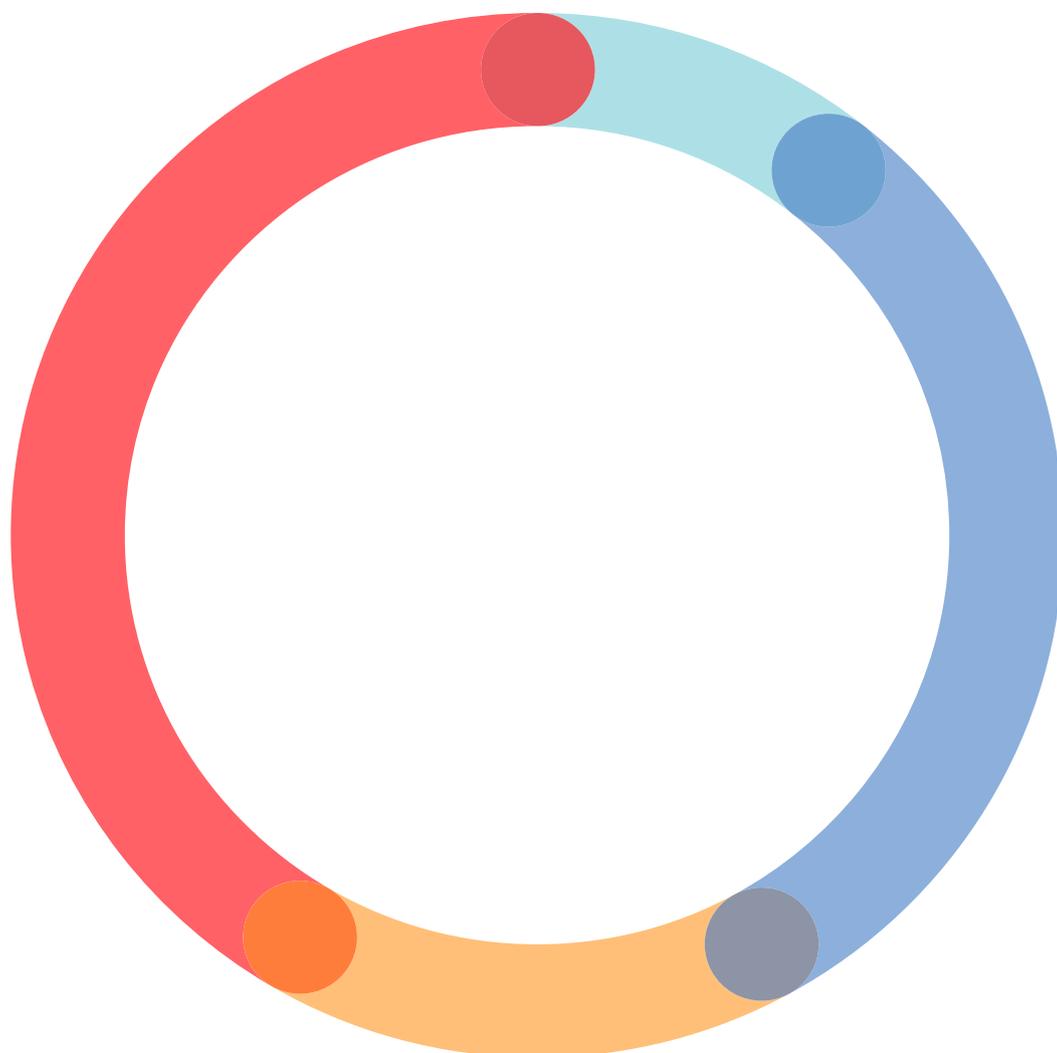


COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ PER IL CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

*Paola Capra, Alessandro Coppo, Luisa Dettoni, Roberto Di Monaco,
Maurizio Marino, Silvia Pilutti, Alessandra Suglia*





EPIDEMIOLOGIA
PIEMONTE

Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà



NIHMP
National Institute for Health
Migration and Poverty

Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Il policy brief è stato realizzato nell'ambito del progetto, finanziato dall'INMP, "Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute".

