attori della partecipazione (chi partecipa), in che fase, cosa si intende per partecipazione, prerequisiti e vincoli della partecipazione, punti di forza e criticità dell'adozione di un processo partecipativo.

Attori della partecipazione, chi far partecipare

Quando si parla di partecipazione della comunità comprendere chi sono i soggetti coinvolti/coinvolgibili può fornirci preziose informazioni sia rispetto chi effettivamente potrebbe parte al processo partecipativo (o esserne sollecitato) ma anche rispetto alle definizioni di ruoli, distribuzione di potere, credenze, e specifici punti di forza e criticità.

La maggioranza degli intervistati individua nelle istituzioni, nelle forme associative (prevalentemente sportive o specifiche del target), stakeholders e soggetti attivi sul territorio possibili partner con cui condividere alcuni fasi della progettazione e dell'implementazione. Solo pochi intervistati pensando alla partecipazione si riferiscono a singoli cittadini non strutturati (liberi cittadini) spesso non coinvolti in altre dinamiche partecipative. Ai cittadini in generale viene riconosciuto un ruolo importante ma spesso dividendoli in cittadini organizzati e cittadini non organizzati. Questi ultimi infatti sono spesso percepiti più come destinatari che risorsa attiva (salvo qualche specifica eccezione).

Per una minoranza degli intervistati coinvolgere il libero cittadino è garanzia di equità mentre per altri il "chi" fa partecipare può ridursi fino all'idea di far partecipare chi si auto-propone o condivide già gli interessi e gli obiettivi degli operatori sanitari. In generale il *chi far partecipare* può essere inteso a livello

strumentale, opportunistico (faccio partecipare una precisa associazione perché..) o più etico/valoriale (devono poter partecipare tutti, soprattutto chi non ha meno voce e meno opportunità di partecipazione). Infatti per alcuni intervistati anche quando si coinvolgono i “liberi cittadini” (cittadini non appartenenti a precise istituzioni, servizi e associazioni) bisognerebbe cercare di coinvolgere ancora di più quei cittadini (per caratteristiche personali o condizioni sociali) sono più restii a prendere parte a processi di partecipazione.

Sulla scelta di coinvolgere i cittadini organizzati attraverso diverse forme associative emergono inoltre negli intervistati i seguenti temi:

- le *associazioni sono in grado* di coinvolgere a cascata (o a *palla di neve*) anche altri settori e persone della comunità;
- le associazioni e organizzazioni *sono naturalmente più predisposte* a collaborare per il bene della comunità;
- le associazioni, così come altri attori sociali, *sono molto rappresentative* delle diverse realtà della comunità;
- sono più semplici da individuare all’interno di una comunità;
- *percezione di scarse conoscenze e competenze personali* su come poter coinvolgere liberi cittadini e *quindi delega* alle associazioni e istituzioni.

Il ruolo dei partner può essere molto variabile all’interno degli intervistati e può variare tra chi li considera come:

- possibili *interlocutori paritari* (es. nel sottogruppo LOC-R e RER);
- interlocutori preziosi da poter *consultare* (in particolare LOC-R e LOC);
- *un target* su cui indirizzare interventi e riorientare gli obiettivi e le azioni verso temi di salute.

Alcuni intervistati, in modo trasversale ai sottogruppi, esprimono, inoltre, una certa fiducia che questi partner istituzionali possano a cascata coinvolgere altri cittadini, in altri invece emerge che ciò non è sempre vero, scontato e anzi molta cura deve essere posta nella ricerca dei partner più affidabili o coinvolgendo direttamente liberi cittadini.

Negli intervistati del gruppo LOC-R e RER che invece considerano importante coinvolgere direttamente anche cittadini non organizzati emerge, invece, l'idea che tutti devono e possono essere considerati e partecipare alla pari (dal sindaco, al parroco, fino al cittadino non appartenente a nessuna associazione) in quanto ognuno è portatore di una propria conoscenza: la propria esperienza. Una maggiore inclusività consente, in chi condivide questa visione, anche di considerare il proprio intervento maggiormente equo, efficace e partecipato.

In che fase far partecipare e per cosa?

Per chi condivide un approccio più collaborativo all'interno di una visione più paritaria dei ruoli e aperta al confronto si osserva l'importanza di coinvolgere i partner o i destinatari fin dalle prime fasi del progetto mostrandosi aperti e disponibili all'ascolto, nell'accogliere e valorizzare le diverse istanze, nel poter cambiare le proprie idee e cedere una parte del proprio potere e influenza.

L'idea di una partecipazione paritaria non è però estesa a tutti i possibili attori. Essa si differenzia, nei partecipanti, tra chi la intende unicamente con altri professionisti, tra chi la estende anche ad associazioni e stakeholders e chi invece la intende ugualmente distribuita senza alcuna distinzione di ruoli e professionalità anche con semplici cittadini. Anche in questo caso le differenze si associano ad una visione più ristretta tecnocratica, strumentale o inclusiva della partecipazione e della fiducia e visione delle potenzialità o limiti dei cittadini.

In generale coinvolgere fin dalle prime fasi viene descritto come importante per riuscire a motivare le persone e nel garantirsi, così, una più sentita ed effettiva partecipazione.

“Partecipazione per me vuole dire che uno è presente in un processo e contribuisce a farlo. Questo è il senso di partecipazione” 95_2F- RER

La partecipazione può avvenire in diverse fasi all'interno del progetto complessivo. In particolare gli intervistati sono orientanti nel far partecipare all'interno di tre macro fasi progettuali:

- Coinvolgere, far partecipare già dalle *primissime fasi* di analisi dei bisogni, definizione e scelta degli obiettivi di salute;

- Nella fase di *definizione e implementazione delle attività* rispetto a come migliorarle adattando, così idee e azioni, su precisi territori o su un preciso target;
- *Strutturare diversi livelli di partecipazione* in base alle differenti attività e per diversi attori (la partecipazione può variare dal prendere parte ad una attività già strutturata, ad una consultazione su come migliorare alcune attività ad un co-progettazione su singoli eventi, attività o su aree tematiche, gruppi di lavoro).

Prerequisiti della partecipazione

Dalle interviste, anche se non indagati attraverso domande specifiche, emergono anche alcuni “prerequisiti” per poter avviare un processo partecipativo. Il presente tema può offrire ulteriori chiavi di lettura sia delle influenze contestuali sui processi partecipativi, sia per costituire un momento di riflessione per future riprogettazioni di progetti simili. Alcuni di questi prerequisiti si ricollegano, in alcuni intervistati, con alcune criticità dei progetti di comunità, mentre per altri scaturiscono da esperienze dirette di pregresse esperienze partecipative o dalla prima fase della progettazione dei progetti di comunità.

In ordine di frequenza e salienza sono emerse:

- *Specifiche competenze tecniche e attitudini personali* come il saper, essere in grado di: mettersi in discussione e in gioco, ascoltare, gestire e coordinare, facilitare i processi e alcuni azioni, gestire i conflitti, sapersi muovere nel contesto;
- Disporre di *maggiori risorse* umane, economiche, di tempi idonei;
- *Volontà* sia di avviare e garantire dei processi partecipativi, sia di prendere parte a questi processi e assumersi delle responsabilità;
- *Reale possibilità* di programmare interventi partecipativi;
- *Buona conoscenza* del territorio e delle sue risorse;
- Certo grado di *Fiducia già presente o da ricostruire*. La fiducia è letta in una ottica bidirezionale, ovvero sia da parte di cittadini e organizzazioni/istituzioni nel fidarsi dell’istituzione sanitaria, che promuove

questi progetti e che realizzi quanto “promette”, sia la fiducia da parte degli operatori sanitari nelle possibili competenze e risorse di cui i cittadini, associazioni con cui si collabora possono essere portatori.

Un intervistato sottolinea come la scelta di prediligere un approccio più o meno partecipativo può dipendere da diversi fattori tra cui: la reale partecipazione che si riesce ad assicurare (senza generare false illusioni), il tempo e le risorse che si hanno a disposizione e non ha da ultimo la dimensione territoriale (più e piccola più si promuovere un approccio partecipato).

Rispetto alle specifiche competenze tecniche e attitudini personali di cui bisogna tener conto prima di avviare un processo partecipativo sono state approfondite (vedi tabella 6) all’interno delle due rappresentazioni dei progettazioni di comunità precedentemente descritte.

Tabella 6

Pre-requisiti del processo partecipativo all’interno dei due macro modelli di progettazione di comunità.

<i>Progetto di comunità come sviluppo di reti e alleanze per la salute</i>	<i>Progetto di comunità come progettazione partecipata e sviluppo di empowerment</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Competenze relazionali e di leadership e di facilitazione (saper coordinare, essere promotori e lavorare con altri); - Strumenti per risolvere i conflitti, difficoltà di armonizzare e mettere insieme le varie istanze delle associazioni, superare le reciproche diffidenze; - Scegliere dei buoni portavoce; - Saper motivare e valorizzare i propri partner; - Conoscere bene il territorio e il suo capitale sociale e gli interessi, le 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione caratteriale alla apertura e curiosità; - Competenze relazionali, di ascolto e di facilitazione (riuscire a far partecipare e diventare autonome e responsabili le persone coinvolte, riuscire ad accogliere o armonizzare anche idee diverse dalla propria o in apparenza lontana dai vincoli regionali del progetto); - Sapersi mettere in discussione, spogliarsi del proprio ruolo medico-prescrittivo; - Riuscire a mettersi alla pari.

preoccupazioni di una specifica comunità; – Un buon livello di fiducia in particolare nell’istituzione sanitaria promotrice.	
---	--

Si riportano a titolo esemplificativo alcune interviste.

*“Nel progetto di comunità con una programmazione partecipata, come abbiamo cercato di fare, devi accettare che tu hai in testa una cosa, ma che questa cosa è solo una delle mille proposte, cioè cosa si fa, cosa serve a quella comunità e... va, effettivamente, condiviso con la comunità stessa”*06F- LOC-R

“L’arrivare a condividere passo per passo quello che si farà [...] richiede anche una elasticità mentale, una disponibilità, secondo me, soprattutto, all’ascolto completamente diverso, nel senso che devi dare per scontato che quelli che conoscono, realmente, la situazione sono quelli che ci vivono nei progetti di comunità” 1_95F- RER

“Se si è davvero in un percorso di partecipazione, credo che bisogna essere disponibili a far sì che la partecipazione faccia prendere una strada un po’ diversa da quella che avevamo in testa noi, altrimenti non è vera partecipazione, cioè non va fino in fondo” 2_95F-RER

“La criticità è che loro diventando autonomi possono mettere in discussione te, cioè cambia il tuo ruolo, devi essere disposta a essere messa in discussione” 75M- LOC-R

“Dunque, nei progetti di comunità il ruolo dei cittadini dovrebbe essere vissuto, innanzitutto, come risorsa, questo implica che anche gli operatori e le amministrazioni rivedano il loro modo di vedere il cittadino, perché il cittadino, di solito, è visto come utente o paziente, cioè come colui che fruisce di un servizio e che, poi, negli ultimi anni è un servizio che l’utente o paziente ha la capacità di mettere in discussione, di... In un qualche modo, giudicare. Il fatto di vivere il paziente, l’utente e il cittadino come qualcuno che, invece, può portare un contributo, sicuramente, richiede un grosso cambiamento anche di prospettiva da parte dell’amministrazione da parte dell’operatore, sulla quale, penso, ci sia ancora molto da fare”. 64F- RER

“Ecco, credo che gli altri la percepiscano e credo che questo crei una specie di barriera: Tu, comunque, rimani l’esperto, io rimango il cittadino e non

*riusciamo a creare un qualche cosa che ci unisce nel lavorare insieme" 06F
LOC-R*

Rispetto invece alle rappresentazioni di partecipazione vediamo che in chi condivide una rappresentazione di partecipazione maggiormente inclusiva e con ruoli paritari i prerequisiti si spostano maggiormente sulle competenze e attitudini personali rispetto alla messa in discussione del proprio ruolo, all'ascolto, all'apertura mentre in chi condivide una visione di partecipazione più strumentale emerge il bisogno di competenze più di coordinamento, negoziazione e nel riuscire a motivare i partner.

Punti di forza e criticità dei processi partecipativi

Punti di forza

Come punti di forza dei processi partecipati negli intervistati emerge l'idea fortemente condivisa che i processi partecipativi e il lavorare attraverso i progetti di comunità aumenti l'efficacia e l'efficienza in termini di empowerment, partecipazione, coerenza e sostenibilità. I punti di forza emergono in misura maggiore in chi condivide una rappresentazione più inclusiva e paritaria della partecipazione del coinvolgimento di cittadini e partner. Inoltre tra questo sottogruppo di intervistati quelli che hanno già sperimentato, attraverso una esperienza diretta, dei processi partecipati, tra i punti di forza emerge anche l'arricchimento personale, una maggiore soddisfazione personale, sentimenti di gratificazione, l'opportunità di nuovi stimoli positivi, di crescita. La crescita personale è professionale emerge in relazione anche alle occasioni di confronto e riflessione che si sono sperimentate.

Per diversi intervistati l'efficacia e la sostenibilità dei progetti di comunità è strettamente connessa ai processi di partecipazione ed empowerment e nel concretizzare interventi e progettualità vicine ai bisogni e alle esigenze delle persone.

"Gli aspetti positivi sono, sicuramente, i cittadini sono indispensabili, perché se no facciamo come, però, spesso succede, dei puri esercizi a nostro uso e consumo" 06M - LOC

"I benefici di lavorare con la comunità credo che possono essere che fai qualche cosa che loro sentono come loro e che serve a loro, che è utile a loro e,

quindi, collaborano e partecipano” 06F- LOC-R

“Allora, la partecipazione dei cittadini può portare un beneficio grosso, cioè nel senso che se tu riesci, se loro riescono a capire che possono fare delle scelte diventano autonomi, cioè diventano consapevoli” 85F- LOC-R

“Come aspetti positivi... beh, sai, per me è stato molto interessante, io sono stata, sotto certi aspetti, anche sorpresa, nel senso che... beh, non mi aspettavo... Anche lavori di qualità, hai capito? Pure essendo persone che, poi, cioè... sono tutte persone, per esempio, dei laureati, persone che avevano studiato, c'erano tante casalinghe, capito? Però, queste sono andate, si sono documentate su internet, hanno guardato, hanno... Cioè, le informazioni le hanno trovate, sono andate sul sito della Regione, insomma, hanno studiato, capito? Quindi, questo, secondo me, è stato molto positivo” 15F- LOC

“Io vedo solo dei punti di forza che è quello che ti dicevo prima, il discorso del coinvolgimento più possibile, di tutte quante le componenti della medicina, eccetera, e per far sì che ci sia questo impatto positivo sugli stili di vita” 95M LOC

Tra i punti di forza che hanno avuto effetti sulla propria persona e lavoro emersi in chi ha condiviso un approccio più inclusivo e paritario sono: aver imparato ad ascoltare, aver compreso maggiormente in problemi di una precisa comunità, aver riflettuto molto acquisendo anche una maggiore conoscenza e consapevolezza, sentirsi impegnati in una attività sfidante e stimolante, aver ricevuto, nonostante le difficoltà insite di questi percorsi, una grande gratificazione, soddisfazione, entusiasmo ed emozioni positive.

“Per me lavorare con la comunità è un mettersi in gioco fantastico, perché è proprio un gemellaggio che, veramente, può dare tantissimi input, è fondamentale se vuoi dare servizi appropriati per quella comunità” 15F- LOC

“Mi hanno arricchito moltissimo, cioè il fatto di riuscire a colloquiare con gente diversa, in situazioni diverse e riuscendo a fare fronte anche a esigenze diverse dalle mie personali, credo che sia un'esperienza di una grande importanza per il mondo sanitario che ancora non è molto abituato a questo criterio di confronto” 06M – LOC

“Mi ha emozionato perché ho visto la partecipazione di tutta comunità perché ho visto che tutte le persone che parlavano avevano la massima concentrazione e di tutto l'uditorio. C'era il sindaco che quando parlava ovviamente era ascoltato in

silenzio e lo stesso silenzio e forse ancora con maggiore concentrazione era riservata ad una bambina di 10-11 anni che diceva la sua, e diceva quel che vedeva lei dal punto di vista della bambina, della scolara della quinta elementare con una lucidità e una capacità di individuare i problemi veramente stupefacente. E star là dentro e sentire quel che diceva uno o che diceva un altro sembrava davvero che stesse accadendo un miracolo..” 46M-RER

Criticità dei processi partecipativi

Come criticità, difficoltà connesse al progettazione di comunità emergono negli intervistati sia difficoltà strutturali, organizzative, specifiche del tipo di coinvolgimento che personali. In particolare le criticità emergono soprattutto dal sottogruppo locale e misto (LOC-R). In particolare emergono:

- *Tempo*, inteso sia come tempi necessari a sviluppare e presidiare processi partecipativi sia come tempo mentale per elaborare e riflettere all’interno di progetti aperti e indefiniti;
- *Personali* (mettersi in discussione, saper ed essere pronti ad ascoltare, spogliarsi del ruolo medico, riuscire a cedere del proprio potere);
- *Difficoltà di coinvolgimento e impegno* da parte dei partner (autoreferenzialità delle associazioni, diversa percezione del problema di salute, rigidità e programmazione gerarchica vincolante, sociale frammentato e quindi difficile da coinvolgere);
- *Imprevedibilità, instabilità delle amministrazioni, troppa ricchezza già esistente*;
- *Risorse umane e professionali* spesso scarse all’interno dei servizi

Di seguito si riportano alcune interviste:

“Il tessuto associativo spesso è caratterizzato da alcune persone che sono dei leader e delle associazioni non necessariamente perché siano più intelligenti o più bravi, più, ma semplicemente perché hanno più voglia di spendersi, oppure hanno un po' voglia di potere personale, quindi ci sono dei fattori personalistici che come dire possono far deviare la lettura del problema, l'individuazione dell'obiettivo e se queste persone comunque siano governate da una posizione di preminenza oh! Ci devi fare i conti, fai fatica, qui questo è un lavoro”. 65F - LOC

“La criticità è data dal fatto che non... Cioè è dal fatto che non tutti hanno la percezione del problema, cioè che si vuole andare a toccare ad esempio la percezione che la sedentarietà rappresenti un problema, per un altro, assolutamente, no, è lontano dal... e, quindi, questo fatto, naturalmente, può presentare la criticità.” 95M - LOC

“Il rischio più grosso che vedo è che invece che la cosa magari possa avere un momento anche di buon successo ma che poi dopo si spegne, come il palloncino che ha finito l'aria, questo è il rischio più grande, e dopo bisogna vedere quali meccanismi riusciamo a mettere in piedi” 65F - LOC

“Innanzitutto, delle forze che sono nostre, sono forze che sono sempre in calo, quindi, le nostre potenzialità, come azienda, sono sempre più ridotte” 95M - LOC

In particolare la dimensione del tempo e del potere reale che si può concedere è un aspetto che stato sottolineato da più intervistati.

“È il tempo e la scommessa, cioè il tempo... Ci vuole molto tempo, devi dedicarci molto tempo, ma non soltanto tempo materiale, anche tempo mentale, è un progetto molto più pesante dal punto di vista del tempo e del coinvolgimento emotivo rispetto a tanti altri progetti; cioè io non ho mai fatto tanto riunioni né con i cittadini e né con gli operatori, e tante riunioni, anche fra di noi, per capire dove andare, cosa fare, cosa era meglio, i problemi che erano sorti, tanto lavoro che... Con altri progetti, in realtà, in tutti gli altri progetti decidi cosa fare, quindi, due o tre vanno e fanno; mentre lì era un continuo rimettere in discussione, cercare di capire cosa era successo, quindi, il limite grosso del progetto di comunità è il tempo” 85F- LOC-R

“La partecipazione non è una cosa che si può fare in tempi rapidissimi se la vuoi fare in un certo modo, quindi, vuol dire anche avere del tempo a disposizione, vuole dire avere anche delle risorse a disposizione, perché vuole dire avere degli spazi, del personale che ti aiuta, quindi, spesso noi dobbiamo un po' anche qui fare i conti, trovare un po' una soluzione che sia la migliore possibile rispetto a quanto possiamo affermare di voler fare” 55M LOC-R

Tra le criticità personali emergono:

- Competenze di coordinamento e lavoro con i diversi partner, stakeholders (in particolare tra chi ha una visione di partecipazione più istituzionale, ristretta e strumentale);

“Le criticità sono, a volte, riuscire ad adattarsi a tutte le esigenze, non è sempre facile, però, bisogna sapere ascoltare e valutare e creare, se proprio non è possibile, dei momenti per ciascuno, in cui si riesca a non escludere nessuno”06M – LOC-R

“Il lavoro di regia è faticosissimo, perché bisogna sempre essere presenti, sempre richiamare, sempre tenere alta l'attenzione, perché se no si sgretola”15F - LOC

“E l'altra, forse, è perché... pregio e difetto, rappresentando, a volte, realtà, molto specifiche, ne hanno i difetti oltre ai vari pregi, nel senso che hanno, magari, interessi particolari che, poi, è difficile fare, in qualche maniera, coabitare e far sì che vengono armonizzati, però, sostanzialmente, forse è questa la difficoltà, mettere insieme, che è la forza ma anche difficoltà, perché finché non unisci il puzzle, poi, il disegno non viene fuori, hai solo dei pezzi sparsi”75M - LOC

- Riuscire nell'intento partecipativo, non escludere nessuno, coinvolgere tutti cercando di non escludere e di non disattendere le aspettative attraverso una falsa partecipazione (emersa tra gli intervistati che condividono una rappresentazione di partecipazione più inclusiva, equa e responsabile);
- Differenze tra le comunità, aziende e progetti, difficoltà iniziali di collaborare con aziende molto diverse e di poter estendere lo stesso progetto in realtà molto diverse;

- Capacità tecniche e metodologiche

*“La difficoltà è avere, appunto, le capacità da un punto di vista tecnico, metodologico di fare queste cose, che forse tra di noi sono pochi, ecco, quelli che hanno tutta una formazione ad hoc, una capacità così specifica”
06F - RER*

- Ascoltare, mettersi in discussione e spogliarsi del ruolo;
- Percezione di Fatica

Tra gli intervistati che condividono una visione dei progetti di comunità come un lavoro di rete, soprattutto con partner istituzionali, emergono le difficoltà nell'individuare partner affidabili, saperli motivare e orientare nel perseguire precisi obiettivi di salute e dove, in una ottica di partecipazione strumentale/opportunistica (partecipo per avere qualcosa in cambio) si pone il problema di come ricambiare,

dare visibilità ai partner che scelgono di partecipare, come riportato anche nella seguente intervista:

“Devi riuscire a fargli capire che avranno un ritorno, se no non partecipano come per tutti i progetti e il ritorno non è meramente il beneficio della propria comunità, ecco. Se c'è un altro tipo di ritorno, pubblicitario un ritorno legato anche a lavorare o collaborare con partner istituzionali tipo l'USL nel nostro caso che comunque che ti garantiscono un biglietto da visita diverso ecco, cerchiamo anche di evitare problematiche legate alle varie associazioni, comunque come Stakeholder” 34M - LOC

d) Ruoli percepiti

Di seguito si riporteranno la rappresentazioni del ruolo dei cittadini e dei colleghi con una analisi più dettagliata del ruolo personale e regionale e di come possa essere percepito il proprio ruolo.