Autori: Paola Capra (1), Alessandro Coppo (1), Luisa Dettoni (1), Roberto Di Monaco (2), Maurizio Marino (3), Silvia Pilutti (4), Alessandra Suglia (1)

Si ringrazia Claudio Tortone (1) per la revisione critica del contributo "La governance della comunità"

(1) Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Asl TO3 - Regione Piemonte

(2) Università degli Studi di Torino. Dipartimento Culture, Politica e Società

(3) Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - Asl TO 3 - Regione Piemonte

(4) Prospettive Ricerca Socio-Economica S.A.S.

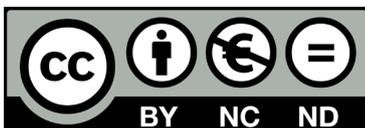
Maggio 2018

Per informazioni:

- info@dors.it
- silvia.pilutti@prospettivericerca.it
- roberto.dimonaco@unito.it

ISBN: 978-88-95525-36-5

Copertina e progettazione grafica: Alessandro Rizzo



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0
Internazionale

INDICE

	Introduzione	4
Partire dalle persone	Capitale sociale e apprendimento individuale	8
	Dallo svantaggio sociale alla cattiva salute	8
	Cosa cambia per le politiche pubbliche?	9
	La proprietà protettiva e capacitante del capitale	11
	L'apprendimento per nuovi comportamenti	12
	Nuove relazioni per nuovi comportamenti	17
	Bibliografia	22
La governance della comunità	Governance partecipativa	26
	Definizioni e direzione del processo di coinvolgimento	27
	Cosa si intende per comunità e chi definisce la comunità	27
	Azioni di coinvolgimento guidate dall'esterno della comunità	29
	Azioni di coinvolgimento guidate dall'interno della comunità	30
	Il coinvolgimento, tra strategia utilitaristica e di empowerment	32
	Modelli basati su strategia utilitaristica (strumentale)	32
	Modelli basati su un approccio di empowerment	34
	Oltre la contrapposizione dei due modelli	34
	Bibliografia	37
	Evidenze e raccomandazioni	40
	La revisione sistematica e metanalisi O' Mara-Eves	41
	La revisione Cochrane, Anderson	46
	La revisione Weiss	51
	Raccomandazioni e suggerimenti per la pratica	53
	Bibliografia	58

INTRODUZIONE

Processi partecipativi, coinvolgimento della comunità e rafforzamento del ruolo della comunità negli interventi da mettere in atto, sono termini che ricorrono sempre più spesso nei documenti di programmazione delle politiche sanitarie.

L'attenzione a questi concetti viene di solito messa in relazione a:

- una maggiore e più consapevole adesione dei cittadini, in particolare delle fasce sociali più vulnerabili, ai programmi proposti, con ricadute importanti sulla salute e sul contrasto delle disuguaglianze sociali
- un rafforzamento delle competenze degli individui e delle risorse delle comunità nella realizzazione delle iniziative, in un'ottica di sostenibilità sociale ed economica delle politiche messe in atto.

Le persone aumentano il controllo sulla propria salute, se hanno maggior grado di libertà e auto-determinazione nei comportamenti. Questa capacità, secondo le teorie e le esperienze cui fa riferimento il presente documento cresce, quando il contesto sociale prossimo alle persone le aiuta e le sostiene concretamente in questa direzione. Perciò le relazioni sociali, la comunità, diventerebbero un alleato chiave per cambiare i comportamenti in direzione della promozione della salute.

Quali sono le evidenze di efficacia degli interventi che si pongono l'obiettivo di un coinvolgimento attivo della comunità locale? Come le

diverse modalità di attivazione della comunità agiscono sulla salute e sulla riduzione delle disuguaglianze? Quali sono i meccanismi che possono rafforzare i processi partecipativi? Come tali meccanismi si traducono in rinforzo delle competenze e della capacità delle singole persone, di prendere le decisioni più adeguate rispetto a stili di vita e comportamenti salutari? Come la comunità può supportare scelte salutari? Quale il ruolo degli operatori in questi processi? Quali cambiamenti culturali e professionali sono necessari? Questi sono alcuni dei quesiti che hanno dato origine a questo report, che si struttura in due contributi distinti.