Ruolo Cittadini e Partner

Di seguito si riportano la rappresentazioni emerse rispetto al ruolo attribuito ai cittadini e ai partner del progetto.

Ai cittadini viene attribuito prevalentemente un ruolo importante, soprattutto per migliorare e adattare gli interventi e per aumentarne il coinvolgimento, ma rimane confinato in ruoli più passivi come:

- *destinatari* finali degli interventi;
- *risorsa per consultazione* e feedback su azioni già determinate e su come loro stessi possono portarle avanti nei territori;
- *nessuno ruolo*

“Il cittadino singolo con un progetto di questo tipo non riesci ad intercettarlo, salvo piccoli eventi o avvenimenti che ti vai a creare con le varie associazioni, dipende anche da cosa vuoi ottenere” 14M – LOC

In chi condivide invece un ruolo più attivo dei cittadini e partner emerge:

- Risorsa per promuovere salute nella comunità, diventare un attivatore, un facilitatore, agente di trasformazione;

“Noi prevediamo di fare proprio rendendo protagonista questo cittadino che diventerà lui il comunicatore, l'applicatore e il facilitatore delle scelte di salute per gli altri. [...] Li rendiamo protagonisti come agenti di trasformazione della comunità, perché noi vogliamo proprio promuovere delle figure che all'interno, poi, delle loro microcomunità, microreti prossimali... riescono a trasferire sia le conoscenze che le competenze che noi cerchiamo di trasmettergli in modo da, tra virgolette, contagiare positivamente i loro amici conoscenti” 55M – LOC-R

- Risorsa con un ruolo paritario, attivo e proattivo

“Il cittadino, intanto, può essere lui che fa delle proposte, per esempio... E, quindi, come dicevo prima, ci sono dei gruppi di cittadini che hanno portato delle istanze e delle proposte, e, quindi, di solito, spesso hanno un ruolo di tipo attivo per l'Usl” 36F - LOC

All'interno di queste due visioni un cittadino può essere considerato una risorsa in fasi più avanzate, iniziali o specifiche (quando il cittadino di sua iniziativa si autopropone). Una minoranza degli intervistati, invece, attribuisce un ruolo totalmente diverso ai cittadini ponendoli in una posizione paritaria rispetto al proprio ruolo, considerandoli come degli esperti, una risorsa attiva e proattiva fin dalle prime fasi di co-progettazione. In chi condivide questa rappresentazione non emerge una distinzione tra i diversi attori (professionisti, associazioni e cittadini), bensì sono tutti considerati alla pari, poiché ognuno è portatore di esperienze e valori, senza distinzioni e ruoli gerarchici.

“La partecipazione è fra pari, assolutamente fra pari dove ciascuno è portatore della propria esperienza e dei propri interessi che di per sé sono legittimi e qualcuno ci mette quel... Ognuno ci mette quello che ha, ma non c'è chi vale di più e chi vale meno. Quando io ho detto al sindaco di venire al laboratorio e gli ho detto: "Tu vieni, però, al tavolo ti metti alla pari con tutti gli altri, non perché sei sindaco o non perché io sono un medico dell'azienda Usl ho più diritto di, e, quindi, è proprio la partecipazione... Sì, la partecipazione fra pari, cioè il riconoscimento a ciascuno di avere qualcosa da dire che gli è proprio, ciascuno è esperto di qualcosa se non altro della propria vita e, quindi, gli va riconosciuto quella sua esperienza” 85F – LOC-R

“Il cittadino, intanto, può essere lui che fa delle proposte, per esempio... E, quindi, come dicevo prima, ci sono dei gruppi di cittadini che hanno portato delle istanze e delle proposte, e, quindi, di solito, spesso hanno un ruolo di tipo attivo per l'Usl” 16F - LOC

Inoltre in chi condivide una visione più positiva dei cittadini e più inclusiva di partecipazione è emerso il tema della scoperta associata ad una visione dei cittadini inaspettata, dove semplici cittadini ma anche insospettabili bambini, potevano e hanno dimostrato di essere “esperti” e competenti. Questa visione del cittadino scoperta attraverso una esperienza diretta o ancorata a idee e valori personali è fortemente presente in chi condivide un approccio più inclusivo.

“La cosa che mi ha emozionato di più è stata l'assemblea dove la comunità.. nella quale la comunità di Podenzano...perchè era aperta e potevano venire tutte le persone che volevano venire. La comunità ha scelto i fattori di rischio su cui agire e come. Sono andato a quell'assemblea molto preoccupato perché dovevano rimanere dentro i temi di guadagnare salute e dovevamo anche stare dentro a quegli interventi che hanno dato prova di efficacia e sorprendentemente alla fine è saltato fuori una scelta di fattori di rischio ed interventi che potevano essere stati estrapolati da un paio di pagine di un documento OMS, perché erano come un libro scritto...” 46M - RER

“Sai, per me è stato molto interessante, io sono stata, sotto certi aspetti, anche sorpresa, nel senso che... beh, non mi aspettavo... Anche lavori di qualità, hai capito? Pure essendo persone che, poi, cioè... sono tutte persone, per esempio, dei laureati, persone che avevano studiato, c'erano tante casalinghe. Però, queste sono andate, si sono documentate su internet, hanno guardato, hanno... Cioè, le informazioni le hanno trovate, sono andate sul sito della Regione, insomma, hanno studiato.. Quindi, questo, secondo me, è stato molto positivo [...] Io, veramente, su questo ho fatto pochissimo, cioè le idee me le hanno date loro, io le ho solo messe in fila, ho chiarito. Ma vedi, in quella comunità, quel contesto e le persone che conoscono la loro situazione [...] Perché? Perché loro conoscono il loro contesto. Poi, magari, ecco, porti dietro anche i pregiudizi e quanto altro, però, il valore aggiunto è che loro, effettivamente, ti possono portare in alcune situazioni” 15 F – LOC

“Cosa fare e su che cosa intervenire debba essere deciso insieme alla comunità, perché, altrimenti, non c'è una partecipazione vera; ma nel senso reale delle cose da fare, cioè: o si è disponibili a discutere e a capire quello che è la realtà, visto da chi abita un territorio o, altrimenti, c'è una distanza troppo grande tra i tecnici e i cittadini, e, poi, spesso, quello che viene rilevato, da un punto di vista teorico, non

coincide con quelli che sono i veri problemi delle persone, e, di solito, chi abita e vive il territorio ha una visione molto più completa, molto più ricca e molto più reale della situazione da affrontare in queste... ormai, cos'è, un anno di lavoro, abbiamo visto, consultandoci proprio con persone che ci lavorano da anni, che ci vivono realmente sul territorio dove abbiamo pensato di fare progetti di comunità, che loro avevano un punto di vista che a noi mancava assolutamente, insomma, noi avevamo come... Che ne so, l'ultimo piano di un palazzo, vedevamo le cose dall'alto, ma non avevamo la percezione di quello che accadeva in strada, ecco, se dovessi fare un esempio, e, quindi, credo che questo sia veramente il metodo che ci permette di lavorare con le persone, cioè confrontarsi con loro e cercare di capire insieme su che cosa vale la pena lavorare prima” 06F LOC-R

Ruolo Partner e Colleghi

Rispetto al ruolo dei diversi partner dalle interviste emerge un visione prevalente di ruoli importanti sia per le conoscenze, competenze specifiche che per garantire la continuità degli interventi:

- Risorsa importante da ascoltare valorizzare (sia per il valore aggiunto che possono portare che come strategia per assicurarsi e allargare la partecipazione);
- Risorsa/Strumento per raggiungere determinati obiettivi;
- Ruolo Passivo da modellare, orientare verso i propri obiettivi di salute;

Emergono inoltre in alcuni intervistati un ruolo scomodo e opportunistico di alcuni partner nel momento in cui cadono nell'autoreferenzialità o quando chiedono, si aspettano qualcosa in cambio (anche in termini economici o di visibilità).

Rispetto ai propri colleghi, soprattutto sanitari, coinvolti nei progetti di comunità emergono ruoli paritari di assoluto confronto e collaborazione.

Alcuni intervistati invece, hanno espresso anche esperienze più negative dovute a:

- Una tendenza iniziale di alcuni colleghi di voler “imporre” il proprio ruolo o emergere, come in un ottica competitiva, come più i bravi;
- Difficoltà iniziali nel dover collaborare con professionisti con visioni ed esperienze anche molto diverse dalle proprie;
- Chi impone il suo ruolo lasciando pochi spazi di dialogo e confronto.

Approfondimento tra i ruoli Regionale e Locale

Tra i ruoli personali emerge in modo prevalente un ruolo di coordinamento, di facilitazione, di medico ed esperto. L'analisi dei ruoli verrà qui presentata attraverso il dettaglio di tre sottogruppi specifici dei partecipanti; chi ha un ruolo prettamente regionale (RER), chi svolge un ruolo ibrido, ovvero locale con alcuni ruoli ufficiali regionali e come coordinatore del progetto di area vasta (LOC-R) e chi ha un ruolo totalmente locale (LOC).

Gruppo Regionale - RER

Tra gli intervistati con un ruolo prettamente regionale, riferendosi al proprio ruolo personale e regionale, emerge: ruolo di regia, di coordinamento, di facilitazione, di indirizzo su metodi e obiettivi con verifica progressiva, di garanzia di equità e uniformità nei diversi territori.

Rispetto a come gli altri colleghi, operatori coinvolti nei progetti possano percepire il loro ruolo emergono riferimenti ad un ruolo più di tipo economico (tesoriere, finanziatore), ruolo scomodo, burocratico, poco visibile e di valutazione. Nella tabella 7 si mostrano le categorie emerse e a seguire alcuni estratti delle interviste.

Tabella 7

Gruppo Regionale _ auto percezione ed eteropercezione

Percezione del proprio ruolo (connesso alla percezione del ruolo regionale):	Percepito da altri:
<ul style="list-style-type: none">- Regia, coordinamento e di sostegno formativo e politico;- Garanzia di equità – uguaglianza- Trasparenza con tutti i territori;- Facilitazione (es. ricerca di indicatori comuni, confronti, strumenti condivisi);- Approfondimento, sperimentazione, condivisione, crescita per fare meglio	<ul style="list-style-type: none">- Tesoriere, finanziatore;- Coordinamento complessivo;- Gruppo scomodo (documenti, esami, diffidenza e giudizio);- Ruolo poco visibile, manifesto per gli implementatori locali

Estratti interviste sulla percezione del proprio ruolo:

“Cioè questo di garantire una regia, di facilitare dei processi di avere degli indicatori comuni, perché non può essere che ogni progetto ha i suoi indicatori e

non ci si accordi su traccianti comuni verso proxy di salute. Ma anche facilitare il confronto e rendere facili gli strumenti per tutti, ecco questo è l'esempio della formazione, insomma una formazione comune per facilitare scambi tra diverse realtà e in qualche modo dare le regole, come abbiamo fatto, iniziali e verificarne pian piano le applicazioni, insomma era di un metodo e riguarda gli obiettivi: questo è quello che penso sia il nostro compito” 1_95F - RER

“Penso di poter essere utile cercando di portare la mia visione e cercando di scavare, approfondire il significato delle cose che stiamo andando facendo e di portare alla riflessione degli altri colleghi come queste riflessioni che sto facendo io: quindi questo penso che abbia, che sia la cosa che posso fare” 46M - RER

“Penso che stiamo un po' sperimentandoci anche noi come gruppo, penso che questa esperienza ci insegnerà come fare meglio in futuro; a volte sono momenti un po' faticosi e credo che si vedano anche un po' le differenze di impostazione che ci sono in regione; su questo, però, credo che sia uno sforzo che vale la pena di fare” 2_95F - RER

Estratti interviste su come viene percepito il proprio ruolo:

“In alcuni casi c'è una coincidenza, perché alcuni coordinatori sono anche referenti nel gruppo e, quindi, per alcuni di loro c'è una doppia veste in due tavoli. Da fuori può darsi che venga percepito anche come un gruppo scomodo, che produce documenti, che fa degli esami, dei progetti, quindi, può anche darsi che ci sia una po' di diffidenza e, poi, la Regione è quella che dà i soldi, quindi, probabilmente ci sono un po' di posizioni ambivalenti nei confronti di questo gruppo. Può darsi che ci sia anche, invece, un livello di fiducia e che, quindi, non ci sia questa idea della diffidenza o del giudizio, però, non so.” 2_95F - RER

“Credo che ci sia stata una fase in cui i referenti territoriali si sono sentiti giudicati anche perché, appunto, poi, c'è stata anche la scelta di dovere escludere due progetti dalla graduatoria dei finanziamenti, credo che questi siano passaggi... insomma, non semplici, che vanno anche un po' elaborati, vanno metabolizzati, vanno anche molto... fatti propri, insomma, non vanno trascurati, ecco.” 64F - RER

Gruppo Loc-R - Locali con alcuni ruoli e collaborazioni ufficiali regionali

All'interno di questo sottogruppo tra gli intervistati emerge il riferirsi a doppi e multipli ruoli personali (es. coordinatore locale, referente regionale etc e con un

ruolo di coordinamento, riferimento e facilitazione. Rispetto, invece a come si pensa sia percepito il proprio ruolo emerge l'idea di un ruolo di coordinamento, di leadership o di fastidio.

Tabella 8

Gruppo LOC-R _ auto percezione ed eteropercezione

<i>Ruolo Personale</i>	<i>Il proprio ruolo percepito dagli altri</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Doppi e multipli ruoli; - Dare coerenza ad obiettivi locali e regionali; - Facilitatore che ha delle conoscenze, competenze, di metodo, relazioni; - Diventare promotori, catalizzatori di risorse già esistenti; - Ruolo paritario con colleghi/stakeholders; - Ruolo politico; - Ruolo di non direttività, onestà e trasparenza; - Equilibrista, armonizzatore 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento, rendere trasferibili certe azioni; - Motivatore del gruppo - Medico - Esperto, professionista - Leadership del gruppo - Riferimento per il territorio, dove riportare informazioni; - Ruolo scomodo, percepito con fastidio

Assumere un ruolo sia locale che regionale viene percepito come una opportunità sia rispetto al miglioramento delle progettazioni regionali che nel dare più forza, sostegno e omogeneità alle azioni locali. Anche il ruolo regionale appare diverso rispetto a quanto percepito dal sottogruppo di intervistati con un ruolo prettamente locale. Si seguito si riportano alcuni estratti di interviste rispetto agli elementi positivi dei multipli ruoli.

“A livello regionale nella programmazione ti sfuggono certi aspetti pratici che poi devi gestire quando sei sul campo e così ti aiuta sicuramente ecco a migliorare anche l'efficacia degli interventi stessi, insomma alla fine ad essere sul campo” 55M – LOC-R

“Ti dico che l'esempio è stato insomma il lavorare insieme e di portare a casa sia il livello di polis che di..poi di attività realmente svolte sul territorio, molto di più di quello che c'era prima a livello locale. Ma anche, anche perché poi mi

riconoscono a livello regionale è ovvio che poi a livello locale me la gioco bene (risatina) anzi do più forza a livello locale". 45F – LOC-R

"Sono responsabile sempre a Fantasilandia²⁸ e poi comunque anche referente regionale, per cui faccio entrambe le cose ed è anche più utile perché così tutti i progetti che organizziamo a livello regionale poi li metto in pratica anche a livello locale, per cui mi rendo conto anche a livello pratico come sta avvenendo anche per il progetto di comunità sono nel gruppo regionale però allo stesso tempo lo sto portando avanti a livello locale, insomma per cui mi da doppia soddisfazione, ecco" 55M – LOC-R

Assumere più ruoli può però comportare non solo aspetti positivi ma anche tensioni e conflitti. Gli intervistati riferiscono la propria personale tensione rispetto alle diverse responsabilità che ogni ruolo comporta e nel poter assicurare precisi equilibri verso i vincoli regionali, aziendali, del gruppo di lavoro di area vasta e rispetto ai cittadini e partner coinvolti nei progetti. Alcuni intervistati riferiscono anche della necessità, non sempre semplice, di dover scardinare e confrontarsi con equilibri pre-esistenti poco funzionali in cui la Regione *"ha dato potere a chi non ne ha"* (intervista 65F). Il proprio ruolo può inoltre scontrarsi con la difficoltà di conciliare un approccio fortemente partecipativo, con cittadini e partner, in cui *"se cedi potere hai anche minor controllo"* (intervista 85F) con quelle che sono le indicazioni e vincoli regionali e locali. Rispetto sempre al rapporto con i cittadini un intervistato sottolinea inoltre l'importanza di non creare false illusioni di partecipazione, favorendo onestà e trasparenza in tutte le fasi del percorso, soprattutto rispetto ai singoli ruoli e libertà di ognuno. Si riportano alcuni brevi esempi:

"Una che valeva come gli altri, però, in certi momenti dicevo: "ragazzi, come responsabile devo fare questa cosa", cioè, io, secondo me, era giusto farlo. Quindi, ci sono stati anche dei momenti un po' di... Perché mi muovevo sempre su due piani, è come se... dovessi mantenere, allora, c'era il livello che ero pari a loro, c'era il livello in cui io pensavo che dovessi fare una scelta diversa.." 85F – LOC-R

"Con fastidio! Non da parte di tutti ma da parte di alcuni sì. Cioè diciamo la Regione ci ha chiesto qualcosa di impossibile, perché il potere nelle Aziende è pirata, qui si chiede a qualcuno che non ha potere di far funzionare una roba tra persone che prima non si conoscevano, cioè non lavoravano insieme, che

²⁸ Nome di fantasia per motivi di privacy

hanno ruoli diversi, che hanno reti di collaborazione anche interna diversi, che erano abituati ad agire senza doversi confrontare con nessuno, senza che ci sia un potere, che non quello del soggetto che non vede nulla, per cui il ruolo può essere percepito come fastidio..” 65F – LOC-R

“Bisogna essere onesti con le persone e con gli altri rispetto a quanto, effettivamente, noi possiamo promettere sia in termini di coinvolgimento sia in termini anche di raggiungimento degli obiettivi, quindi, dobbiamo stare molto attenti a non prendere in giro nessuno e a non promettere cose che non potremmo realizzare” 55M – LOC-R

All'interno del gruppo Loc-R la Regione Emilia-Romagna è percepita come promotrice, facilitatrice di alcuni processi, opportunità e stimoli di supporto, accompagnamento e possibilità di crescita all'interno di questo progetto.

In particolare connesso al ruolo Regionale emerge:

- Ruolo di Promotore e facilitatore di opportunità di stimoli, sfide;
- Ruolo di supporto (anche metodologico), di confronto tra le esperienze e di accompagnamento

In alcuni intervistati appartenenti a questo sottogruppo è emerso anche un ruolo “desiderato” riferito alle aspettative e desideri rispetto al ruolo regionale.

All'interno del ruolo “desiderato” emerge il bisogno di un maggiore supporto metodologico e di accompagnamento, una maggiore apertura ed elasticità anche nel prendere atto e valorizzare le specifiche differenze. Emerge inoltre un bisogno maggiore di confronto tra le esperienze e gli operatori, il potersi sentire come parte di un unico gruppo. Alcuni intervistati, forse anche un timore per una valutazione, sperano che la regione non abbia una eccessiva rigidità o aspettative molto alte rispetto a quanto è possibile realizzare concretamente nei territori. Alcuni intervistati riportano anche il desiderio che la regione possa trovare strumenti per raccontare i progetti, misurarli e comunicarli stimolando anche un senso di comunità più ampio.

Si riporta un estratto di come per un intervistato la Regione potrebbe promuovere un senso di comunità più ampio.

“La regione dovrebbe essere un riferimento per dare senso di comunità più ampia, cioè se parliamo di promozione della salute, progetti di comunità, e comunità la regione è quel livello di comunità più alta che dovrebbe essere che viene costruita tra operatori che vivono in realtà diverse che però

vivono nello stesso contesto [...] per esempio XXX fissarlo a Reggio Emilia è sbagliato, un posto va bene ma deve essere itinerante se no la gente non si sente partecipante [...] io voglio andare anche a Piacenza mi piace anche andare a Piacenza, faccio anche una gita e i piacentini sono contenti perché si vedono portatori di un dono io porto il mio dono piacentino a tutti. Un aspetto importante se si vuole creare comunità è un po' creare formazioni itineranti [...] in questo senso è un modo per creare appunto questa comunità che si muove è aperta che non è soltanto in un luogo e basta questo qui potrebbe essere anche vincente perché crea comunità negli operatori più comunità e questo è molto importante nella quotidianità [...] La comunità deve avere un senso forte di dono, io faccio una cosa perché so che nel donare poi ricevo, nel donare c'è uno scambio continuo e in questo senso anche la possibilità di interagire, di itinerante ha valore perché uno scambio di dono e allora il salto di qualità lo potrebbe fare la regione se riesce a costruire questo meccanismo di opportunità di essere presenti nella comunità allargata". 05M – LOC-R

In due intervistati, invece, emerge l'identificazione e il percepirsi anche un ruolo Regionale. Il proprio ruolo e lavoro è così visto sia locale che Regionale insieme.

"Io, in un certo senso, mi sento anche un po' della Regione, un po' anche per il mio ruolo, quindi, faccio un po' fatica a vedermi totalmente staccato dalla Regione" 55M – LOC-R

"La regione..io dico sempre la Regione siamo noi, non è che là la regione è là, la regione siamo noi: un gruppo che sul territorio porta avanti le azioni" 45F LOC-R

Alcune scelte Regionali, come ad esempio il lavorare per area vasta, anche se inizialmente sono state percepite come una imposizione sono state rivalutate in una ottica positiva da alcuni intervistati di questo gruppo sia in termini di opportunità di crescita che in una ottica lungimirante rispetto ai successivi e futuri accorpamenti delle Aziende Usi per aree vaste.

Gruppo Loc – Locali

All'interno del gruppo degli implementatori locali vi si ritrovano diverse definizioni del proprio ruolo personale e di come possa essere percepito. In generale, soprattutto se confrontato con il sottogruppo LOC-R il proprio ruolo viene percepito come meno definito e legato maggiormente ad aspetti di facilitazione e realizzazione delle

proprie azioni e all'interno delle reti di collaborazione con gli altri colleghi del progetto. Rispetto al proprio ruolo in relazione al lavoro con i diversi partner emerge il tema della difficoltà di saper armonizzare le diverse istanze (che possono arrivare da associazioni e partner diversi), il gestire i diversi bisogni e interessi, il riuscire a valorizzare e mettere in rete l'esistente.

Rispetto a come si può essere percepiti dagli altri membri dei gruppi di lavoro e dai cittadini mentre nei primi emergono delle risposte nella seconda sono più deboli o assenti mentre anche in queste sottogruppo, seppure in modo diverso emergono più ruoli rispetto ai propri colleghi, ai propri operatori che si dirige e rispetto alle diverse realtà della comunità che si coinvolgono. Di seguito si riporta una breve sintesi e alcuni estratti di interviste. Il ruolo regionale, invece, viene percepito come iniziatrice, promotrice dell'intero percorso dei progetti di vista ma vista allo stesso tempo come maggiormente lontana, di sfondo, un organo, una sovrastruttura che ha il ruolo di sorvegliare e rendere omogeneo.

Tabella 9
Gruppo LOC _ auto percezione ed eteropercezione

<i>Ruolo Personale</i>	<i>Il proprio ruolo percepito dagli altri</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Capo, Leader, - Equilibrista, armonizzatore - Dare coerenza ad obiettivi locali e regionali; - Facilitatore che ha delle conoscenze, competenze, di metodo, relazioni; - Diventare promotori, catalizzatori di risorse già esistenti; - Ruolo paritario con colleghi/stakeholders; - Ruolo pragmatico organizzativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Non lo so - Con i colleghi alla pari e in un buon clima di collaborazione; - Motivatore - Ruolo di catalizzatrice di idee e attività - Medico, esperto

Esempi di interviste riferite al ruolo personale percepito ed etero percepito all'interno del sottogruppo LOC

“Allora dai colleghi, io credo che sia un ruolo di tipo catalizzante, nel senso perché io sono fatta così, quindi, mi entusiasmo facilmente, ho sempre... Sono un

po' incalzante come idee; sono curiosa e questa cosa la posso fare perché ci sono altri colleghi che fanno dei ruoli diversi, infatti, diciamo, che mi sono circondata, ci sono delle persone, delle professionalità diverse [...] devo essere un po' fermata, portata con i piedi per terra, perché, poi, dopo, ogni tanto, bisogna che ci fermiamo e facciamo il punto della situazione” 16F - LOC

“Il mio ruolo si dovrebbe cercare su due aspetti a mio giudizio, uno sul far lavorare il gruppo degli operatori sui target che si propone di promuovere la salute e quindi nel coordinarsi, dire ha senso, non ha senso, cioè verranno fuori una marea di problemi, perché disponibilità, eccetera, perché sono, insomma, poi diversi eccetera [...] nel senso che la mia leadership è intesa come un riferimento organizzativo per queste persone, perché avranno bisogno di cose di questo genere.

L'altro mio ruolo è quello di dare a questo gruppo le opportunità migliori per esercitare questo tipo di promozione, capire bene, dovrebbero averne, per quello che ho capito, insomma, dalle loro caratteristiche... Non è che si rifiuta di fare qualcosa di diverso dal solito, questo è già qualcosa di buono. [...] Vorrei che questi operatori fossero referenti delle varie organizzazioni soggetti credibili come può essere chi istituzionalmente dovrebbe avercelo questo ruolo; ecco, non mi dispiacerebbe essere scavalcato, scavalcato, intendiamoci [...]vorrei che anche loro non si sentissero troppo dipendenti da..” 85M - LOC

“Quello di area vasta è un rapporto tra pari quindi comunque non è che un normale rapporto di collaborazione tra colleghi. Verso, diciamo, gli interlocutori territoriali è ancora un cercare di conoscersi, sono nuovo io, e nuovo il progetto, sono nuovi loro; con alcuni con cui ho già lavorato ho un rapporto diverso, con tanti altri invece man mano vedremo come ci si trova, ecco” 83M - LOC

“Occorre, intanto, essere dei bacini di...emm raccogliere le esigenze, perché, poi, anche... perché le associazioni fanno sì che si raccolgano persone che hanno esigenze comuni, hanno interessi comuni e, quindi, sostanzialmente, incanalare esigenze simili e che, poi, in qualche maniera, possono intervenire nelle varie fasi dei progetti” 75M – LOC

Esperienze e background teorico

Rispetto al ruolo del background teorico e alle pregresse esperienze nell'influenzare la partecipazione emerge in modo trasversale nei tre sotto gruppi (RER, LOC-R, RER) come l'esperienza personale giochi un ruolo molto importante nell'influenzare la propria idea di partecipazione, la propria visione del ruolo dei cittadini e il modello di progettazione di comunità a cui si può fare riferimento. Anche rispetto a quale fase aprire una maggiore partecipazione gli intervistati che si orientano nel far partecipare

già dalle prime fase ritengono che ciò sia una azione, appresa per esperienza diretta, che garantisce una maggiore collaborazione e coinvolgimento. In particolare in chi condivide l'approccio maggiormente partecipato emergono esperienze pregresse (personali o indirette) positive, una maggiore fiducia nei cittadini in cui si è visto concretamente quanto possono essere una risorsa attiva e semplicemente un target. Rispetto invece al background teorico emergono pochi riferimenti netti a precisi modelli, nonostante la domanda diretta, in particolar modo rispetto al sottogruppo Locale e in qualche LOC-R.

Nonostante ciò i riferimenti emersi sono stati (in ordine di frequenza): il counselling motivazionale (soprattutto rispetto al capire se i cittadini o partner con cui si collabora sono predisposti al cambiamento), percorso di riflessione pratico – metodologica avviata durante la progettazione dei piani per la salute, mentre in misura minoritaria nel gruppo RER e LOC-R sono emersi riferimenti al modello di progettazione PRECEDE-PROCEED e ad alcuni riferimenti teorici derivanti da altre discipline come la sociologia e la psicologia di comunità.

“Sinceramente no, perché... Non voglio dire che ho fatto tutto da solo, che è un limite, capisco bene, però, sinceramente, non ho letto né approfondito altri tipi di esperienze, ogni tanto mi capita di leggere un po' qui e un po' là, però, alla fine, la conclusione è: Sì, però, io qua farei in maniera diversa, quindi, su questo non mi sono mai confrontato” 06M – LOC

“Io nasco da una formazione medica ma molto orientata anche alla promozione della salute e l'educazione della salute è sempre stata una delle discipline che ho coltivato di più anche allargando ad ambiti come sociologia, psicologia di comunità collaborando anche, appunto con persone come la prof.ssa Zani, la prof.ssa Cicognani diciamo, che da questo punto di vista sono dei riferimenti anche accademici in questo senso, sia, appunto, i miei studi sia la mia formazione e anche, poi, dopo le esperienze che ho condotto sul campo mi hanno sempre più confermato e consolidato in questo tipo di impostazione, ecco. Quindi, c'è il presupposto, se vuoi, formativo e teorico cui faccio riferimento e degli autori ma, poi, soprattutto, anche consolidato ad anni di pratica nei quali in cui appunto sperimentare sia le difficoltà ma anche... diciamo, le opportunità che ci sono in questo tipo di progetti” 55M- LOC-R

“Che forse che c'è una differenza tra quello che è la teoria, cioè il modello

di Green aiuta tantissimo, sia nell'impostare il lavoro che nella valutazione e, però, poi, applicato concretamente... diciamo che bisogna essere più capaci di condurre le situazioni che non semplicemente avere un modello in testa, non so come dire. Secondo me, quello che, poi, tu riesci a portare a casa dipende in parte dalle tue, senz'altro, capacità che, probabilmente, hai acquisito, un po', secondo me, ce le abbiamo naturali, perché, comunque, questo è il discorso, va messo in ordine una serie di cose che, probabilmente, ognuno di noi un po' con un po' di buon senso, in parte, faceva e questo aiuta moltissimo nel percorso, però, credo che, poi, riuscire a portare a casa, veramente, un qualche cosa dalla comunità, dipenda da quanto..” 06F – LOC-R

Discussioni

Attraverso queste analisi è emersa un'importante ricchezza di significati e delle possibili traduzioni operative della rappresentazione della *partecipazione*. In generale è emerso come esso non sia un costrutto monodimensionale ma che possa essere letto e compreso attraverso diverse dimensioni e particolarità. Infatti la partecipazione può essere definita dai diversi operatori sanitari attraverso qualsiasi forma di coinvolgimento che può variare dal far partecipare chiedendo feedback su un'attività specifica già decisa, fino a momenti di co-progettazione all'interno di ruoli paritari. Riprendendo il livelli di partecipazione di Wilcox (1994), si può variare da un livello prettamente informativo fino alla dimensione del poter “agire insieme”. La partecipazione, inoltre, può essere compresa e analizzata all'interno delle dinamiche di potere; degli obiettivi e delle finalità del progetto (l'obiettivo del progetto di comunità è lavorare per migliorare i sani stili di vita o anche per promuovere partecipazione?), e di conseguenza anche in base ai tempi del coinvolgimento (es. fin dalle primissime fasi iniziali o solo su specifiche azioni). Inoltre la rappresentazione di partecipazione può differenziarsi anche in base agli attori coinvolgibili (meglio attori istituzionali o liberi cittadini?); può essere influenzata anche in base alle idee degli eventuali ruoli e caratteristiche che si possono attribuire ai cittadini e partner (utenti, risorsa o *agenti* attivi?), agli obiettivi progettuali, ma soprattutto anche ad aspetti valoriali e di esperienza positiva diretta e indiretta e ad altre influenze organizzative e socio-contestuali.

La rappresentazione del coinvolgimento della comunità sembra ancora prevalentemente fermarsi (nelle intenzioni degli intervistati) ad un ambito più istituzionale, consultivo e opportunistico come uno *mezzo* per raggiungere determinati obiettivi e migliorare l'adattabilità di un progetto.

Chi, invece, condivide e cerca di realizzare un approccio alla partecipazione più egualitario, inclusivo, non più solo come mezzo, ma come il fine delle progettazioni e azioni, emerge anche un forte ancoraggio con esperienze positive dirette in cui hanno potuto sperimentare in prima persona le potenzialità di far partecipare anche semplici cittadini, di poter cedere quote di potere e fiducia, all'interno di un contesto di ascolto, apertura, confronto e riflessione. Questi aspetti emergono negli intervistati come dimensioni sfidanti (a volte faticose e cariche di tensioni personali) ma che offrono importanti opportunità in termini di crescita personale e professionale, gratificazione, soddisfazione e di una maggiore percezione di efficacia dei progetti. Le comunità, i cittadini diventano così non solo target, "oggetti" da educare, indottrinare, ma anche soggetti attivi, risorse preziose che all'interno di un scambio dialogico possono diventare importanti incontri per entrambe le parti.

Un altro tema importante che emerge rispetto alle rappresentazioni della partecipazione è legato all'influenza dei fattori contestuali (tempi, risorse, dimensione della comunità) che possono orientare gli operatori sanitari verso la scelta di un preciso processo partecipativo che ricollocano la partecipazione all'interno di un preciso tempo e spazio, sociale ed ecologico.

Nonostante la ricchezza dei dati emersi, si ritiene importante poter sviluppare ulteriori studi di tipo quantitativo per comprendere anche le rappresentazioni di chi è stato coinvolto nei diversi processi partecipativi e di poter analizzare le possibili implicazioni che hanno rispetto a processi di empowerment, senso di comunità e percezione della propria salute da parte di tutti i collaboratori, partner, associazioni e cittadini coinvolti nell'azione. Il secondo studio lungo questa direzione ha cercato di iniziare ad esplorare i vissuti di chi partecipa cercando di metterli in relazione con i possibili esiti, potenzialità e problematicità emergenti.

Capitolo VI

Costruire Salute con le comunità: analisi e valutazione della qualità della partecipazione nell'ambito di interventi di Promozione della Salute con le comunità locali

Introduzione

Come illustrato nel terzo capitolo la letteratura (sia di psicologia di comunità che di sanità pubblica) evidenzia come la partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento della comunità negli interventi di promozione della salute sono fondamentali per migliorare l'empowerment (individuale e di comunità), la salute generale, i determinanti di salute ed una maggiore giustizia sociale. La partecipazione inoltre costituisce una importante azione trasformativa positiva non solo per i cittadini coinvolti ma anche per le stesse istituzioni (Montero, 2004) che possono promuoverla o accoglierla e per la società nel suo complesso (Clary & Snyder, 2002).

All'interno però dei numerosi studi sulla partecipazione e su i suoi effetti, positivi, negativi e controversi, diversi nuovi filoni di ricerca si stanno interrogando su quali specifiche dimensioni della partecipazione possono essere in relazione con precisi processi psico-sociali e outcome come l'empowerment, il senso di comunità e l'intenzione a continuare a partecipare.

Alcuni aspetti interessanti da poter indagare all'interno dei processi di qualità delle coalizioni e delle partnership può essere offerto dalla qualità della esperienza della partecipazione, dalla qualità del livello di collaborazioni interdisciplinari e dalla percezione di aver contribuito a livello decisionale.

Per il presente studio ci si è soffermati in particolare nel cercare di comprendere il possibile ruolo di una precisa qualità della partecipazione intesa come: qualità dell'esperienza di partecipazione e di particolari processi riflessivi, la qualità delle esperienze di collaborazioni interdisciplinari e la percezione di aver contribuito a livello decisionale.

Scopo del presente studio è sia di comprendere come la partecipazione e le collaborazioni interdisciplinari si siano concretamente attualizzate all'interno dei progetti di comunità che le possibili relazioni tra una partecipazione di qualità e

alcuni maggiori costrutti psico-sociali. In particolare si voleva verificare se la percezione di una maggiore qualità della partecipazione e delle collaborazioni interdisciplinari e la percezione di aver sperimentato un ruolo decisionale possa favorire, in coloro che sono coinvolti nei progetti (es. professionisti in ambito sanitario e sociale, membri di associazioni, comuni cittadini, ecc.), un maggiore empowerment, senso di comunità, e una valutazione più positiva dei progetti, con particolare riferimento alla loro efficacia, alla soddisfazione per l'esperienza e l'intenzione a continuare a impegnarsi in progetti simili in futuro.

Obiettivi

Il primo obiettivo del presente studio è quindi quello di esaminare, nei partecipanti ai gruppi di lavoro coinvolti nei sei progetti di comunità regionali, i seguenti aspetti:

- Caratteristiche socio-demografiche;
- Ruoli ricoperti nei progetti e attività a cui si è partecipato;
- Livello di Informazione e percezione di chiarezza su obiettivi e attività previsti nei progetti;
- Percezione del tipo di contributo fornito (decisionale, informativo, consultivo, progettuale);
- Percezione del ruolo dei cittadini nei progetti;
- Percezione della qualità dell'esperienza di partecipazione e della qualità della collaborazione nei gruppi;
- Senso di comunità;
- Empowerment personale e dei cittadini;
- Percezione dell'efficacia dei progetti e della loro implementabilità;
- La soddisfazione della esperienza di partecipazione e le intenzioni di continuare l'esperienza in futuro.

Il secondo obiettivo era indagare la relazione fra la percezione di aver ricoperto un ruolo decisionale, la percezione della qualità della partecipazione e delle collaborazioni interdisciplinari con i seguenti esiti:

- senso di comunità;
- empowerment;

- percezione dell'efficacia e dell'implementabilità dei progetti;
- soddisfazione per l'esperienza di partecipazione;
- intenzioni di continuare a partecipare in progetti di promozione della salute.

Anche se in letteratura molti dei benefici della partecipazione sono stati indagati rispetto a specifiche forme di partecipazione civica e politica per il presente studio si ipotizzava che i membri dei gruppi di lavoro che percepiscono una maggiore qualità della partecipazione e delle collaborazioni interdisciplinari, percepiscano anche:

- un maggior senso psicologico di comunità (Talò *et al.*, 2014; Speer, Peterson, Armstead, & Allen, 2013; Hughey, Speer e Peterson, 1999);
- un maggiore empowerment (Butterfoss, Goodman & Wandersman, 1993; Green, Daniel & Novick, 2001; Wolff, 2001; Campbell e Jovchelovitch 2000; Nelson *et al.*, 2004; Doweling, Powell & Glendinning, 2004; Barker, 1999; Benford & Hunt 1995; Kelly & Breinlinger 1996; Wallerstein, 1994; Kieffer, 1984);
- una maggiore soddisfazione per la partecipazione e intenzioni di continuare a partecipare (Fernandes-Jesus, Malafaia, Ferreira, Cicognani & Menezes 2012; Mannarini, Fedi & Trippetti 2010; Mannarini *et al.*, 2010; Mannarini & Fedi, 2009);
- una maggiore efficacia ed implementabilità dei progetti.

Per quanto riguarda la percezione di aver ricoperto un ruolo decisionale, si ipotizzava che correlasse positivamente con tutte le variabili.

Inoltre si ipotizzava che il senso di comunità correlasse con l'intenzione a continuare a partecipare e la soddisfazione e l'empowerment (Obst, White 2004; Omoto, Malsch, 2005; Peterson, Speer & Hughey 2006; Rodgers, Smith & Pollock, 2002; Chavis & Wandersman, 1990; Perkins & Long, 2002)

Metodologia

Partecipanti e procedura

La ricerca è stata condotta da maggio ad luglio 2015, ad un anno dall'avvio dei progetti “Guadagnare salute in contesti di comunità”. La scelta del periodo è stata determinata dalla necessità di garantire un tempo sufficiente per l’avvio delle attività di lavoro e co-progettazione dei diversi gruppi e la realizzazione di alcune attività preliminari. Tale informazione è stata dedotta sia dalle schede di monitoraggio delle attività realizzare raccolte semestralmente dalla Regione Emilia-Romagna che attraverso le riunioni di coordinamento sui progetti.

L’indagine è stata rivolta alle diverse figure di operatori e professionisti coinvolti nei gruppi di lavoro (a livello aziendale e territoriale) e a membri della comunità che sono stati coinvolti in attività specifiche realizzate nell’ambito del progetto.

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto in due fasi. In una prima fase è stato chiesto ai sei referenti dei progetti per area vasta di fornire la lista di contatti e-mail di tutti i membri dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei seguenti criteri: essere interlocutori formalmente inclusi nei gruppi di lavoro e/o essere stati coinvolti in azioni specifiche attuate nell'ambito dei progetti (es. laboratori di progettazione partecipata, laboratori di comunità, world caffè, corsi di formazione, focus group, attività del progetto). Il numero complessivo di contatti è stato di 675 e-mail. Successivamente a ciascun membro della lista è stata inviata una e-mail contenente una descrizione dello scopo dello studio, l’informativa sulla privacy e il link al questionario.

Lo studio è stato descritto come *“Un’indagine per conoscere le opinioni e i vissuti di coloro che sono/sono stati coinvolti nei Progetti di Comunità promossi dalla Regione Emilia Romagna, a circa un anno dall’avvio”*. Sono stati concessi 20 giorni per la risposta. A ridosso della scadenza si è provveduto ad inoltrare un *reminder*. La raccolta dei dati è avvenuta attraverso un questionario on-line sulla piattaforma Qualtrics.

Delle 675 persone contattate, hanno risposto e completato il questionario 238 partecipanti (il 35,26%).

Hanno risposto 156 femmine (il 65,5%) e 82 maschi (il 34,5%). L'età media è di 51,13 anni ($DS = 11,66$; min. 17, max. 83).

Per quanto riguarda il livello di istruzione 35 persone possiedono un diploma post laurea, master e specializzazione (14,7%), 123 persone sono in possesso di una Laurea (50,8%), 68 persone hanno acquisito un diploma di scuola secondaria (28,6%) e 12 persone (5%) possiedono la licenza della scuola dell'obbligo. Rispetto ai sei progetti oggetto dell'indagine il 30,3% del campione ha partecipato al progetto "Cantiere Salute-Una comunità che guadagna salute", il 18,5% al progetto "Case della salute per guadagnare salute", il 17,2% al progetto "Montagne di salute", il 16% al progetto "GINS – Gruppi in salute", il 13% al progetto "Alla salute. I cittadini imprenditori di qualità di vita" e il 5% al progetto "Giovani e salute".