Il primo contributo approfondisce le relazioni tra la persona e la comunità, per mettere a fuoco in quale modo le relazioni sociali prossime possano costituire capacità sociali aggiuntive per la salute, decisive per tutti, ma in particolare per chi ha maggiori fragilità. Avere o meno relazioni e valori guida utili a proteggere la salute, non è un prodotto del caso, ma un prodotto sociale: scambi, solidarietà, identificazione e fiducia si costruiscono, nei diversi ambienti di vita (quartiere, scuola, luoghi di lavoro, ambiti di fruizione dei servizi, volontariato, ecc.), con specifiche azioni e politiche, che possono diventare una pratica quotidiana per gli operatori sanitari e sociali, all'interno delle normali attività di lavoro.

Il secondo contributo si concentra sulle azioni rivolte alla comunità nel suo insieme.

Il primo capitolo, presenta alcune definizioni

dei concetti utilizzati nei discorsi sulla comunità e alcuni modelli partecipativi, con studi di caso su esperienze internazionali. Il secondo capitolo, illustra le più recenti evidenze scientifiche sull'efficacia del coinvolgimento della comunità, in termini di riduzione delle disuguaglianze, nelle politiche di promozione della salute e le raccomandazione per guidare la pratica.

Dal report emergono due indicazioni fondamentali:

- la necessità di coinvolgere la comunità e puntare sulla partecipazione, per promuovere la salute
- la difficoltà di tradurre in pratica, nei differenti ambienti e contesti, questa strategia, senza farla diventare solo uno slogan, un rito superficiale, una pratica burocratica e formale.

In questo senso, le proposte di metodi e strumenti che troverete nel documento andrebbero discusse, socializzate e interiorizzate, per assicurarsi che risultino in grado di allineare davvero le pratiche concrete della partecipazione, agli obiettivi ambiziosi che quegli stessi metodi le attribuiscono.

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASLTO3 - Regione Piemonte (SEPI)

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASLTO3 - Regione Piemonte (DoRS)

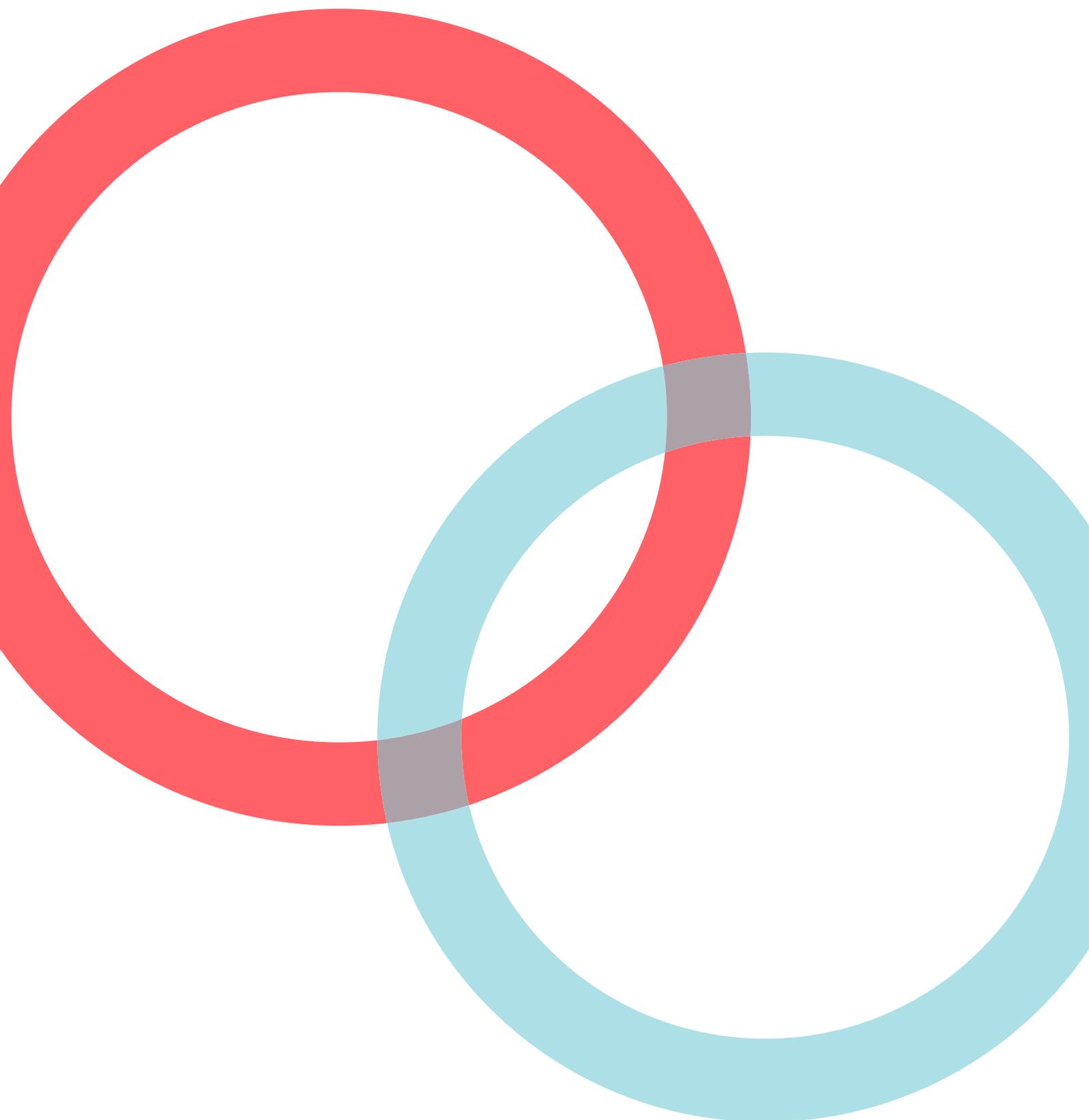
Prospettive Ricerca Socio-Economica S.A.S.