Come ambito di provenienza (sanitario, amministrativo locale, educativo/scuola, associazionismo, semplice cittadino, altro) il 41,06% del campione proviene dall'ambito sanitario, seguito dal 18,07% dei liberi cittadini, il 15,55% provenienti da associazioni, il 10,92% dall'ambito amministrativo, il 10,92% di persone provenienti dall'ambito educativo, in particolar modo scuola e università, ed un 2,94% "altro" (centro benessere, palestra etc.). Rispetto all'ambito amministrativo vi sono sia dipendenti e funzionari comunali che personale che lavora nell'ambito sociale.

All'interno dell'ambito sanitario i professionisti maggiormente coinvolti sono: medici (46,47%), assistenti sanitarie (13,13%), infermieri (9,09%), dietisti (8,08%), personale amministrativo (7,07%), psicologi (3,03%), biologi (2,02%) ed altre figure. All'interno dell'ambito associativo notiamo che alla richiesta di specificare il tipo di associazione hanno risposto 31 persone su 37 indicando per il 48,39% l'appartenenza all'associazionismo sportivo (es. UISP, CAI), mentre un 19,36% ad associazioni connesse alla terza età/anziani (ancescao, auser, anteas) mentre i restanti delle associazioni proveniente dall'ambito culturale, religioso e agricolo.

Strumenti

Il questionario si compone delle seguenti macro aree di indagine:

Caratteristiche socio-demografiche La prima parte del questionario indaga le caratteristiche socio-demografiche ed in particolare: età, genere, progetto in cui si è stati coinvolti (*GINS-Gruppi in salute, Case della salute per guadagnare salute, Una*

comunità che guadagna salute, Montagne di salute, Giovani e salute, Alla salute. I cittadini imprenditori di qualità di vita), titolo di studio (licenza della scuola dell'obbligo, diploma di scuola secondaria, laurea, diploma post laurea, altro-specificare) e ambito professionale di appartenenza (sanitario, amministrazione locale, ambito educativo/scuola, associazionismo, semplice cittadino, altro).

Ruoli ricoperti e contesto della partecipazione

Al fine di contestualizzare il processo partecipativo è stato inoltre indagato:

- il ruolo più significativo ricoperto dai partecipanti nel progetto: questo aspetto è stato indagato chiedendo di scegliere tra una lista di opzioni (es. gruppo di lavoro regionale, gruppo di lavoro locale, partecipazione a laboratori ed etc.) in cui si potevano esprimere fino a tre alternative di risposta.
- E' stato inoltre chiesto se la partecipazione al progetto rientrasse nell'ambito dell'attività lavorativa oppure se fosse su base volontaria.
- Precedenti esperienze di partecipazione: si è chiesto di indicare se avessero già partecipato a progetti di promozione della salute e in caso affermativo, se il progetto a cui si è partecipato differisse da altre progettazioni di promozione della salute (risposta dicotomica si/no) e, in quali aspetti (scopi / obiettivi, metodi lavoro, territori di riferimento).
- Sono state inoltre richieste le attività specifiche a cui si è partecipato, chiedendo di indicare tutte le opzioni rilevanti (riunioni, ricerca, formazione, progettazione, implementazione attività, altro).
- Il livello di intersectorialità e interdisciplinarietà. Questo aspetto è stato indagato attraverso due domande. La prima chiedeva di indicare gli ambiti di provenienza dei partecipanti nei gruppi di lavoro (es. sanitario, educativo, etc.), mentre la seconda domanda chiedeva se con le persone con le quali si era collaborato vi erano state pregresse collaborazioni oppure non erano conosciute.

Livello di Informazione e chiarezza sui progetti

In questa sezione sono state incluse una serie di domande volte ad approfondire: livello di informazione percepito dei partecipanti sul progetto (alternative di risposta da 1 = «per niente» a 10 = «moltissimo»), il livello di conoscenza e comprensione degli obiettivi e dell'articolazione delle attività del progetto (entrambi da 1 = «per niente» a 4 = «molto»).

Tipo di partecipazione al progetto

E' stato indagato la percezione del tipo di partecipazione sperimentata (decisionale, progettuale, consultiva, informativa), con modalità di risposta su scala Likert da 1=«per niente» a 4 = «molto»).

Empowerment (personale e dei cittadini)

E' stata valutata la percezione di empowerment personale a seguito della partecipazione al progetto, attraverso 10 item costruiti *ad hoc* e la domanda: “In base alla sua esperienza quanto la partecipazione al progetto di comunità le ha..” con modalità di risposta su scala Likert a quattro punti (da 1=«per niente» a 4=«molto»). Esempi di risposta sono: “*Fornito nuove competenze/abilità per migliorare il suo stile di vita*”; “*Aumentato la sua motivazione a impegnarsi a seguire uno stile di vita sano*”; “*Aumentato la sua motivazione a fare proposte concrete per la promozione di stili di vita sani*”; “*Facilitato l'instaurarsi di nuove collaborazioni con realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute*”.

E' stata inoltre valutata la percezione dell'empowerment dei cittadini a seguito della partecipazione al progetto, mediante una lista di 4 item con alternative di risposta da 1=«per niente» a 4=«molto» mediante la domanda “Pensando ai cittadini che sono stati coinvolti in attività del progetto, in che misura ritiene che i cittadini, grazie al coinvolgimento nel progetto”. Esempi di risposta sono: “*I cittadini siano diventati più competenti nella gestione della loro salute*”; “*Siano diventati più capaci di raggiungere i propri obiettivi di miglioramento della salute*”.

Rappresentazioni del ruolo dei cittadini nei progetti di comunità. Le rappresentazioni sono state indagate mediante 6 item che descrivono opinioni

riguardo il ruolo dei cittadini nella promozione della salute (es. *“i cittadini possono fornire informazioni utili, i cittadini possono contribuire alle decisioni circa gli interventi i cittadini possono svolgere un ruolo attivo, i cittadini vanno guidati”*) con alternative di risposta scala Likert da 1=« per niente d'accordo » a 4=«molto d'accordo»).

Qualità dell'esperienza di partecipazione (QPE) Per misurare la qualità dell'esperienza di partecipazione è stata utilizzata la scala QEP di Ferreira, Azevedo & Menezes (2012) sviluppata per raccogliere informazioni sulle esperienze di partecipazione sociale e politica e sulla loro «qualità percepita». La scala originaria è composta da due dimensioni: una riguardante le opportunità per l'azione (QPE-action) indagate attraverso 5 items, ovvero le attività in cui vi è una maggiore partecipazione, e un'altra relativa alle opportunità per la riflessione (QPE-reflection) sempre misurate con 5 items.

Per il presente studio si è scelto di utilizzare, solo i 5 item della sottoscala della Riflessione (QPE-reflection). I partecipanti hanno risposto riferendosi alla loro partecipazione all'interno dei progetti di comunità (es. riunioni, incontri informativi, ecc.) con punteggi da 1=«per niente» a 4=«molto» (es. *“ha avuto l'impressione che fossero discussi diversi punti di vista”*; *“ha osservato che dal confronto fra opinioni emergevano nuovi modi di vedere i problemi”*; *“dal confronto emergevano nuovi modi di vedere i problemi”*).

Qualità delle collaborazioni interdisciplinari nei gruppi di lavoro

Al fine di indagare la qualità funzionamento dei gruppi di lavoro dei sei progetti è stata utilizzata una versione ridotta della scala *Index of interdisciplinarity collaboration* di Bronstein (2002), tradotta in italiano e adattata al contesto della promozione della salute. La scala originale misura la percezione della collaborazione tra operatori sociali e altri professionisti all'interno di gruppi di lavoro multidisciplinari, ed è composta da 42 item raggruppati in 5 sottoscale, che valutano (su scala likert a 5 punti, 1= «molto d'accordo», 5=«fortemente in disaccordo»), rispettivamente: *la percezione dell'interdipendenza, nuove attività collaborative, flessibilità professionale, obiettivi collettivi condivisi, riflessione sui processi*.

Per il presente studio è stata utilizzata una versione ridotta e modificata della scala originaria, composta da 19 item.

La nuova scala considera in particolare le seguenti 4 dimensioni tutte valutate su una scala Likert da 1= «Per niente d'accordo» a 4 «molto d'accordo».

- *Percezione dell'interdipendenza (Interdependence)* tra i singoli membri del gruppo di lavoro in funzione del raggiungimento di obiettivi e attività. La sezione è composta da 7 items; es. *“l'efficacia dell'implementazione delle attività dipende dalla presenza di una molteplicità di ruoli all'interno del gruppo”*; *“Il gruppo ha sostenuto i suoi membri nel lavoro di promozione della salute”*;
- *Nuove attività collaborative (Newly Created Professional Activities)*: si riferisce a quelle nuove attività generatesi dalle attività di collaborazione, sfruttando le competenze individuali dei membri del team verso obiettivi condivisi difficili da realizzare da soli. La dimensione è stata indagata attraverso 3 item (*“La diversità di opinioni fra i membri del gruppo ha generato nuove idee per gli interventi di promozione della salute”*; *“Lavorando come un gruppo, gli interventi di promozione della salute sono stati realizzati in modi nuovi”*).
- *Flessibilità professionale (Flexibility)*: gli item di questa sezione misurano la capacità dei singoli membri del gruppo di ampliare il proprio ruolo tradizionale assumendo anche nuove responsabilità al fine di migliorare la qualità del servizio/attività realizzata e sono stati indagati attraverso 4 items (es. *“I membri del gruppo hanno mostrato attenzione a comprendere il punto di vista degli altri piuttosto che cercare di difendere il proprio”*; *“I membri del gruppo hanno assunto compiti estranei al proprio ruolo professionale se era necessario”*);
- *riflessione sui processi (Reflection on the process)*. E' stata indagata attraverso 5 item (es. *“I membri del gruppo hanno parlato delle somiglianze e delle differenze nei loro ruoli professionali nell'ambito del lavoro per la promozione della salute”*; *“I membri del gruppo hanno affrontato le divergenze reciproche in modo diretto”*; *“Il gruppo ha*

discusso i modi con cui i cittadini destinatari degli interventi dovrebbero essere coinvolti”). Riflessione sui processi viene indicata da Bronstein come lo sforzo del team di valutare i propri progressi rispetto agli obiettivi prefissati, di riuscire a sollecitare feedback dai membri del team per poi poterli utilizzare per un continuo miglioramento del servizio/attività. Questo modello di riflessione e di autovalutazione è direttamente collegato anche con la capacità complessiva di un gruppo di comunicare in modo efficiente ed efficace. Così, gli elementi di interdipendenza sono ben integrati negli elementi di riflessione, di feedback e di miglioramento dei processi.

Senso di responsabilità per la comunità (SOC-R)

Questa dimensione del senso di comunità è stata indagata con la scala SOC-R sviluppata da Nowell & Boyd (2014) e che include 7 items (con risposte che variano da 1= «per niente» fino a 5=«completamente»). La scala è stata utilizzata dagli autori per misurare il senso di responsabilità nei confronti delle collaborazioni comunitarie. Nel presente studio è stato richiesto ai partecipanti di rispondere riferendosi al gruppo (o ai gruppi) di lavoro in cui si è stati coinvolti con una scala Likert che varia da 1 «per niente» a 5 «completamente» (es. *ho avuto la percezione di contare e di fare la differenza per il gruppo; ho sentito un sentito un senso di responsabilità per il benessere della popolazione o la comunità territoriale per la quale il gruppo lavora; ho provato il desiderio di contribuire al gruppo senza necessità di ricevere qualcosa in cambio”).*

Senso di comunità che promuove salute (SOC-P)

Il sentimento, la percezione di appartenere ad una comunità che promuova salute è stato misurato attraverso cinque items sviluppati *ad hoc* (es. *Partecipare al progetto ha contribuito a farmi sentire di appartenere a una comunità che promuove salute, Questo progetto ha mostrato che le persone possono lavorare insieme per migliorare le cose, vedi appendice). Le risposte su scala Likert variano da 1 «per niente» a 4 «molto» .*

Soddisfazione per la partecipazione La soddisfazione complessiva per l'esperienza di partecipazione al progetto è stata misurata attraverso 1 item con alternative di risposta su scala Likert da 1 = «per niente» a 8 = «moltissimo».

Intenzione di partecipare in futuro a progetti di promozione della salute

L'intenzione a continuare a partecipare a progetti di promozione della salute è stata misurata attraverso un item con alternative di risposta su scala Likert da 1 = «penso di no» a 5 = «sicuramente».

Fiducia nell'implementazione delle attività progettuali

La fiducia che le attività progettate verranno realizzate è stata indagata su scala Likert 1 = «penso di no» a 5 = «sicuramente».

Percezione di Efficacia dei progetti

La percezione che le attività promosse dal progetto miglioreranno la salute dei cittadini è stata indagata su scala Likert 1 = «penso di no» a 5 = «sicuramente».

I dati sono stati analizzati con il software SPSS 23. Sono state effettuate: analisi descrittive (medie e deviazioni standard) su tutte le variabili indagate, analisi fattoriali esplorative (rotazione varimax), analisi di affidabilità (*Alpha di Cronbach*), analisi di correlazione (Bivariata di Pearson) e verifica delle ipotesi.

Risultati

Analisi descrittive

Sono state effettuate Analisi descrittive su tutte le variabili indagate nel questionario. Relativamente le scale utilizzate sono state eseguite anche analisi fattoriali esplorative, preliminarmente al calcolo dei punteggi complessivi allo scopo di effettuare le analisi delle correlazioni.

Ruoli ricoperti nei progetti e attività

In merito al ruolo più significativo ricoperto nel progetto (Tabella 10), domanda rispetto alla quale potevano essere indicate fino a tre risposte, emerge tra i partecipanti una maggiore partecipazione all'interno dei diversi gruppi di lavoro territoriali o tematici, seguiti da partecipazioni a serate informative e di formazione. Alla voce "Altro" è stato indicato: gruppo promotore²⁹, ruolo di integrazione, sindaco, comitati consultivi misti.

Tabella 10
Ruolo principale ricoperto nel progetto

Ruolo		
	n	%
Gruppo di lavoro locale territoriale	73	30,70%
Gruppo di lavoro costituito per la realizzazione di singole azioni progettuali	64	26,90%
Gruppo di lavoro locale tematico (ambito di attività specifico all'interno del progetto)	61	25,60%
Ho partecipato a una serata/incontro informativo	58	24,40%
Ho partecipato a un corso di formazione promosso nell'ambito del progetto	45	18,90%
Ho partecipato a un laboratorio	40	16,80%
Gruppo di lavoro locale con funzioni di coordinamento generale (cabina di regia locale)	33	14,10%
Altro	9	3,80%
Cabina di regia regionale	4	1,71%

I partecipanti hanno preso parte a più attività che si sono susseguite nel corso del progetto: il 75,2% ha partecipato ad attività di ricerca rispondendo a questionari, interviste e/o prendendo parte a focus group.

²⁹ All'interno del progetto Cantiere Salute dell'Azienda UsI di Piacenza e Parma è stato costituito un "gruppo promotore" formato da semplici cittadini e leader riconosciuti dalla comunità che avevano l'obiettivo di supportare l'organizzazione di un laboratorio di comunità. A conclusione di tale obiettivo i cittadini che volevano hanno potuto continuare a partecipare al progetto attraverso i gruppi di lavoro attivati al pari degli altri cittadini e associazioni. Per maggiori informazioni si rimanda allo specifico del progetto <http://bit.ly/23lhudh>

Le attività, annoverate all'interno della categoria "altro" (corrispondente all'8% del totale) sono: corso di pilates, gruppi di camminate, yoga nel parco (Tabella 11).

Tabella 11
Attività a cui ha partecipato

Attività	n	%
Ricerca (es. interviste, focus group, questionari)	179	75,2
Riunioni	172	72,3
Progettazione	117	49,2
Implementazione	99	41,6
Formazione	92	38,7
Altro	19	8

Per il 63,8% dei soggetti la partecipazione rientra nell'ambito della propria attività professionale mentre per il restante 36,2% nell'ambito di attività di tempo libero (Tabella 12).

Tabella 12
Partecipazione lavorativa ed extralavorativa

<i>La partecipazione al progetto rientra</i>		
	n	%
Nell'ambito della sua attività professionale	146	63,8
Nell'ambito di un attività di volontariato/nel mio tempo libero	83	36,2

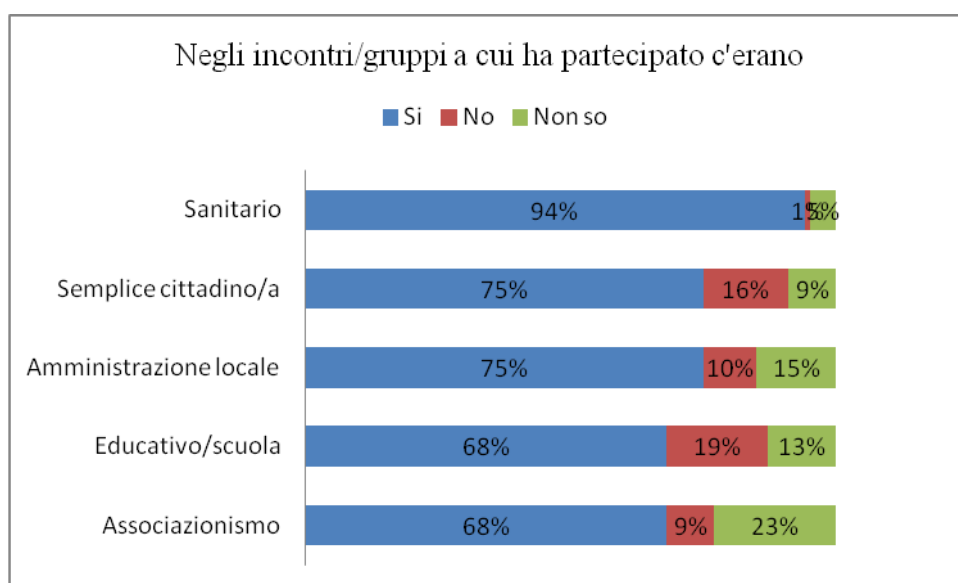
In merito alle precedenti esperienze in progetti di promozione della salute il 57,14 % degli intervistati ha dichiarato di aver già partecipato a progetti di promozione della salute. Di questi, l'81% ha risposto che questa esperienza è diversa dalle precedenti; le differenze principali riguardano in primo luogo il metodo di lavoro (42%), il territorio a cui fa riferimento e gli scopi e obiettivi (entrambi il 21%), mentre solo il 4% ha risposto "altro" indicando che il progetto si differenzia dai progetti tradizionali per attori e gli interlocutori coinvolti.

Per indagare la percezione della composizione dei gruppi di lavoro è stato chiesto ai partecipanti se fossero state presenti persone di altri ambiti (es. sanitario, educativo) scegliendo tra tre possibilità di risposta («sì», «no», «non so»).

In base alle informazioni in loro possesso l'94% ha indicato che erano presenti persone provenienti dall'ambito sanitario, il 75% erano singoli cittadini, e il 75% personale proveniente dall'amministrazione locale (tabella 13).

Tabella 13

Ambiti di appartenenza di altri componenti dei gruppi di lavoro



Per il 73,4% dei partecipanti all'interno dei gruppi di lavoro erano presenti anche persone nuove che non si conoscevano.

Livello di informazione sul progetto

I partecipanti, su una scala che va da 1=«per niente» a 10 = «moltissimo», riferiscono di essere molti informati sul progetto ($M = 7,17$; $DS = 2,25$) e di avere abbastanza chiari gli obiettivi (su scala 1-4, $M = 3,38$; $DS = 0,70$). Valori leggermente inferiori ma sempre alti emergono anche sulla chiarezza dell'articolazione complessiva delle attività ($M = 3,04$; $DS = 0,80$).

Tabella 14

Livello di informazione e chiarezza degli obiettivi e attività

Informazione e Chiarezza			
	Range	Media	DS
Quanto pensa di essere informato/a sul progetto?	1-10	7,17	2,25
Quanto le sono chiari gli obiettivi	1-4	3,38	0,7
Quanto le è chiara l'articolazione complessiva delle attività	1-4	3,04	0,8

Tipologia di partecipazione nel progetto

Il contributo principale che i partecipanti ritengono di aver dato al progetto è di tipo informativo ($M=2,80$; $DS=0,86$), consultivo ($M= 2,79$; $DS=0,91$) e progettuale ($M= 2,73$; $DS=1,1$)

Tabella 15

Contributo al progetto

Percezione del Contributo		
	Media	DS
Decisionale (es. ha contribuito alle decisioni prese)	2,44	1
Informativo (ha fornito informazioni, risposta a questionario, intervista ecc)	2,80	0,86
Consultivo (es. ha richiesto/ottenuto informazioni/formazione partecipando a momenti informativi, corsi, seminari, serate)	2,79	0,91
Progettuale (ha partecipato alla progettazione e alla realizzazione di attività)	2,73	1,1

Qualità dell'esperienza della Partecipazione

In un'altra sezione del questionario è stata valutata la qualità dei processi di partecipazione, mediante una serie di domande volte a sondare aspetti del funzionamento dei gruppi di lavoro. In generale emerge una buona qualità dell'esperienza, con valori degli item tutti medio-alti. In particolare, tra gli item che presentano valori più alti (Tabella 16) troviamo la percezione di aver notato che al

centro della discussione c'erano problemi concreti ($M=3,16$; $DS=0,71$) e di essere ascoltato/a e sentirsi presi in considerazione ($M=3,11$; $DS=0,66$).

Tabella 16

Percezione della qualità dell'esperienza di partecipazione

Nei momenti di incontro ai quali ha partecipato quanto spesso		
	Media (range 1-4)	DS
Ha avuto l'impressione che fossero discussi diversi punti di vista	2,99	0,73
Ha osservato che dal confronto fra opinioni emergevano nuovi modi di vedere i problemi	3,03	0,77
Ha notato che al centro della discussione c'erano problemi concreti	3,16	0,71
Ha pensato che partecipare fosse molto importante per lei come persona	3,08	0,73
Ha pensato di essere ascoltato/a, e che la sua opinione fosse tenuta in considerazione	3,11	0,66

Attraverso l'Analisi fattoriale con estrazione dei componenti principali e rotazione varimax sui 5 items della scala "Qualità dell'esperienza della partecipazione" (QEP-R) è emerso un unico fattore che spiega il 51,93% di varianza. La scala risulta affidabile con un *Alpha di Cronbach* di 0,77.

E' stato quindi calcolato un indice complessivo medio sulla qualità dell'esperienza della partecipazione - riflessione ($M = 3.07$; $DS = 0,54$).

Qualità delle collaborazioni interdisciplinari nei gruppi di lavoro

Rispetto alla qualità delle collaborazioni interdisciplinari nei gruppi di lavoro emerge una buona qualità media. Tra i valori più alti troviamo i seguenti item: i membri del gruppo si sono rispettati a vicenda quando avevano idee diverse su come promuovere la salute ($M = 3.36$; $DS = 0,60$), l'efficacia dell'implementazione delle attività dipende dalla presenza di una molteplicità di ruoli all'interno del gruppo ($M=$

3.30; $DS= 0,66$). Il gruppo si è affidato al coinvolgimento di ambiti diversi (sanitario, sociale, educativo, ecc.) per raggiungere gli obiettivi prefissi. Con valori più bassi troviamo l'item: Come conseguenza del lavoro nel gruppo, i ruoli e le responsabilità dei singoli membri nel progetto sono cambiati ($M = 2.44$; $DS = 0,75$).

Tabella 17

Qualità delle collaborazioni interdisciplinari

	Media	DS
Il gruppo ha valutato (formalmente o informalmente) il modo in cui i membri lavorano insieme	2,90	0,78
I membri del gruppo hanno parlato delle somiglianze e delle differenze nei loro ruoli professionali nell'ambito del lavoro per la promozione della salute	2,76	0,77
I membri del gruppo hanno affrontato le divergenze reciproche in modo diretto	2,93	0,72
Il gruppo ha discusso i modi con cui i cittadini destinatari degli interventi dovrebbero essere coinvolti	3,21	0,71
Il gruppo ha discusso dell'opportunità di coinvolgere altri esperti che possano portare competenze ed esperienza sul progetto	2,98	0,74
Il gruppo non ha accolto volentieri le idee nuove su come promuovere la salute	1,97	0,88
I membri del gruppo si sono rispettati a vicenda quando avevano idee diverse su come promuovere la salute	3,36	0,6
Il gruppo aveva aspettative realistiche sul ruolo dei singoli membri negli interventi di promozione della salute	3,02	0,66
E' emersa una comunicazione chiara e aperta fra i membri del gruppo	3,12	0,65
I membri del gruppo hanno mostrato attenzione a comprendere il punto di vista degli altri piuttosto che cercare di difendere il proprio	3,08	0,66
Il gruppo ha sostenuto i suoi membri nel lavoro di promozione della salute	3,16	0,61
La diversità di opinioni fra i membri del gruppo ha generato nuove idee per gli interventi di promozione della salute	2,97	0,67
Come conseguenza del lavoro nel gruppo, i ruoli e le responsabilità dei singoli membri nel progetto sono cambiati	2,44	0,75
Lavorando come un gruppo, gli interventi di promozione della salute sono stati realizzati in modi nuovi	2,92	0,71
I membri del gruppo hanno assunto compiti estranei al proprio ruolo professionale se era necessario (es. medico che guida una discussione di gruppo, volontario che fa formazione, ecc.)	2,82	0,81
L'efficacia dell'implementazione delle attività dipende dalla presenza di una molteplicità di ruoli all'interno del gruppo	3,30	0,66
Il gruppo si è affidato al coinvolgimento di ambiti diversi (sanitario, sociale, educativo, ecc.) per raggiungere gli obiettivi prefissi	3,28	0,65
Il gruppo ha distinto i ruoli e le responsabilità dei singoli membri	2,89	0,76

Il gruppo ha consultato membri con una varietà di prospettive per comprendere i bisogni di salute della comunità

3,04 0,72

Poiché la scala utilizzata contiene una versione ridotta e modificata degli item originari, e coerentemente con ricerche precedenti condotte su versioni ridotte dello stesso strumento (Crow; 2015), si è deciso di utilizzare il punteggio complessivo della stessa. Sono state verificate le proprietà psicometriche della scala inclusa l'analisi degli item e l'affidabilità. L'analisi di affidabilità ha dato un coefficiente un *Alpha di Cronbach* di 0,90. E' stato calcolato un punteggio medio complessivo ($M=3,0$; $DS=0,45$).

Percezione del ruolo dei cittadini nei progetti di promozione alla salute

Attraverso la domanda: "A partire da questa esperienza, che idea si è fatto della partecipazione dei cittadini nella promozione della salute?", è emerso che i partecipanti pensano che i cittadini possano svolgere un ruolo attivo negli interventi di promozione della salute, fornendo informazioni utili e contribuendo alle decisioni. I cittadini sono considerati interessati a partecipare ai progetti di promozione della salute.

Tabella 18

Percezione del ruolo dei cittadini nei progetti di promozione della salute (1 = «per niente d'accordo»; 4 = «molto d'accordo»)

	Media	DS
I cittadini possono fornire informazioni utili	3,53	0,56
I cittadini possono contribuire alle decisioni circa gli interventi	3,32	0,72
I cittadini non hanno sufficienti informazioni e competenze per partecipare	2,18	0,83
I cittadini non sono interessati a partecipare	2,16	0,78
I cittadini devono essere guidati	3,06	0,80
I cittadini possono svolgere un ruolo attivo negli interventi di promozione della salute	3,68	0,56

Sui sei item della scala è stata effettuata l'Analisi fattoriale esplorativa (rotazione Varimax) allo scopo di individuare un numero inferiore di dimensioni sottostanti. L'analisi fattoriale ha evidenziato la presenza di due fattori che si raggruppano attorno ad una idea del ruolo dei cittadini maggiormente positiva e attiva come ad

esempio “*i cittadini che possono contribuire alla decisione sugli interventi*” (Fattore 1, varianza spiegata 38,98%) rispetto ad una idea più negativa/passiva dei cittadini (fattore 2 varianza spiegata = 18,96%) come ad esempio “*i cittadini non hanno sufficienti informazioni e competenze per partecipare*”.

A tal fine sono state calcolate due nuove variabili denominate: “Cittadini competenti” ($\alpha = .74$) ($M = 3,52$; $DS = .50$), che comprende gli item del primo fattore, e “cittadini non competenti” ($\alpha = .50$) ($M = 2,48$; $DS = .60$) per il secondo fattore.

Tabella 19

Percezione del ruolo dei cittadini nei progetti di promozione della salute (1 = «per niente d'accordo»; 4 = «molto d'accordo»)

Rappresentazioni Cittadini		
	Media	DS
Cittadini competenti	3,52	0,5
Cittadini non competenti	2,48	0,6

Percezione di empowerment in seguito alla partecipazione al progetto

Per quanto riguarda la percezione dell' empowerment, a seguito della partecipazione al progetto, le risposte hanno indicato che la partecipazione a questo progetto ha aumentato nelle persone la motivazione a avanzare proposte concrete per la promozione di stili di vita sani ($M = 3.17$; $DS = .65$) e la conoscenza di realtà e organizzazioni del territorio che promuovono salute ($M = 3.03$; $DS = .73$); facilitato l'instaurarsi di nuove collaborazioni con realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute ($M = 2.99$; $DS = .77$), aumentato la sua motivazione a impegnarsi a seguire uno stile di vita sano ($M = 2.95$; $DS = .77$).

Tabella 20

Percezione di Empowerment Personale (1=«per niente d'accordo»; 4 = «molto d'accordo»)

Empowerment		
	Media	DS
Fornito nuove informazioni sullo stato di salute della popolazione nel suo territorio	2,71	0,76
Fornito nuove informazioni su come migliorare lo stato di salute della popolazione del territorio	2,95	0,70
Fornito nuove informazioni sul concetto di stile di vita sano	2,84	0,86
Fornito nuove competenze/abilità per migliorare lo stile di vita	2,77	0,87
Fornito consigli pratici e strumenti per migliorare il suo stato di salute	2,77	0,87
Ampliato la sua conoscenza del territorio in cui vive	2,80	0,84
Aumentato la sua motivazione a impegnarsi a seguire uno stile di vita sano	2,95	0,77
Aumentato la sua motivazione a fare proposte concrete per la promozione di stili di vita sani	3,17	0,65
Aumentato la sua conoscenza di realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute	3,03	0,73
Facilitato l'instaurarsi di nuove collaborazioni con realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute	2,99	0,77

Come riportato dalla Tabella 21 sugli item della scala dell'empowerment è stata effettuata l'Analisi Fattoriale esplorativa (rotazione Varimax) allo scopo di individuare un numero inferiore di dimensioni sottostanti.

Tabella 21

Analisi fattoriale AFE "Percezione di Empowerment"

Analisi fattoriale AFE - Empowerment		
	Fattore 1	Fattore 2
Fornito nuove competenze/abilità per migliorare lo stile di vita	.90	
Fornito consigli pratici e strumenti per migliorare il suo stato di salute	.88	
Fornito nuove informazioni sul concetto di stile di vita sano	.86	
Aumentato la sua motivazione a impegnarsi a seguire uno stile di vita sano	.72	

Fornito nuove informazioni su come migliorare lo stato di salute della popolazione del territorio	.69	
Aumentato la sua conoscenza di realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute		.85
Facilitato l'instaurarsi di nuove collaborazioni con realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute		.80
Ampliato la sua conoscenza del territorio in cui vive	.	.75
Aumentato la sua motivazione a fare proposte concrete per la promozione di stili di vita sani	.40	.57
Fornito nuove informazioni sullo stato di salute della popolazione nel suo territorio	.43	.49

Dall'analisi sono emersi due fattori: il primo include 5 item che si riferiscono alla percezione di empowerment individuale riferito al miglioramento del proprio stile di vita: è stato quindi denominato "Empowerment nel miglioramento dello stile di vita" (varianza spiegata = 37.29%; $\alpha = .90$). Il secondo fattore denominato "Empowerment nella conoscenza della comunità" include 5 item che descrivono la percezione di acquisizione di conoscenze sulla comunità e competenze nella costruzione di reti (varianza spiegata = 27.57%; $\alpha = .79$).

Per le analisi successive è stato quindi calcolato un indice medio rispetto all'empowerment nel miglioramento stile di vita ($M=2,85$; $DS=0,69$) e all'empowerment nella conoscenza della comunità ($M=2,94$; $DS=0,56$).

Senso di comunità come responsabilità (SOC-R)

In riferimento al senso di comunità come responsabilità gli item che ottengono punteggi più alti si riferiscono al desiderio di contribuire senza la necessità di ricevere qualcosa in cambio ($M=3,57$; $DS=1,08$) e al senso di responsabilità per il benessere della popolazione e della comunità ($M=3,37$; $DS=0,99$) mentre in misura leggermente inferiore ($M=2,97$; $DS=.98$) emerge la percezione di contare e di fare la differenza nel gruppo. Nella tabella 21 sono mostrati tutti i valori dei singoli item.

Tabella 22

Senso di Responsabilità per la comunità

Senso di comunità come Responsabilità– SOC-R		
	Media	DS
Ho sentito di appartenere al gruppo e condivido un senso di coesione con gli altri membri del gruppo	3,12	1,03
Ho avuto la percezione di contare e di fare la differenza per il gruppo, e che il gruppo era importante per i suoi membri	2,97	0,98
Ho sentito che i membri possono soddisfare i propri bisogni attraverso le risorse messe a disposizione dal gruppo	3,07	0,96
Ho avuto l'impressione che i membri condividano una storia comune, luoghi, eventi ed esperienze simili	3,01	1,02
Un sentito un senso di responsabilità nel sostenere il benessere e il successo degli altri membri del gruppo	3,23	1
Ho sentito un senso di responsabilità per il benessere della popolazione o la comunità territoriale per la quale il gruppo lavora	3,37	0,99
Ho provato il desiderio di contribuire al gruppo senza necessità di ricevere qualcosa in cambio	3,57	1,08

Sugli item della scala del senso di comunità come responsabilità è stata effettuata l'Analisi Fattoriale esplorativa (rotazione Varimax) che ha mostrato la presenza di una struttura monodimensionale con una percentuale di varianza spiegata del 65,53%. L'Alpha di Cronbach è di 0.91. Per le successive analisi è stato calcolato un punteggio medio (M=3,17, DS=0.82).

Senso di Comunità che Promuove Salute SOC-PS

Attraverso questa scala è emerso che le persone pensano che il progetto ha mostrato che le persone possono lavorare insieme per migliorare le cose (M=3,41; DS=0,68), mentre sono leggermente meno convinte che questo progetto abbia mostrato che le persone qui hanno potenzialità di cambiare le cose che sembrano non funzionare (M=3,03; DS=0,67).

Tabella 23

Senso di una comunità che promuove salute – SOC-PS, Range 1-4

Senso di una comunità che promuove salute – SOC-PS		
	Media	DS
Partecipare al progetto ha contribuito a farmi sentire di appartenere a una comunità che promuove salute	3,13	0,75
Le persone in questo progetto hanno mostrato che sono disponibili a collaborare tra loro	3,22	0,71
Questo progetto ha mostrato che le persone possono lavorare insieme per migliorare le cose	3,41	0,68
Questo progetto ha mostrato che le persone qui hanno le potenzialità di cambiare le cose che sembrano non funzionare	3,03	0,67
Questo progetto ha aumentato le opportunità di partecipazione e coinvolgimento della comunità sul tema della promozione degli stili di vita sani	3,21	0,69

L'analisi Fattoriale esplorativa ha estratto un unico fattore che spiega il 60,80% di varianza. L'*Alpha* di Cronhach è di 0,84. Per le successive analisi è stato calcolato un punteggio medio ($M=3,19$, $DS=0,54$).

Soddisfazione complessiva per la partecipazione

Rispetto alla soddisfazione complessiva per l'esperienza di partecipazione su una scala di valori da 1= «per niente» a 8= «moltissimo» sono emersi valori molto alti ($M=6,09$; $DS=1,54$).

Tabella 24

Soddisfazione per la partecipazione all'esperienza Range 1-8

	Media	DS
Complessivamente, quanto è soddisfatto/a della sua esperienza di partecipazione al progetto?	6,09	1,54

Intenzione a continuare a partecipare

Rispetto all'intenzione a continuare ad impegnarsi in futuro (1= «penso di no»; 5= «sicuramente sì») gli intervistati si dichiarano intenzionati a continuare ($M=3,19$, $DS=0,54$).

Percezione dell'efficacia dei progetti e della loro implementabilità

I partecipanti si dichiarano fiduciosi che le attività progettate verranno implementate e che miglioreranno la salute dei cittadini.

Tabella 25

In che misura pensa che... (1= «penso di no»; 5= «sicuramente sì»)

	Media	DS
Le attività progettate verranno implementate	3,53	1,06
Le attività promosse dal progetto miglioreranno la salute dei cittadini	3,73	1,04

Studio Correlazionale

Come indicato negli obiettivi del presente studio, dopo una prima fase esplorativa del contesto e di alcuni elementi salienti del processo partecipativo che ha coinvolti diversi operatori e cittadini coinvolti nei progetti di comunità, si è proceduto ad effettuare alcune analisi correlazionali. La tabella 26 riporta in sintesi le correlazioni emerse tra la variabili indagate.

Tabella 26

Correlazioni tra le variabili

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Contributo Decisionale	.41**	.30**	.19*	.30**	.12	.29**	.13	.15*	.24**	.25**
2. QEP-R		.63**	.44**	.58**	.27**	.51**	.26**	.24**	.19**	.45**
3. ICC-PS			.63**	.64**	.38**	.53**	.49**	.51**	.34**	.61**
4. SOC-PS				.49**	.56**	.56**	.44**	.58**	.35**	.60**
5. SOC-R					.32**	.45**	.44**	.41**	.31**	.57**
6. EMP-Stile di Vita						.52**	.35**	.49**	.16*	.50**
7. EMP-Ccom							.32**	.44**	.33**	.37**
8. Fiducia Implementazione								.59**	.36*	.51**
9. Efficacia Attività									.47**	.61**
10. Impegno Futuro										.37**
11. Soddisfazione partecipazione										

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Note. 2. QEP = Qualità dell'esperienza partecipativa; 3. ICC-PS = Qualità delle collaborazioni interdisciplinari di promozione della salute; 4. SOC-PS= Senso psicologico di una comunità che promuove salute; 5. SOC-R= Senso di Responsabilità per la comunità; 6. EMP-Stile di vita= Empowerment riferito al proprio stile di vita; 7. EMP-Ccom=Empowerment riferito alla conoscenza della propria comunità; 8.Fiducia Implementazione = Fiducia nell'implementabilità del progetto; 9. Efficacia Attività= Percezione che le attività saranno efficaci; 10. Impegno Futuro=intenzione a continuare a partecipare; 12.Soddisfazione=Soddisfazione complessiva per l'esperienza di partecipazione.

Percezione della Qualità della Partecipazione: relazione con le altre variabili

Per indagare il rapporto tra la qualità dell'esperienza della partecipazione e gli esiti in termini di senso di comunità, empowerment, percezione di efficacia e di implementabilità dei progetti, soddisfazione e intenzione di continuare a partecipare sono state calcolate delle matrici di correlazione tra i punteggi ottenuti dalla variabile QEP-R (sottoscala riflessione della qualità dell'esperienza della partecipazione) e le altre variabili.

La qualità della partecipazione presenta correlazioni positive significative con entrambe le dimensioni del senso di comunità (Senso di Responsabilità per la comunità, $r=.58$, $p<.01$, e il senso di una comunità che promuove salute, $r=.44$, $p<.01$), con entrambe le sottoscale dell'empowerment, riferito alla conoscenza e competenze sulla salute della propria comunità ($r=.51$, $p<.01$) e agli stili di vita ($r=.27$, $p<.01$).

Inoltre, la percezione di una maggiore qualità della partecipazione correla positivamente la qualità delle collaborazioni interdisciplinari ($r=.63$, $p<.01$) con la fiducia che le attività verranno implementate ($r=.26$, $p<.01$) e che saranno efficaci ($r=.24$, $p<.01$). Infine, la percezione di qualità della partecipazione correla positivamente con la soddisfazione per la partecipazione ($r=.45$, $p<.01$) e con l'intenzione di continuare ad impegnarsi in futuro ($r=.19$, $p<.01$).

Nell'insieme, i risultati indicano pertanto che i membri dei gruppi di lavoro che hanno sperimentato, durante il lavoro nei gruppi, interazioni nelle quali hanno riportato vissuti di apprendimento, di crescita e di consapevolezza personale, evidenziano un maggiore senso di comunità e di empowerment, giudicano più positivamente i progetti sia nella possibilità di essere realizzati che di risultare efficaci nel migliorare la salute della popolazione, e si sentono più soddisfatti della propria partecipazione e intenzionati a continuarla.

Percezione della Qualità delle Collaborazioni Interdisciplinari: relazioni con le altre variabili

La qualità delle collaborazioni interdisciplinari presenta correlazioni positive significative con entrambe le dimensioni del senso di comunità (Senso di Responsabilità per la comunità, $r=.61$, $p<.01$, e il senso di una comunità che promuove salute $r=.64$, $p<.01$), con entrambe le sottoscale dell'empowerment, riferito alla conoscenza e competenze sulla salute della propria comunità ($r=.53$, $p<.01$) e agli stili di vita ($r=.38$, $p<.01$).

Inoltre, la percezione di una maggiore qualità delle collaborazioni interdisciplinari correla positivamente con la fiducia che le attività verranno implementate ($r=.49$, $p<.01$) e che saranno efficaci ($r=.51$, $p<.01$). Infine, altre correlazioni positive sono emerse con la soddisfazione per la partecipazione ($r=.61$, $p<.01$) e con l'intenzione di continuare ad impegnarsi in futuro ($r=.34$, $p<.01$).

Nell'insieme, i risultati indicano pertanto che i membri dei gruppi di lavoro che hanno sperimentato, durante il lavoro nei gruppi, interazioni nelle quali hanno riportato vissuti di interdipendenza tra i membri, creazione di Nuove attività collaborative, Flessibilità professionale e dei ruoli e Riflessione sui processi evidenziano un maggiore senso di comunità e di empowerment, giudicano più positivamente i progetti sia nella possibilità di essere realizzati che di risultare efficaci nel migliorare la salute della popolazione, si sentono più soddisfatti della propria partecipazione e sono intenzionati a continuarla.

Percezione del contributo decisionale ai progetti: relazione con le altre variabili

La percezione del contributo decisionale ai progetti presenta correlazioni positive con la qualità dell'esperienza della partecipazione ($r=.41$, $p<.01$) e la qualità delle collaborazioni interdisciplinari ($r=.30$, $p<.01$). Correla positivamente inoltre con entrambe le dimensioni del senso di comunità (senso di responsabilità per la comunità, $r=.30$, $p<.01$, e il senso di una comunità che promuova salute, $r=.19$, $p<.05$) e la sottoscala dell'empowerment riferita alla conoscenza e alle competenze sulla salute della propria comunità ($r=.29$, $p<.01$). Ulteriori correlazioni positive sono emerse con la percezione di efficacia dei progetti ($r=.15$, $p<.05$), con la soddisfazione

per la partecipazione ($r=.25, p<.01$) e con l'intenzione di continuare ad impegnarsi in futuro ($r=.24, p<.01$).

I risultati indicano che nei membri che hanno sperimentato una maggiore percezione di aver contribuito a livello decisionale in un progetto emerge un maggiore senso di comunità e di empowerment riferito alla conoscenza della propria comunità. Inoltre considerano i progetti efficaci nel migliorare la salute della popolazione e si sentono più soddisfatti della propria partecipazione dichiarandosi intenzionati a continuarla.