Università degli Studi di Torino, Dipartimento Culture, Politica e Società

PARTIRE DALLE PERSONE

CAPITALE SOCIALE E APPRENDIMENTO INDIVIDUALE

Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti





PARTIRE DALLE PERSONE

Silvia Pilutti e Roberto Di Monaco

Capitale sociale e apprendimento individuale

Dallo svantaggio sociale alla cattiva salute

Come sappiamo, le persone in molte circostanze non mettono in atto i comportamenti, ovvero i modi di essere e di fare, che potrebbero migliorare o mantenere la loro salute. Vi sono situazioni in cui il cambiamento dei comportamenti diventa necessario, talvolta con urgenza, per promuovere il benessere. Ciò avviene in tutti gli ambienti di vita: a scuola, sul lavoro, nel proprio quartiere, nei gruppi di amici, ecc.

Sappiamo inoltre che le scelte di comportamento individuale, negative per la salute, sono associate in modo inequivocabile allo svantaggio sociale della persona, in forma di gradiente, ovvero mano a mano che diminuisce il livello della posizione sociale, comunque misurata, crescono i rischi sociali connessi a determinati comportamenti e peggiora la salute. L'evidenza empirica mostra che i comportamenti individuali più favorevoli alla salute sono ostacolati dallo svantaggio, e quindi la cattiva salute diventa un effetto delle disuguaglianze sociali.

Il problema strategico della lotta alle disuguaglianze di salute consisterebbe quindi nel riuscire a fare in modo che le persone adottino comportamenti tesi al benessere, pur non potendo spesso eliminare, soprattutto nel breve periodo, le disuguaglianze sociali, in particolare quelle che affondano le radici nell'esperienza pregressa, come le carenze di istruzione, di formazione, le esperienze sociali negative, i lutti in famiglia, ecc. (Costa, 2014).

Bisogna notare che i meccanismi causali attra-

verso i quali lo svantaggio sociale della persona ostacola i comportamenti coerenti con il benessere e quindi causa un effetto sulla salute, sono complessi.

Questo perché non si tratta di relazioni causali dirette, come tra il virus e la malattia, ma mediate; infatti sia lo svantaggio, sia il mancato/diverso comportamento che, come ci dicono le statistiche, è ad esso associato, sono sempre collocati in un contesto sociale.