Correlazioni fra le altre variabili

Sono state esaminate anche le correlazioni fra le altre variabili indagate. Il senso di una comunità che promuova salute è correlato positivamente anche con la soddisfazione complessiva per la partecipazione ($r=.60, p<.01$), con la percezione di efficacia dei progetti nel promuovere cambiamenti comportamentali ($r=.58, p<.01$), con entrambe le dimensioni dell'empowerment (stili di vita e sulla salute della propria comunità) ($r=.56, p<.01$), con la fiducia che le attività verranno implementate ($r=.44, p<.01$), con l'intenzione a continuare a partecipare ($r=.35, p<.01$).

Il senso di responsabilità per la comunità è correlato positivamente con la soddisfazione complessiva per la partecipazione ($r=.57, p<.01$), con l'empowerment nella conoscenza della comunità ($r=.45, p<.01$), con la fiducia nell'implementazione delle attività ($r=.44, p<.01$) e la percezione della loro efficacia ($r=.41, p<.01$). Inoltre correla positivamente con l'Empowerment nel miglioramento dello stile di vita ($r=.32, p<.01$), con l'intenzione a continuare a partecipare in futuro ($r=.31, p<.01$).

L'intenzione a continuare a partecipare correla in modo significativo positivo con tutte le variabili indagate. In particolar modo emerge una correlazione positiva con entrambi i sensi di comunità (Senso di Responsabilità per la comunità, $r=.31, p<.01$, e il senso di una comunità che promuove salute, $r=.35, p<.01$), con entrambe le sottoscale dell'empowerment, riferito alla conoscenza e competenze sulla salute della propria comunità ($r=.33, p<.01$) e agli stili di vita ($r=.16, p<.05$).

Ulteriori correlazioni positive sono emerse con la fiducia che le attività verranno implementate ($r=.36$, $p<.05$) e che saranno efficaci ($r=.47$, $p<.01$) e con la soddisfazione per la partecipazione ($r=.37$, $p<.01$).

Discussioni e conclusioni

I dati emersi attraverso le analisi descrittive mostrano come, all'interno dei diversi progetti regionali, possano coesistere molteplici differenze rispetto alla tipologia di partecipazione e al coinvolgimento dei cittadini. Rispetto al campione del questionario, emerge una forte presenza di donne, di professionisti sanitari, di liberi cittadini e associazioni. Le associazioni interessate sono prevalentemente sportive o specifiche ad alcuni target di popolazione.

Emerge, inoltre, come vi sia una più bassa percezione di aver contribuito a livello decisionale, rispetto ad una maggiore percezione di aver contribuito a livello informativo e consultivo. Tra i partecipanti al questionario vi è una percezione condivisa che questi progetti di comunità si differenzino dai progetti tradizionali di prevenzione e promozione della salute in particolar modo per il metodo di lavoro, gli scopi e obiettivi. Dato questo, che sembrerebbe in linea con quanto emerso anche nel primo studio qualitativo sul ristretto campione di decisori. Rispetto alla dimensione di intersectorialità e multidisciplinarietà i progetti sembrano essere riusciti, nelle percezioni di chi ha risposto al questionario, a coinvolgere anche persone provenienti da altri ambiti e che non si conosceva in precedenza. La qualità della partecipazione e delle collaborazioni interdisciplinari si colloca su valori medio alti, così come una discreta comunicazione interna, il senso di comunità, l'empowerment e l'intenzione a continuare a partecipare.

Da analisi di correlazioni più specifiche è emerso come la percezione di aver sperimentato una buona qualità di partecipazione, insieme ad una buona qualità di collaborazioni interdisciplinari, mostri molteplici correlazioni significative positive con il senso di comunità (che promuove salute e di responsabilità) ma anche con dimensioni quali empowerment, intenzione a continuare a partecipare, la

soddisfazione per l'esperienza di partecipazione e la percezione di efficacia di questi progetti. Ciò, oltre a confermare le ipotesi iniziali, apre importanti e interessanti scenari rispetto ai possibili effetti che una partecipazione di qualità possa sortire all'interno di programmazioni di promozione della salute.

Anche la percezione di poter contribuire a livello decisionale correla positivamente con molte delle variabili indagate dove però, rispetto alle due sottoscale dell'empowerment (stili di vita e conoscenza della comunità), non mostra correlazioni significative con la sottoscala dell'empowerment riferita agli stili di vita e la fiducia che le attività verranno implementate. Inoltre mostra correlazioni più deboli rispetto alle dimensioni più qualitative della partecipazione. Questo dato se da un lavoro conferma l'importante ruolo che l'essere implicati in processi decisionali può avere sul senso di comunità, l'empowerment riferito alla propria comunità e l'intenzione a continuare a partecipare, dall'altro suggerisce che forse per ottenere maggiori benefici in termini di empowerment, senso di comunità e soddisfazione le persone hanno bisogno di attualizzare i processi partecipativi anche all'interno di gruppi di lavoro che presentino un buon funzionamento ed una buona qualità.

Anche il senso di comunità mostra interessanti correlazioni positive con tutte le variabili indagate in particolar modo con la soddisfazione, l'empowerment e la percezione di efficacia dei progetti. Mannarini, Fedi e Trippetti (2010) hanno mostrato come la soddisfazione sia un importante fattore di sostenibilità della partecipazione, permettendo ai cittadini di persistere nelle azioni intraprese o di trasferire comportamenti partecipativi anche in altri contesti. Approfondendo le relazioni tra l'intenzione a continuare a partecipare in futuro e tutte le variabili indagate, è possibile osservare come con la sottoscala dell'empowerment stile di vita emerga una correlazione molto più debole rispetto alle altre variabili. Nonostante questo dato meriti ulteriori approfondimenti, può già far supporre che se si vuole costruire progetti sostenibili nel tempo, non basta promuovere unicamente l'empowerment riferito agli stili di vita individuali (approccio classico all'educazione alla salute con interventi individuali) ma occorre poter promuovere ulteriori dimensioni, quali ad esempio la percezione di efficacia dell'attività, il senso di comunità, l'empowerment riferito alla conoscenza e competenza sulla propria

comunità, ma soprattutto una buona qualità della partecipazione e delle collaborazioni interdisciplinari.

Tali risultati mostrano, quindi, che se si vogliono favorire maggiori processi di empowerment, l'intenzione di protrarre la partecipazione e soddisfazione per la partecipazione, un ruolo chiave importante è dato dal promuovere una migliore qualità di processi di crescita, di riflessioni, di interdipendenza, flessibilità, apertura a nuove opportunità (qualità della partecipazione e delle collaborazioni) insieme ad un contesto supportivo e positivo all'interno dei gruppi di lavoro e al poter contribuire concretamente a livello decisionale.

Una buona qualità dei processi partecipativi una maggiore crescita, sviluppo, empowerment delle persone coinvolte ma anche permettere a sempre maggiori cittadini di impegnarsi nel co-costruire una comunità più competente e sana, attraverso azioni percepite come efficaci, in cui ci sia l'intenzione a continuare ad impegnarsi e agire.

Capitolo VI

Conclusioni

“Noi siamo passati, parlando di progetti di promozione della salute nel campo specifico, da fare le cose di nascosto, non dovevamo farle, ad essere tollerati a farle, e adesso doverle fare, però, ecco, fatele ma fatele presto e con poche risorse” Intervistato M

Il crescente aumento delle malattie croniche, l'evoluzione del concetto di salute, l'aumentata sfiducia verso le istituzioni, comprese quelle sanitarie, spingono sempre di più ad interrogarsi in che modo poter contrastare l'avanzata di un'epidemia così imponente, spesso socialmente determinata, attraverso il tentativo di una riorganizzazione dei cercando di riorganizzare i servizi sanitari, interventi e il coinvolgimenti di utenti, pazienti e cittadini.

Già dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978), alla Carta di Ottawa (1986), per giungere fino ai più recenti documenti internazionali, quali come Health2020 e il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, viene ribadita l'importanza e la centralità strategica di promuovere la partecipazione e l'empowerment dei cittadini, riducendo le diseguaglianze di salute attraverso un approccio socio-ecologico e sistemico, intersettoriale e multifattoriale. La sfida è quella di sviluppare politiche e interventi che abbiano l'obiettivo, non solo di fornire informazioni o sviluppare comportamenti a livello individuale, ma anche di promuovere lo sviluppo di contesti sociali che supportino i comportamenti di salute. In quest'ottica, l'attenzione viene spostata dalle strategie di intervento di tipo individuale verso un approccio di partecipazione e di sviluppo della comunità (Bracht, 1999). I benefici e la complessità del lavorare in modo partecipato e attraverso coalizioni e partnership trova però diverse contraddizioni, criticità e potenzialità su cui è importante

sviluppare puntuali approfondimenti e riflessioni. All'interno del dominio delle prassi di sanità pubblica, infatti, vi si ritrova un forte scollamento tra le "teorie" e le "pratiche". Ciò, come emerso anche dal primo studio, si manifesta anche nelle diverse rappresentazioni, concettualizzazioni e possibili traduzioni di termini ombrello come partecipazione, comunità, progetto di comunità. Tali differenze possono coesistere anche all'interno di gruppi di operatori attivamente coinvolti su progetti partecipati come quelli oggetto delle due ricerche presentate.

Interessante è stata, inoltre, la tensione e l'opportunità emersa in alcuni intervistati di poter modificare il proprio ruolo, passando da quello di medici, esperti, prescrittori, a ruoli di maggiore facilitazione, accoglienza e valorizzazione delle risorse delle comunità e delle persone che si possono incontrare durante questi percorsi. La messa in discussione del proprio ruolo medico/tecnocratico, se da un lato genera delle preoccupazioni, dall'altro, in chi ha già iniziato a sperimentare ruoli più egualitari, si è rivelata una interessante scoperta, una occasione di crescita personale e di cambiamento, connessa anche ad una aumentata soddisfazione, gratificazione e percezione di efficacia dei propri interventi. Anche i benefici personali degli operatori rispetto a lavori intersettoriali e partecipativi è un aspetto molto interessante, laddove, progettazioni partecipate non solo possano promuovere salute all'interno delle comunità ma favorire un maggiore benessere personale e organizzativo degli operatori.

Questi cambiamenti, seppur in linea con i grandi indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, necessitano il rinnovo di ruoli e pratiche professionali degli operatori socio-sanitari, verso competenze di facilitazione e di lavoro con le comunità. Un cambiamento questo che, se da un lato vede importanti sforzi all'interno della sanità pubblica, grazie anche a strumenti di programmazione quali i Piani Regionali della Prevenzione e i conseguenti PLA (piani locali attuativi), dall'altro vede ancora con lentezza l'evolversi verso una reale e concreta intersettorialità, interdisciplinarietà delle prassi e di come sono organizzati i servizi. La promozione della salute all'interno dei servizi e anche in molte regioni italiane continua ad essere confinata a spazi e tempi minoritari e marginali, sia per problemi strutturali che culturali.

La promozione della salute non può esaurirsi unicamente in passione, intraprendenza e competenze di alcuni operatori e decisori, ma deve divenire gradualmente una azione strategica, politica e culturale. Sempre più spesso infatti si assiste a forti contraddizioni che si generano nei sistemi sanitari, alla diffusione di falsi miti sul promuovere empowerment, partecipazione ed equità che hanno bisogno sempre di più di svuotarsi di “mistero e magia” per diventare oggetti concreti di lavoro e di interesse per il nuovo personale sanitario e per le comunità locali.

Importante diventa quindi affiancare alle tradizionali formazioni per gli operatori sanitari (spesso centrate su come modificare comportamenti individuali) concrete opportunità di esperienze dirette, favorendo altresì maggiori contatti e *contagi* di idee, progettualità, buone pratiche che possono essere realizzate nei diversi territori.

Parafrasando Lewin (2005): *"Gli individui non possono essere obbligati alla democrazia, che va appresa attraverso un processo di partecipazione volontaria e responsabile. Un processo di trasformazione in senso democratico richiede un tempo molto maggiore che non il processo inverso, dalla democrazia all'autocrazia"* e ciò vale sia per i destinatari degli interventi (gruppi di popolazione, cittadini) che per gli stessi operatori della salute in cui la partecipazione non può essere vista come un obbligo, ma come atto consapevole e responsabile.

Un' ulteriore criticità, ma anche opportunità, emerge dai numerosi studi sulla partecipazione e sulla promozione della salute. Infatti, nonostante molte ricerche si siano sviluppate nel verificare i potenziali benefici di diverse forme di partecipazione (civica, politica, collaborazioni e partnership) e in diversi gruppi (adolescenti, adulti, migranti), solo pochi studi hanno iniziato a verificare anche gli effetti negativi di alcuni processi partecipativi. Un nuovo filone di studio e ricerca, con forti implicazioni pratiche, diventa così l'opportunità di esplorare, verificare i possibili effetti di processi partecipativi di qualità, soddisfacenti, in grado di promuovere esiti importanti e sostenibili nel tempo.

Attraverso il secondo studio, infatti, è emerso come esperienze di una partecipazione di qualità, insieme ad una buona qualità delle collaborazioni interdisciplinari, alla percezione di contribuire a livello decisionale, vi siano correlazioni positive con il

senso di comunità, l'empowerment, la fiducia che le attività verranno implementate e saranno efficaci, la soddisfazione per l'esperienza di partecipazione e l'intenzione a continuare a partecipare. In accordo con Mannarini & Fedi (2009) quando i cittadini hanno l'opportunità di essere coinvolti in questioni pubbliche, condividere idee, all'interno di discussioni di gruppo e attraverso interazioni eque e piacevoli tra i partecipanti, sono più intenzionati a continuare a partecipare (Mannarini *et al.*, 2010).

Ulteriori analisi saranno condotte, per testare precisi effetti di mediazione e moderazione del senso di comunità rispetto alla qualità della partecipazione e gli esiti della stessa (empowerment, percezione di efficacia, intenzione a continuare a partecipare e soddisfazione), favorendo così la comprensione di modelli più complessi ed esplicativi. Ci si auspica inoltre che questi interessanti risultati possano generare importanti implicazioni pratiche e teoriche, dove si possa continuare a ricercare, esplorare e verificare precisi modelli di una partecipazione di qualità e favorire una più diffusa conoscenza delle teorie e delle recenti ricerche sul tema, in grado di generare e favorire nuovi modi agire, promuovere partecipazione e salute.

La potenziale ricchezza di questi dati e soprattutto la grande enfasi che viene posta a livello internazionale su questi temi, all'interno dei servizi sanitari, incoraggia il continuare ad analizzare e indagare questi aspetti, a confrontare e discutere i dati con gli operatori coinvolti, al fine di considerare questi studi solo un piccolo passo di un importante cammino di ricerca e approfondimento di temi così complessi, e strategici per una promozione più complessiva di benessere e di salute delle nostre comunità e quindi anche della nostra salute.

Ringraziamenti

Nonostante i tanti dubbi, incertezze e sacrifici personali nel cercare di conciliare il lavoro e il percorso del dottorato non posso che ringraziare le tante persone che in modo diverso mi sono state vicine, mi hanno aiutata, supportata e sostenuta a livello professionale e personale.

Ringrazio prima di tutto la Prof.ssa Elvira Cicognani per la sua presenza e pazienza nel rincorrere una studentessa difficile e imperfetta. Ringrazio il gruppo di ricerca dell'Università di Bologna che in tutti questi anni ha contribuito ad alimentare la fiamma e la passione per la ricerca e per i grandi valori della psicologia di comunità, dai suoi ambiti di studio alle sue applicazioni sul campo.

Ringrazio Alba Carola Finarelli, Alberto Arlotti e Giorgio Chiaranda che mi hanno dato la grande opportunità di conoscere, crescere e sperimentarmi nell'ambito della promozione della salute regionale. Ringrazio tutto il gruppo di coordinamento regionale che mi hanno permesso di poter raccogliere i dati presentati nel presente lavoro e tutto ciò che ho potuto imparare attraverso questi progetti.

Ringrazio i miei amici e colleghi sempre vicini in una telefonata, in un sorriso, in un conforto o sostegno concreto. Ognuno a suo modo mi ha fatto sentire meno sola e più forte. Grazie a Ilaria M., Pamela M., Antonella G., Davide M., Lucia L., Teresa L., Michela L., Debora V., Federica G. e Serena B. e i colleghi del dottorato.

Ringrazio i tanti ignoti cittadini che hanno risposto al questionario offrendo il loro tempo per alimentare preziose conoscenze scientifiche e pratiche.

Ma soprattutto ringrazio la mia famiglia e il mio instancabile compagno Emiljan, per tutto l'amore e il sostegno che ha saputo donarmi. E' stata la mia energia, il mio equilibrio, la mia gioia, il mio catalizzatore di coraggio, fiducia e non solo.....grazie.....Je jeta ime!

Appendice

Questionario Processi Partecipativi Progetti di Comunità

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA - SEDE DI CESENA

Centro per l'Empowerment delle Scuole, delle Organizzazioni e della Comunità (CESCOM)

Il Centro CESCOM del Dipartimento di Psicologia (Università di Bologna) sta effettuando un'indagine per conoscere le opinioni e i vissuti di coloro che sono / sono stati coinvolti nei Progetti di Comunità promossi dalla Regione Emilia Romagna, a circa un anno dall'avvio.

La presente ricerca è stata progettata dal CESCOM, che ne ha la totale responsabilità scientifica rispetto ai contenuti indagati, la metodologia e le modalità di raccolta e analisi dei dati, ed è responsabile del trattamento dei dati raccolti in conformità alle normative vigenti sulla tutela della privacy (d.lgs. n. 196/03).

Le chiediamo gentilmente di compilare il questionario seguente in tutte le sue parti, rispondendo in base alla sua personale opinione e con la massima sincerità, facendo riferimento all'esperienza che ha avuto con le attività del progetto. Qualora non abbia elementi di informazione per rispondere ad una o più domande, può astenersi.

Il questionario è rigorosamente anonimo; i dati richiesti serviranno per le opportune analisi statistiche, che verranno effettuate in forma aggregata. Il report di sintesi dei dati relativi al singolo progetto verrà restituito al Responsabile, per le opportune riflessioni interne al gruppo.

La ringraziamo della collaborazione.

Per qualunque informazione può contattare la Prof.ssa Elvira Cicognani (psi.cescom@unibo.it).

Q1 Indichi il progetto al quale fa riferimento nel rispondere:

- GINS Gruppi in salute
- La Casa della salute per guadagnare salute
- Una comunità che guadagna salute
- Montagne di salute
- Giovani e salute
- Alla salute. I Cittadini imprenditori di qualità della vita

Q2 In quale ambito territoriale?

Q3 Qual è il suo ambito di appartenenza

- Sanitario
- Amministrazione locale

- Ambito educativo/scuola
- Associazionismo (specificare)
- Semplice cittadino/a
- Altro (specificare)

Q4 Qual è la sua professione?

Q5 Sesso

- Maschio
- Femmina

Q6 Età (anni)

Q7 Titolo di studio

- Licenza della scuola dell'obbligo
- Diploma di Scuola secondaria
- Laurea
- Diploma post laurea
- Altro (specificare)

Q8 Quali sono le prime 3 parole che le vengono in mente pensando a “una comunità che promuove salute”? (le elenchi nel campo sottostante, separate da una virgola)

Q9 Ruolo ricoperto nel progetto (indichi al massimo 3 risposte, privilegiando i ruoli più significativi per la sua esperienza)

- Cabina di regia regionale
- Gruppo di lavoro locale con funzioni di coordinamento generale (cabina di regia locale)
- Gruppo di lavoro locale territoriale
- Gruppo di lavoro locale tematico (ambito di attività specifico all'interno del progetto)
- Gruppo di lavoro costituito per la realizzazione di singole azioni progettuali
- Ho partecipato a un corso di formazione promosso nell'ambito del progetto
- Ho partecipato a una serata/incontro informativo
- Ho partecipato a un laboratorio
- Altro (specificare)

Q10 Quanto pensa di essere informato/a sul progetto?

Livello di informazione Per niente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) Moltissimo (10)

Q11 Quanto le sono chiari, del progetto...

per niente poco abbastanza molto

Gli obiettivi
L'articolazione complessiva
delle attività

Q12 Il contributo che ha dato al progetto è stato di tipo

molto abbastanza poco per niente

decisionale (es. ha contribuito alle decisioni prese)
informativo (ha fornito informazioni, es. in risposta a questionario, intervista ecc)
consultivo (es. ha richiesto/ottenuto informazioni/formazione partecipando a momenti informativi, corsi, seminari, serate)
progettuale (ha partecipato alla progettazione e alla realizzazione di attività)

Q13 Indipendentemente dal tipo di contributo, lei ha partecipato al progetto

- nell'ambito della sua attività professionale
- nell'ambito di un attività di volontariato/nel mio tempo libero

Q14 Attività a cui ha partecipato (indichi tutte le risposte che ritiene pertinenti)

- riunioni
- ricerca (es. interviste, focus group, questionari)
- formazione
- progettazione
- implementazione attività
- altro (specificare)

Q15 In base alle sue informazioni, negli incontri/gruppi a cui ha partecipato c'erano altre persone provenienti dai seguenti ambiti?

Si No Non so

Sanitario

Si No Non so

Amministrazione locale
Scuola/ambito educativo
Associazionismo
(specificare)
Semplice cittadini

Q16 Negli incontri, c'erano

- Solo persone che conosceva e con le quali ha già collaborato
- Anche persone che conosceva ma con le quali non aveva mai collaborato
- Anche persone che non conosceva

Q17 Prima di questa esperienza, aveva già partecipato a progetti di promozione della salute?

- SI
- NO

Q18 Quanto questa esperienza di partecipazione a progetti di promozione della salute è diversa da altre che ha fatto?

- E' diversa
- Non ci sono differenze

Q18.1 Se è diversa, specificare in che cosa (può indicare più di una risposta)

- Scopi, obiettivi
- Metodo di lavoro
- Tema di lavoro
- Territorio di riferimento
- Altro (specificare)

Q19 A partire da questa esperienza, che idea si è fatto/a della partecipazione dei cittadini nella promozione della salute?

Molto Abbastanza Poco Per niente
d'accordo d'accordo d'accordo d'accordo

i cittadini possono fornire
informazioni utili
i cittadini possono contribuire alle
decisioni circa gli interventi
i cittadini non hanno sufficienti
informazioni e competenze per
partecipare
i cittadini non sono interessati a
partecipare
i cittadini devono essere guidati
I cittadini possono svolgere un ruolo

Molto Abbastanza Poco Per niente
d'accordo d'accordo d'accordo d'accordo

attivo negli interventi di promozione
della salute

Q20-Q21 – Se ambito di appartenenza è selezionato

Q20a (sanitario) A partire da questa esperienza

molto abbastanza poco per niente

In che misura oggi ritiene che
un operatore sanitario possa
svolgere un ruolo attivo nella
promozione di stili di vita sani?

Q20b (educativo) A partire da questa esperienza

molto abbastanza poco per niente

In che misura ritiene oggi che la
scuola possa svolgere un ruolo
attivo nella promozione di stili
di vita sani?

Q20c (amministrativo locale) A partire da questa esperienza

molto abbastanza poco per niente

In che misura ritiene oggi che
l'amministrazione locale possa
svolgere un ruolo attivo nella
promozione di stili di vita sani?

Q20d (associazionismo) A partire da questa esperienza

molto abbastanza poco per niente

In che misura ritiene oggi che le
associazioni possano svolgere un ruolo
attivo nella promozione di stili di vita
sani?

Q21a (sanitario) Se ha risposto alla domanda precedente

è aumentata è diminuita è rimasta uguale

Questa percezione, a seguito
della partecipazione al progetto

Q21b (educativo) Se ha risposto alla domanda precedente

è aumentata è diminuita è rimasta uguale

Questa percezione, a seguito
della partecipazione al progetto

Q21c (amministrativo locale) Se ha risposto alla domanda precedente

è aumentata è diminuita è rimasta uguale

Questa percezione, a seguito
della partecipazione al progetto

Q21d (associazionismo) Se ha risposto alla domanda precedente

è aumentata è diminuita è rimasta uguale

Questa percezione, a seguito della
partecipazione al progetto

Q21e (semplice cittadino) In base alla sua esperienza

è aumentata è diminuita è rimasta uguale

La percezione che i cittadini possano
svolgere un ruolo attivo negli interventi di
promozione della salute, a seguito della
partecipazione al progetto

Q22 Pensi al progetto al quale ha partecipato. Indichi quanto è d'accordo con le frasi seguenti

molto abbastanza poco per niente

Partecipare al progetto ha contribuito a farmi
sentire di appartenere a una comunità che
promuove salute

Le persone in questo progetto hanno
mostrato che sono disponibili a collaborare
tra loro

Questo progetto ha mostrato che le persone
possono lavorare insieme per migliorare le
cose

Questo progetto ha mostrato che le persone
qui hanno le potenzialità di cambiare le cose
che sembrano non funzionare

Questo progetto ha aumentato le opportunità
di partecipazione e coinvolgimento della
comunità sul tema della promozione degli
stili di vita sani

Q23 In base alla sua esperienza quanto la partecipazione al progetto di comunità le ha...

molto abbastanza poco per niente

Fornito nuove informazioni sullo stato di salute della popolazione nel suo territorio

Fornito nuove informazioni su come migliorare lo stato di salute della popolazione nel suo territorio

Fornito nuove informazioni sul concetto di stile di vita sano

Fornito nuove competenze/abilità per migliorare il suo stile di vita

Fornito consigli pratici e strumenti per migliorare il suo stile di vita

Ampliato la sua conoscenza del territorio in cui vive

Aumentato la sua motivazione a impegnarsi a seguire uno stile di vita sano

Aumentato la sua motivazione a fare proposte concrete per la promozione di stili di vita sani

Aumentato la sua conoscenza di realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute

Facilitato l'instaurarsi di nuove collaborazioni con realtà e organizzazioni del suo territorio che promuovono salute

Q24 Nei momenti di incontro ai quali ha partecipato (es. riunioni, incontri informativi, ecc.) quanto spesso

molto abbastanza poco per niente

Ha avuto l'impressione che fossero discussi diversi punti di vista

Ha osservato che dal confronto fra opinioni emergevano nuovi modi di vedere i problemi

Ha notato che al centro della discussione c'erano problemi concreti

Ha pensato che partecipare fosse molto importante per lei come persona

Ha pensato di essere ascoltato/a, e che la sua opinione fosse tenuta in considerazione

Ha pensato che stava perdendo tempo, tanto in pratica non cambierà mai nulla

Q25 Pensando ai cittadini che sono stati coinvolti in attività del progetto, in che misura ritiene che i cittadini, grazie al coinvolgimento nel progetto

molto abbastanza poco per niente

Siano diventati più competenti nella gestione della loro salute
Siano diventati più capaci di raggiungere i propri obiettivi di miglioramento della salute
Siano diventati più fiduciosi nella propria capacità di comunicare con il proprio medico
Percepiscano di aver migliorato la propria relazione coi servizi sanitari

Q26 Pensando alla sua partecipazione ai gruppi di lavoro attivati nel progetto, indichi quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

molto d'accordo abbastanza d'accordo poco d'accordo per niente d'accordo

- 1- Il gruppo ha valutato (formalmente o informalmente) il modo in cui i membri lavorano insieme
- 2 - I membri del gruppo hanno parlato delle somiglianze e delle differenze nei loro ruoli professionali nell'ambito del lavoro per la promozione della salute
- 3 - I membri del gruppo hanno affrontato le divergenze reciproche in modo diretto
- 4- Il gruppo ha discusso i modi con cui i cittadini destinatari degli interventi dovrebbero essere coinvolti
- 5- Il gruppo ha discusso dell'opportunità di coinvolgere altri esperti che possano portare competenze ed esperienza sul progetto
- 6- Il gruppo non ha accolto volentieri le idee nuove su come promuovere la salute
- 7- I membri del gruppo si sono rispettati a vicenda quando avevano idee diverse su come promuovere la salute
- 8- Il gruppo aveva aspettative realistiche sul ruolo dei singoli membri negli interventi di promozione della salute
- 9- E' emersa una comunicazione chiara e aperta fra i membri del gruppo
- 10- I membri del gruppo hanno mostrato attenzione a comprendere il punto di vista degli altri piuttosto che cercare di difendere il proprio
- 11- Il gruppo ha sostenuto i suoi membri nel lavoro di promozione della salute
- 12- La diversità di opinioni fra i membri del gruppo ha generato nuove idee per gli

molto abbastanza poco per niente
d'accordo d'accordo d'accordo d'accordo

- interventi di promozione della salute
- 13- Come conseguenza del lavoro nel gruppo, i ruoli e le responsabilità dei singoli membri nel progetto sono cambiati
- 14- Lavorando come un gruppo, gli interventi di promozione della salute sono stati realizzati in modi nuovi
- 15- I membri del gruppo hanno assunto compiti estranei al proprio ruolo professionale se era necessario (es. medico che guida una discussione di gruppo, volontario che fa formazione, ecc.)
- 16- L'efficacia dell'implementazione delle attività dipende dalla presenza di una molteplicità di ruoli all'interno del gruppo
- 17- Il gruppo si è affidato al coinvolgimento di ambiti diversi (sanitario, sociale, educativo, ecc.) per raggiungere gli obiettivi prefissi
- 18- Il gruppo ha distinto i ruoli e le responsabilità dei singoli membri
- 19- Il gruppo ha consultato membri con una varietà di prospettive per comprendere i bisogni di salute della comunità

Q27 Pensando al gruppo (o ai gruppi) nei quali è stato coinvolto per il progetto, in che misura ha provato/prova i seguenti sentimenti

per niente poco abbastanza molto completamente

- Ho sentito di appartenere al gruppo e condivido un senso di coesione con gli altri membri del gruppo
- Ho avuto la percezione di contare e di fare la differenza per il gruppo, e che il gruppo era importante per i suoi membri
- Ho sentito che i membri possono soddisfare i propri bisogni attraverso le risorse messe a disposizione dal gruppo
- Ho avuto l'impressione che i membri condividano una storia comune, luoghi, eventi ed esperienze simili

per niente poco abbastanza molto completamente

Un sentito un senso di
responsabilità nel sostenere il
benessere e il successo degli altri
membri del gruppo

Ho sentito un senso di
responsabilità per il benessere
della popolazione o la comunità
territoriale per la quale il gruppo
lavora

Ho provato il desiderio di
contribuire al gruppo senza
necessità di ricevere qualcosa in
cambio

Q28 In che misura pensa che

penso di no (1) (2) (3) (4) sicuramente (5)

le attività progettate verranno
implementate
in futuro continuerà a impegnarsi
in attività di promozione della
salute

le attività promosse dal progetto
miglioreranno la salute dei
cittadini

Q29 Secondo lei, quante persone ha raggiunto complessivamente il progetto?

- Meno di 50
- 50-100
- 100-200
- Oltre 200

Q30 Alla luce della sua partecipazione al progetto, in che misura pensa che la salute della popolazione dipenda da...(indichi in che percentuale, il totale deve fare 100)

La qualità dei servizi sanitari del territorio
La capacità dei singoli di prendersi cura della salute
La qualità dell'ambiente fisico in cui si vive
La qualità delle relazioni sociali
La disponibilità economica
Totale

Q31 Complessivamente, come valuta i benefici della partecipazione rispetto alle difficoltà che comporta? [descrittive per ambito di appartenenza]

- I benefici sono superiori alle difficoltà
- I benefici e le difficoltà più o meno si equivalgono
- Le difficoltà sono superiori ai benefici

Q32 Complessivamente, quanto è soddisfatto/a della sua esperienza di partecipazione al progetto?

Per niente soddisfatto

1

2

3

4

5

6

7

Moltissimo soddisfatto

8

Bibliografia

- Abel, T. D., & Stephan, M. (2000). The Limits of Civic Environmentalism. *American Behavioral Scientist*, 44(4), 614-628.
- Aboud, F.E. (1998). *Health Psychology in Global Perspective*. London: Sage.
- Adams, L. (1989). Healthy cities, healthy participation. *Health Education Journal*, 48(4), 179–182.
- Albanesi, C. (2012). La rete sociale e il lavoro in rete. In *La psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. 281-306. Roma: Carocci Editore.
- Altieri, L. (2002). Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità: Dimensioni, modelli, prospettive e problemi [Citizens' listening and participation in health service]. *Salute e Società*, 2, 9-21
- Amerio, P. (2000). *Psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Ahmed, S. M., & Palermo, A.G. (2010). Community engagement in research: frameworks for education and peer review. *American Journal of Public Health*.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224.
- Aveling, E.-L., & Jovchelovitch, S. (2014). Partnerships as knowledge encounters: A psychosocial theory of partnerships for health and community development. *Journal of Health Psychology*, 19(1), 34–45. Doi: 10.1177/1359105313509733
- Balen, R., Rhodes, C., & Ward, L. (2010). Power of stories: Using narratives for interdisciplinary learning in health and social care. *Social Work Education*, 29, 416–426.
- Baldwin D. C., & Baldwin, M. A. (2007). Interdisciplinary education and health team training: A model for learning and service. *Journal of Interprofessional Care*, 21(S1), 52–69.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of self-control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Baum, F. (1998). *The New Public Health: an Australian Perspective*. Melbourne: Oxford University Press.
- Beetham, D., Blick, A., Margetts, H. & Weir, S. (2008). *Power and Participation in Modern Britain: a literature review for Democratic Audit*. Creative Print Group, Wembley
- Beierle, T.C., & Cayford, J. (2002). *Democracy in Practice: Public Participation in Environmental Decisions*. Washington: Resources for the Future Press.
- Beierle, T. C. (1999). Using Social Goals to Evaluate Public Participation in Environmental Decisions. *Policy Studies Review*, 16(3-4), 75-103.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della Salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bess, K. D., Prilleltensky, I., Perkins, D. D., & Collins, L. V. (2009). Participatory organizational change in community-based health and human services: From Tokenism to Political Engagement. *American Journal of Community Psychology*, 43(1-2), 134-148.
- Biocca, M. (a cura di) (2006). *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute. I piani per la salute in Emilia Romagna 2000-2004*. Milano: Franco Angeli.
- Blackburn, W. J. (2000). Understanding Paulo Freire: reflections on the origins, concepts and possible pitfalls of his educational approach. *Community Development Journal*, 35(1), 3-15 Doi:10.1093/cdj/35.1.3
- Blackburn, W. J. & Willa, M. B. (1995). *Mediating Environmental Conflicts: Theory and Practice*. Westport: Quorum Books.
- Boutilier, M. Cleverly, S. Labonté, R. (1999). Community as a setting for health promotion. In: Poland B, Green L, Rootman I (eds). *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bracht, N., Kingsbury, L., & Rissel, C. (1999). A Five-stage Community Organization Model for Health Promotion", in N. Bracht (ed.), *Health Promotion at the Community Level*. Thousand Oaks: Sage.
- Bracht, N., & Tsouros, A. (1990). Principles and strategies of effective community participation. *Health Promotion International*, 5 (3), 199-208.

- Braibanti, P., Strappa, V., & Zunino A. (2009). *Psicologia sociale e promozione della salute, vol. I: Fondamenti psicologici e riflessioni critiche*. Milano: FrancoAngeli.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Brody, S. D. (2003). Measuring the effects of stakeholder participation on the quality of local plans based on the principles of collaborative ecosystem management. *Journal of planning education and research*, 22(4), 407-419.
- Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- Bronstein, L.R. (2002). Index of Interdisciplinary Collaboration. *Social Work Research*, 26(2), 113-123.
- Butler, C., Rissel, C., & Khavarpour, F. (1999). Factors associated with participation in resident action groups in metropolitan Sydney: a cross-sectional survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(6), 634–638.
- Butterfoss, F. D. (2006). Process evaluation for community participation. *Annual Review of Public Health*, 27, 323–340.
- Butterfoss F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health education research theory & Practice*, 8(3), 315-330. Doi: 10.1093/her/8.3.315
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2007). Health , community and development : towards a social psychology of participation. doi:10.1002/1099-1298(200007/08)10
- Campbell, C. & Murray, M. (2004). Community health psychology: promoting analysis and action for social change. *Journal of Health Psychology*, 9, 187–195.
- Campbell, C. (2003). *Letting them Die: Why HIV/AIDS Prevention Programs Fail*. Oxford: International African Institute.
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: Towards a social psychology of participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4), 225–270.

- Caltabiano, C. (a cura di), (2003). *Il sottile filo della responsabilità civica, VIII Rapporto sull'associazionismo sociale*. Milano: Franco Angeli
- Catellani, P. (1997). *Psicologia Politica*. Bologna: Il Mulino.
- Chavis, D.M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18 (1), 55–81
- Christens, B. D., & Speer P. W. (2011). Contextual Influences on Participation in Community Organizing: A Multilevel Longitudinal Study. *American Journal of Community Psychology*, 47:253–263, doi: 10.1007/s10464-010-9393-y
- Cicognani, E. (2012). Il benessere della comunità. In *La psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. 195-218. Roma: Carocci Editore.
- Cicognani, E., Mancini, T., & Nicoli, M.A. (2007). Criteria for the allocation of medical resources: Citizens' perspectives. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 1, 13-34.
- Cicognani, E. (2005). Partecipazione sociale: quali benefici per gli adolescenti? *Psicologia di comunità*, 2, 89-100.
- Cooke, B. (2001). *The social psychological limits of participation?* In B. Cooke & U. Kothari (Eds.), *Participation: The new tyranny?* (36 - 55). London; New York: Zed Books Ltd.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking Participation: models, meanings and practices *Community Development Journal*, 43(3), 269-283.
- Cornwall, A., Lall, P., Kennedy, K., & Owen, F. (2003). Putting partnership into practice: participatory wellbeing assessment on a south London housing estate. *Health Expectations*, 6(1), 30–43.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Carrier, S., & Etheridge, F. (2008). The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: A theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 341–51.
- Cramer, M. E., Atwood, J. R., & Stoner, J. A. (2006). A conceptual model for understanding effective coalitions involved in health promotion programming. *Public Health Nursing*, 23(1), 67–73.
- Crisp, N. (2010). *Turning the World Upside down: The Search for Global Health in the 21st Century*. London: Royal Society of Medicine Press.

- Crow, S. (2015). *Critical Synthesis Package: Index for Interdisciplinary Collaboration (IIC)*. MedEdPORTAL Publications. Retrived from: <https://www.mededportal.org/publication/10197>
- Daley, D.M. (2008). Public participation and environmental policy: what factors shape state agency's public participation provisions? *Review of Policy Research*, 25(1), 21–35.
- David J., Zakus L., & Lysack., C.L. (1998). Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13(1), 1-12.
- Davidson, W.B., & Cotter, P.R. (1989). Sense of community and political participation. *Journal of Community Psychology*, 17, 119–125.
- De Piccoli, N. (a cura di) (2014). *Salute e qualità della vita nella società del benessere. Prospettive interdisciplinari*. Roma: Carocci editore.
- De Piccoli N., Colombo M., Mosso C. (2004). Active participation as an expression of the sense of community. In A. Sánchez.Vidal, A. Zambrano Constanzo, M. Palacín Lois (eds.), *Psicologia comunitaria europea: Comunidad, ética y valores*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 262-271.
- Di Filippo, F. (2009). Prevenzione delle malattie croniche e promozione di stili di vita corretti. Ricerca-intervento su fumo e alimentazione in una scuola superiore di Roma. Tesi di Dottorato. Università' la Sapienza di Roma.
- Doise, W. (1976). Structural homologues, sociology and experimental psychology. *Social science information*, 15, 929-42.
- Dowling, B., Powell, M., & Glendinning, C. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community*, 2(4), 309–17.
- Draper, A. K., Hewitt, G., & Rifkin, S. (2010). Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1102–9.
doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.016
- Dube, N., & Wilson. D, (1996). Peer education programmes among HIV-vulnerable communities in southern Africa. *HIV/AIDS management in South Africa: priorities for the mining industry*, 30-40.

- Echeverria, J. D. (2001). No Success like Failure: The Platte River Collaborative Watershed Planning Process. *William and Mary Environmental Law & Policy Review*, 25(3), 559-604.
- Trickett E. J., Espino, S. R., Hawe, P. (2011). How are community interventions conceptualized and conducted? *An analysis of published accounts*, 576-591.
- Trickett E. J., (2009). Community psychology: Individual and und interventions in community context. *Annual review of Psychology*, 60, 395-419.
- Eklund, L. (1999). *From Citizen Participation towards Community Empowerment: An Analysis on Health Promotion from Citizens Perspective*. PhD Thesis; Tampere, University of Tampere.
- Eng, E., Hatch, J., & Callan, A. (1985). Institutionalizing social support through the church and into the community. *Health Education Quarterly*, 12(1), 81-92.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. Doi:10.1176/ajp.137.5.535
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Evans, T., et al. (2000). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press.
- Feather, J & Labonté, R. (1995). Sharing knowledge from health pro- motion practice: final report. Saskatoon, Canada: University of Saskatchewan, Prairie Region Health Promotion Research Centre.
- Felix, M., Chavis, D., & Florin, P. (1989). Enabling community development: language, concepts and strategies. Presentation sponsored by *Health Promotion Branch, Ontario Ministry of Health*, Toronto, May 16–18.
- Fernandes-Jesus, M., Malafaia, C., Ferreira, P., Cicognani, E., & Menezes, I. (2012). The many faces of hermes: The quality of participation experiences and political attitudes of migrant and non-migrant youth. *Human Affairs*, 22(3), 434-447, DOI: 10.2478/s13374-012-0035-y
- Flanagan, C.A. (2004). Volunteerism, leadership, political socialization, and civic engagement. In R.M. Lerner, L. Steinberg (eds.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley, 721-746.

- Fowler, A. (2000). *Partnerships – Negotiating relationships: A resource for NGOs*. INTRAC. Available at: <http://www.intrac.org/resources.php?action=resource&id=54> (accessed 10 October 2009).
- Fryer, D. (2012). Disuguaglianze e ricerca dal punto di vista della psicologia critica di comunità. In *La psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. 87-100. Roma: Carocci Editore.
- Frohlich, K.L, Corin E., Potvin L. (2001). A Theoretical Proposal for the relationship between context and diseases. *Sociology of Health & Illness*, 23, 66
- Gelli, B., Mannarini T. (2007). *La partecipazione: modi e percorsi. Dai papa boys ai no global*. Milano: Unicopli.
- Gelli, B. (2005). Comunità ideale e partecipazione. *Psicologia di Comunità*, 2, 13-26.
- Glanz, K., Marcus Lewis, F., & Rimer, B. K. (1997). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. National Institute of Health.
- Granner, M. L., & Sharpe, P. A. (2004). Evaluating community coalition characteristics and functioning: A summary of measurement tools. *Health Education Research*, 19(5), 514-532.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning. An educational and ecological approach* (4th edition). New York: McGraw-Hill.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: SAGE.
- Green, L., Daniel, M., & Novick, L. (2001). Partnerships and coalitions for community-based research. *Public Health Reports*, 116(1), 20–31.
- Goodman, R. A., Bunnell, R., & Posner, S. F. (2014). What is community health? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*, 67(1), S58–S61.
- Goodman, R. M., Speers, M. A., McLeroy, K., et al. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav*, 25(3), 258-278.
- Guzzo, R., Yost, P., Campbell, R., & Shea, G. (1993). Potency in groups: Articulating a construct. *British Journal of Social Psychology*, 32, 87-106.

- Heller, K., Price, R.H., Reinharz, S., Riger, S., & Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change: Challenges of the future*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Himmelman, A.T. (2002). COLLABORATION FOR A CHANGE, Definitions, Decision-making models, Roles, and Collaboration Process Guide. https://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/4achange.pdf
- Himmelman, A.T. (2001). On coalitions and the transformation of power relations: collaborative betterment and collaborative empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 277 – 285.
- Hinkle, S., Brown, R. J., & Ely, P. G. (1992). Social identity theory processes: Some limitations and limiting conditions. *Revista de Psicologia Social*, 99-111.
- Howarth, C., Foster, J., & Dorrer, N. (2004). Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research--and vice versa? *Journal of Health Psychology*, 9(2), 229–43. doi:10.1177/1359105304040889
- Howarth, C. (2001). Towards a social psychology of community: a social representations perspective. *Journal for the theory of social behaviour*, 31 (2), 223-238. DOI: 10.1111/1468-5914.00155
- Howell, R. E., Olsen, M. E. & Olsen, D. (1987). *Designing a Citizen Involvement Program: A Guidebook for Involving Citizens in the Resolution of Environmental Issues*, Corvallis: Western Rural Development Center.
- Hughey, J., Peterson, N.A., Lowe, J.B., & Oprescu, F. (2008). Empowerment and sense of community: Clarifying their relationship in community organizations. *Health Education & Behavior*, 35, 651–663.
- Hunter, D. J. (2008). Health needs more than health care: the need for a new paradigm. *The European Journal of Public Health*. 18(3), 217. 27.
- Irvine, R., Kerridge, I., McPhee, J., & Freeman, S. (2002). Interprofessionalism and ethics: Consensus or clash of cultures? *Journal of Interprofessional Care*, 16, 199–210.
- Iscoe, I. (1974). Community psychology and the competent community. *American Psychologist*, 29, 607-613.

- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202.
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schultz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*.
- Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2007). Integrated health promotion strategies: A contribution to tackling current future health challenges. *Health Promotion International*, 21(S1), 75–83.
- Jovchelovitch, S. (2007). *Knowledge in Context: Representations, community and culture*. London: Routledge.
- Judith, I., Judith G., Neumann, M., & Thompson, R. (1994). *Coordinating Growth and Environmental Management through Consensus Building*. Berkeley: California Policy Seminar, University of California.
- Julian, D. A. (2006). A community practice model for community psychologists and some examples of the application of community practice skills from the Partnerships for Success initiative in Ohio. *American Journal of Community Psychology*, 37(1–2), 21–27.
- Kagan, C., Duggan, K., Richards, M., & Siddiquee, A. (2011). Community Psychology, in: Martin, P., Cheung, F., Knowles, M., Kyrios, M., Littlefield, L., Overmier, J., & Prieto, J (eds.), *The IAAP Handbook of Applied Psychology*, Oxford: Blackwell.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61, 121-140.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. In J. Rappaport, C. Swift, & R. Hess (Eds), *Studies in Empowerment: Toward Understanding and Action*, 9-36. New York: Haworth Press.
- King, C. S., Feltey M., & Susel, O. (1998). The Question of Participation: Toward Authentic Public Participation in Public Administration. *Public Administration Review*, 58(4), 317-326.
- Kinsley, M. J. (1997). *Economic Renewal Guide: A Collaborative Process for Sustainable Community Development*. Snowmass: Rocky Mountain Institute.

- Klandermans, P.G. (1984). Mobilization and participation in trade union action: An expectancy-value approach. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 107-120.
- Klandermans, B. (1997). *The social psychology of protest*. Blackwell: Oxford.
- Klar, M., & Kasser, T. (2009). Some benefits of being an activist: Measuring activism and its role in psychological well-being. *Political Psychology*, 30(5), 755-777.
- Koelen, M. A., & Van den Ban, A. W. (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Korazim-Korosy, Y., Mizrahi, T., Bayne-Smith, M., & Garcia, M. L. (2014). Professional Determinants in Community Collaborations: Interdisciplinary Comparative Perspectives on Roles and Experiences Among Six Disciplines. *Journal of Community Practice*, 22(1-2), 229-255. doi: 10.1080/10705422.2014.901267
- Krampen, G. (1991). Political participation in an action-theory model of personality: theory and empirical evidence, *Political Psychology*, 12, 1-25.
- Kreisberg, S. (1992). *Transforming power: Domination, empowerment, and education*. Albany: State University of New York Press.
- Lewin, K., & Colucci, F. P. (2005). *La teoria, la ricerca, l'intervento*. Bologna: Il mulino.
- Labonté, R. (1993). *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: University of Toronto.
- Larson, R.W., Hansen, D.M., & Moneta, G. (2006). Differing profiles of developmental experiences across types of organized youth activities. *Developmental Psychology*, 42(5), 849-863.
- Lasker, R.D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Quarterly*, 79, 179–205.
- Lavanco, G., & Novara, C. (2002). *Elementi di psicologia di comunità*. Milano: McGraw Hill.

- Laverack, G. Labonté, R.A. (2000). Planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health policy and planning*, 15(3), 255-262
- Lawson, H. & Sailor, W. (2000). Integrating services, collaborating, and developing connections with schools. *Focus on Exceptional Children*, 33(2), 1-22.
- Lawrence, R. L. & Debbie A. D. (2001). Choosing Public Participation Methods for Natural Resources: A Context-Specific Guide. *Society and Natural Resources*, 14(9), 857-872.
- Leung, M. W., Yen, I. H., & Minkler, M. (2004). Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *Int J Epidemiol*, 33(3), 499-506.
- Levy, J. M. (1995). *Essential Microeconomics for Public Policy Analysis*. Westport: Praeger.
- Macfarlane, S., Racelis, M., & Muli-Musiime, F. (2000). Public health in developing countries. *The Lancet*, 356(9232), 841–846.
- Macrina, D.M., & O'Rourke, T.W. (1986). Citizen participation in health planning in the U.S. and the U.K.: implications for health education strategies. *International Quarterly of Community Health Education*, 7, 225–239.
- MacQueen, K. M., McClellan, E., Metzger, D. S., et al. (2001). What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am. J. Public Health* 91, 1929 – 1938.
- Mannarini, T., Fedi, A., & Trippetti, S. (2010). Public involvement: How to encourage citizen participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(4), 262-274.
- Mannarini, T., & Fedi, A. (2009). Multiple senses of community: The experience and meaning of Community. *Journal of Community Psychology*, 37, 211–227.
- Mannarini, T. (2004). *Comunità e partecipazione. Prospettive psicosociali*. Milano: Franco Angeli.
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14 (1), 6–23.
- Marmot, M., et al. (1991). Health inequalities among British civil servants; the Whitehall II study. *Lancet*, 337, 1387-1393.

- Margerum, R. D. (2002). Collaborative Planning: Building Consensus and Building a Distinct Model for Practice. *Journal of Planning Education and Research*, 21(3), 237-253.
- Martini, E.R., & Sequi, S. (1988). *Il lavoro nella comunità*. Roma: NIS.
- Maton, K. I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, 41, 4-21.
- Maton, K. I., Perkins, D. D., & Saegert, S. (2006). Community psychology at the crossroads: Prospects for interdisciplinary research. *American Journal of Community Psychology*, 38(1-2), 9-21.
- Maxwell, J., Rosell, S., & Forest, P.G. (2003). Giving citizens a voice in healthcare policy in Canada. *British Medical Journal*, 326, 1031-1033.
- Maycock, B., Howat, P., & Slevin, T. (2001). A Decision-making Model for Health Promotion Advocacy: The Case for Advocacy of Drunk Driving Control Measures. *Promotion & Education*, VIII (2), 59-64.
- Menezes, I. (2003). Participation experiences and civic concepts, attitudes and engagement: implications for citizenship education projects. *European Educational Research Journal*, 2(3), 430-445.
- McCloskey, M. (1996). The Skeptic: Collaboration has its Limits. *High Country News*, 28(9), 7.
- Milbrath, L.W. (1965). *Political participation: how and why do people get involved in politics?* Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Milewa, T., Valentine, J., & Calnan, M. (1999). Community participation and citizenship in British health care planning: narratives of power and involvement in the changing welfare state. *Sociology of Health and Illness*, 21, 445-465. doi:10.1111/1467-9566.00166
- Milewa, T. (1997). Community participation and health care priorities: reflections on policy, theatre and reality in Britain. *Health Promotion International*, 12, 161-168.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2008). The growing support for CBPR. *Community-based participatory research for health: from process to outcomes*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Minkler, M. (2005). Community-based research partnerships: challenges and opportunities. *Journal of Urban Health*, 82(2), ii3–ii12.
doi:10.1093/jurban/jti034
- Mitton, C., Smith, N., Peacock, S., Evoy, B., & Abelson, J. (2009). Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 91(3), 219–28.
doi:10.1016/j.healthpol.2009.01.005
- Morse, S. (2004). Practicing Democracy: How Communities Come Together to Solve Problems. *National Civic Review*, 93 (2), 31–41.
- Mosquera, M., Zapata, Y., Lee, K., Arango, C., & Varela, A. (2001). Strengthening user participation through health sector reform in colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy and Planning*, 16(2), 52–60. Retrieved from:
<http://dx.doi.org/10.1093/heapol/16.suppl\ 2.52>
- Mosse, D. (2005). *Cultivating Development: An Ethnography of Aid Policy and Practice*. London: Pluto Press.
- Murray, M. (ed.) (2004), *Critical Health Psychology*. New York: Palgrave Macmillan.
- Nair, Y., & Campbell, C. (2008). Building partnerships to support community-led HIV/AIDS management: A case study from rural South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 7(1) 45–53.
- Nelson, A., Babon, A., Berry, M., & Keith, N. (2008). Engagement, but for what kind of marriage?: community members and local planning authorities. *Community Development Journal*, 43(1), 37–51
- Nelson, G., Pancer, S.M., Hayward, K., et al. (2004). Partnerships and participation of community residents in health promotion and prevention. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 213–227.
- Newman, J., Barnes, M., Sullivan, S., & Knops, A. (2004). Public participation and collaborative governance. *Journal of Social Policy*, 33(2), 203–223
- Nussbaum, M. C. (1999). *Sex and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary. Health Promotion*. International: V 0113. no. 4. Oxford University Press.

- Organization for Economic Co-operation and Development. (2005). *Evaluating Public Participation in Policy Making*. Paris: OECD Publishing.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. (2015). *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2014*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco.
- Page, N., & Czuba, C. L. (1999). Empowerment: What Is It? *Journal of Extension*, 37(5), 1-6.
- Pateman, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Petts, J. (2001). Evaluating the effectiveness of deliberative processes: waste management case studies. *Journal of Environmental Planning and Management*, 44(2), 207–226.
- Pikhart, H., & Pikhartova, J. (2015). *The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases. A review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network (HEN) synthesis report). Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/273737/OMS-EURO-HEN-PsychologicalFactorsReport-A5-20150320-v5-FINAL.pdf?ua=1
- Pimbert, M. P., & Pretty, J. N. (1995). Parks, People and Professionals: Putting Participation into Protected Area Management. Discussion Paper No. 57 .I. I. f. E. a. D. UN Research Institute for Social Development, WWF.
- Pizzorno, A. (1993). *Le radici della politica assoluta e altri saggi*. Milano: Feltrinelli.
- Prestby, J., Wandersman, A., Florin, E., Rich, R., & Chavis, D. (1990). Benefits, costs, incentive management and participation in voluntary organizations: A means to understanding and promoting empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 117-149.
- Pogner, K. H. (2005). *Discourse Communities and Communities of Practice: On the social context of text and knowledge Production in the workplace*. Paper presented at the 21st EGOS Colloquium, Berlin: Freie Universitaet Berlin.
- Potvin, L., & McQueen, D. V. (2008). Practical dilemmas for health promotion evaluation. In L. Potvin & D. V. McQueen (Eds.), *Health promotion practices in the Americas: Values and research*, 25–45. New York: Springer

- Prilleltensky I. (2005). Promoting Well-Being: Time for a Paradigm Shift in Health and Human Services. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, pp.53-60.
- Prilleltensky, I., Nelson, G. (1997). *Community Psychology: Reclaiming social justice*. In D. Fox and I. Prilleltensky (Eds.), *Critical Psychology: An introduction*. 166-184 London: Sage.
- Public Health Agency of Canada. (2007). *Community Capacity Building Tool: A Tool for Planning, Building and Reflecting on Community Based Health Projects*. Winnipeg: Public Health Agency of Canada. Retrieved from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/ab-nwt-tno/downloads-eng.php>
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6(1), 65-78.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in human Services*, 3, 1-7.
- Shrestha, S. (2003). A conceptual model for empowerment of the female health volunteers in Nepal. *Educ Health*, 16, 318-27.
- Renedo, A., & Marston, C. (2011). Healthcare Professionals' Representations of 'Patient and Public Involvement' and Creation of 'Public Participant' Identities: Implications for the Development of Inclusive and Bottom-Up Community Participation Initiatives. *Journal of community & applied social psychology*, 21(3), 268-280. doi:10.1002/casp.1092
- Reppucci, N.D., Woolard, J. L. & Fried, C.S. (1999), Social, community, and preventive interventions, *Annual Review of Psychology*, 50, 387-418.
- Rice, M., & Franceschini, M. C. (2007). Lessons learned from the application of a participatory evaluation methodology to healthy municipalities, cities and communities initiatives in selected countries of the Americas. *Promotion & Education*, XIV (2), 68-73.
- Rissel, C., Finnegan, J., Wolfson, M., & Perry, C. (1995). Factors which explain amount of participation in rural adolescent alcohol use prevention task force. *American Journal of Health Promotion*, 9(3), 169-171.

- Rissel, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39-47.
- Robinson, K. L., & Elliott, S. J. (2000). The practice of community development approaches in heart health promotion. *Health Education Research Theory and Practice*.
- Rosson, M. B., & Carroll, J. M. (2013). Developing an online community for women in computer and information sciences: A design rationale analysis. *AIS Transactions on Human Computer Interaction*, 5(1), 6–27.
- Rotheram-Borus, M., Rebchook, G., Kelly, J., Adams, J., & Neumann, M. (2000). Bridging research and practice: Community-researcher partnerships for replicating effective interventions. *AIDS Education and Prevention*, 12(Suppl A), 49–61.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health*, 20, 369-402.
- Rowe, G., & Frewer, L.J. (2004). Evaluating public participation exercises: a research agenda. *Science, Technology & Human Values*, 29(4), 512–556.
- Rowe, G., & Frewer, L.J. (2000). Public participation methods: a framework for evaluation. *Science, Technology & Human Values*, 25(1), 3–29.
- Sabatier, P. A. (1988). An Advocacy Coalition Framework of Policy Changes and the Role of Policy-Oriented Learning Therein. *Policy Sciences*, 21(2-3), 129-168.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers.
- Sears, D. O., Huddy, L., & Jervis, R. (Eds.). (2003). *Oxford handbook of political psychology*. New York: Oxford University Press.
- Serrado Gonzalez, MI. (1991). *Influencia de la Ep Sen la promocion de la salud de una comunidad*. Madrid: Publicada por la Universidad Complutense.

- Schwartz, G. E. (1982), Testing the Biopsychosocial: The Ultimate Challenge Facing Behavioral Medicine?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- Shortell, S. M., Zukoski, A. P., Alexander, J. A., et al. (2002). Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(1), 49-91.
- Stephens, C. (2007). Participation in different fields of practice: using social theory to understand participation in community health promotion. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 949–60. doi:10.1177/1359105307082462
- Steuart, G. W. (1975). The people: motivation, education, and action. *Bull N Y Acad Med*, 51(1), 174-185.
- Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S., & Mukamel, D. (2004). Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Medical Care*, 42(5), 472-481.
- Theiss-Morse, E., & Hibbing, J. R. (2005). Citizenship and civic engagement. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, 8, 227-249.
- Tolomelli, A., Garzya, M., Giustini, C., Pitti, I., & Volturo, S. (2014). *Partecipazione ed Empowerment. La realtà bolognese come caso studio*. Milano: Franco Angeli.
- Tones, K., & Tilford, S. (2001). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*, 3rd edn. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Triandis, H. C., & Gelfand, M. J. (1998). Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1), 118-128.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & collectivism*. CO: Westview Press.
- Vannoni F. (2009). *Diseguaglianze socio-economiche e condizioni di salute attraverso l'indagine Multiuscopo Istat sulla salute*. In Brandolini, Saraceno, Schizzerotto (2009).
- Valletta L., Arlotti A., Colitti S., Baroni P. (2015). *Interventi per alimentazione e attività fisica: cosa funziona*. Collana Contributi, Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, 89, Regione Emilia-Romagna, ISSN 2464 – 9252,

- Vieno, A., Nation, M., Perkins D., & Santinello M. (2007). Civic participation and the development of adolescent behavior problems. *Journal of Community Psychology*, 35(6), 761-777.
- Wandersman, A., & Florin, P. (2000). Citizen participation and community organization. In Rapaport J., Seidman E. (Eds) *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 247-272.
- Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M.A., Saan, H., & Leeuwis, C. (2010). Community health promotion: A framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 428 – 435.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) <http://euro.who.int/Document/E88086.pdf>
[Accessed 12.06.09.](#)
- Wallerstein, N., Polascek, M., & Maltrud, K. (2002). Participatory evaluation model for coalitions: The development of system indicators. *Health Promotion Practice*, 3(3), 361–373.
- Wallerstein, N. (1999). Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico’s healthier communities. *Soc Sci Med*, 49(1), 39-53.
- Wallerstein, N. (1994). Introduction to Community empowerment, participatory education and health. *Health Education Quarterly*.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197-205.
- Walmsley, C. (2004). Social representations and the study of professional practice. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(4), 40-55.
- Wellman, B., Haase, A. Q., Witte, J., & Hampton, K. (2001). Does the Internet Increase, Decrease, or Supplement Social Capital?: Social Networks, Participation, and Community Commitment. *American Behavioral Scientist*, 45(3), 436–455. doi: 10.1177/00027640121957286

- White, D. (2000). Consumer and community participation: a reassessment of process, impact, and value. In G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health and medicine*, 465–480. London: SAGE.
- Wilcox, D. (1994). *The guide to effective participation*. Brighton, UK: Partnership.
- Williamson, A., & Fung, A. (2004) Public Deliberation: Where Are We and Where Can We Go? *National Civic Review* 93, 4: 3–15.
- Wollebaek, D., & Selle, P. (2003). Participation and social capital formation: Norway in a comparative perspective. *Scandinavian Political Studies*, 26 (1), 67-91.
- Wolff, T. (2010). *The Power of collaborative Solution. Six Principles and Effective tools for building Healthy Communities*. San Francisco: Jossey-bass.
- Wolff, T. (2001). Community coalition building-contemporary practice and research: An introduction. *American journal of psychology*, 29(2), 165-91.
- World Health Organization. (2015). *Taking a participatory approach to development and better health: Examples from the Regions for Health Network*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/294064/Taking-participatory-approach-development-health-malmo-skane.pdf
- World Health Organization. (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization. (2009). *Interventions on diet and physical activity: What works*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 9789241598248
- World Health Organization (2006). *Nutrition, physical activity and prevention of obesity: recent policy developments in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2005). 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi: WHO.
- World Health Organization. (2005). *Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment*. Geneva: WHO.

- World Health Organization (2005). *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. Report of the international conference, WHO/PPE/PAC/97.6*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Jakarta: WHO.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- Youniss, J., & Yates, M. (1997). *Community service and social responsibility in youth*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Zander, A. (1990). *Effective social action by community groups*. San Francisco-Oxford: Jossey-Bass.
- Zani, B. (2012). *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. Roma: Carocci.
- Zani, B. (2008). L'intervento psicosociale, psicologia di comunità e psicologia della salute. *Psicologia della Salute*, 3, 65 -76.
- Zani, B. (2007). La salute come "bene comune relazionale": significati e strumenti per una psicologia della salute di comunità. *Psicologia di Comunità*, 2, 13-28.
- Zani, B., Cicognani, E., & Albanesi, C. (2001). Adolescents' sense of community and feeling of unsafety in the urban environment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(6), 475–489. Doi:10.1002/casp.647
- Zani, B. & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.
- Zani, B., & Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere*. Roma: Carocci.
- Ziglio, E., Simpson, S., & Tsouros, A. (2011). Health promotion and health systems: some unfinished businessPERIOD! *Health Promotion International*, 26, 216-225.
- Zimmerman, M. A. (1999). Empowerment e partecipazione della comunità. *Animazione Sociale*, 2, 10-24.
- Zimmerman, B. J., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992). Self-Motivation for Academic Attainment: The Role of Self-Efficacy Beliefs and Personal Goal Setting. *American Educational Research Journal*.

Zimmermann, M. A., Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 725-750.

Sitografia

AA.VV. (2014). Community Engagement as a Process and an Outcome of Developing Culturally Grounded Health Communication Interventions: An Example from the DECIDE Project

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24567052#>

AA.VV. (2015). Costruire Salute. Il piano della prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna. Servizio Sanitario Regionale, Regione Emilia-Romagna <http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/piano-regionale>

AA.VV. (2015). Profilo di salute dell'Emilia-Romagna. Servizio Sanitario Regionale, Regione Emilia-Romagna <http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/profilo-di-salute>

AA.VV. (2014). *Promozione della salute: un patrimonio per tutti. Rassegna di esperienze del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna*. Regione Emilia-Romagna. <http://bit.ly/1LHp9qT>

AA.VV. (2015). Guadagnare salute e progetti di comunità. Regione Emilia-Romagna

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/doc/gscomunita>

Arlotti, A. (2009). PRECEDE - PROCEED: un modello di pianificazione

<http://www.azioniperunavitainsalute.it/files/materiali/formazione/bologna-ott09/ModelloGreen.pdf>

Agency for Toxic Substances and Disease Registry. (2011). PRINCIPLES OF COMMUNITY ENGAGEMENT.

http://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/pce_report_508_final.pdf

Istituto Superiore di Sanità. (2015). Libro bianco Europeo: Acting together-Roadmap for sustainable healthcare. <http://bit.ly/1oGp3s2>

Ordine degli Psicologi del Lazio. (2015). Dati AIFA su antidepressivi, Ordine Psicologi del Lazio: “Aumento consumo di antidepressivi conferma necessità di inserire psicoterapia nei percorsi di cura”. <http://bit.ly/1MLqf8K>