Dunque, proponiamo di partire dall'ipotesi contro-intuitiva che la trasmissione di uno svantaggio individuale sulla cattiva salute individuale avvenga attraverso meccanismi sociali, ovvero interazioni e interdipendenze sociali che in quelle particolari condizioni stanno all'origine dei comportamenti delle persone, non favorevoli alla salute.

Questo perché il contesto non sarebbe uno sfondo neutro ai comportamenti individuali, più o meno liberamente intrapresi, ma un sistema di interazioni attive con le persone stesse. Le regolarità osservate dalla ricerca nell'effetto degli svantaggi sociali sulla salute sarebbero quindi originate da processi ricorrenti che influenzano le decisioni individuali sui comportamenti, messi in atto dalle persone, immerse nelle loro relazioni sociali.

In questa prospettiva le rappresentazioni che stabiliscono relazioni dirette tra condizioni socioeconomiche (ad esempio, essere un lavoratore manuale fa male), ecologiche (abitare vicino

a spazi verdi fa bene) o socioculturali (essere istruiti e bene informati fa bene) e i danni alla salute, sono in realtà delle forme di riduzionismo riguardo alla spiegazione causale di ciò che genera il danno (Di Monaco e Pilutti, 2014). In altre parole, mostrano un effetto vero, come ci dicono le statistiche, ma semplificano o travisano i motivi per cui l'effetto negativo si verifica.

Cosa cambia per le politiche pubbliche?

Per chiarire questo punto è utile fare riferimento ad uno schema di analisi degli effetti delle disuguaglianze sulla salute che poggia sulla teoria di Sen, distinguendo i seguenti elementi:

- i **mal-funzionamenti** rappresentano disagi connessi alla difficoltà di mettere in atto comportamenti, modi di essere e di fare, orientati a conseguire il benessere, che chiamiamo funzionamenti. Possono riguardare direttamente la salute o più in generale la vita sociale

- le **risorse**, sono beni strumentali al raggiungimento di tali specifici funzionamenti, ad esempio la bicicletta per muoversi

- le **capacità di fare o di essere** rappresentano il grado di controllo sulla trasformazione delle risorse per mettere in atto i funzionamenti scelti. La capacità include una componente legata alle abilità dell'individuo ed una legata alle sue opportunità reali di scelta. La prima cresce con l'apprendimento e quindi con le esperienze di reale progresso nell'esercizio dell'autonomia e nell'accrescimento del patrimonio di competenze (ad esempio esperienze formative, culturali, relazionali, professionali, ecc.). La seconda cresce quando aumenta il set di possibilità effettive di scelta (*entitlements*) a disposizione dell'individuo, nell'ambito di una più ampia gamma di

funzionalità possibili (*functionings*).

Nell'esempio, avere la bicicletta non genera di per sé la possibilità di muoversi, bisogna essere capaci ad andare in bicicletta e deve esserci una strada che è possibile percorrere, per raggiungere il luogo in cui ci si propone di andare (Sen, 1986).

L'ampiezza delle possibilità effettive di scelta denota la libertà positiva dell'individuo e consente anche di distinguere le condizioni di soggetti che hanno disagi connessi a mal-funzionamenti simili (ad esempio uno stile di vita dannoso per la salute), ma fondati su regimi di libertà e autodeterminazione molto diversi (qualcuno ha maggiori margini di scelta e qualcun altro è costretto).

Una strategia di promozione della salute dovrebbe mirare a favorire la scelta di comportamenti coerenti, sia quando essi sono ostacolati dallo svantaggio sociale, sia quando le persone hanno ampi margini di scelta.

Promuovere questi comportamenti individuali richiederebbe, dunque, alle politiche e ai servizi di creare condizioni di capacità delle persone e di attuabilità dei comportamenti nel loro contesto sociale prossimo, ovvero nei molteplici ambienti di vita e sistemi di relazioni in cui le persone quotidianamente si trovano.

Sono quindi due i principali obiettivi operativi delle politiche e dei servizi, secondo questo approccio.

Innanzitutto, potenziare le capacità realmente esprimibili dalla persona, a parità di risorse individuali disponibili, rendendo possibili funzionamenti adeguati. In questo caso il valore aggiunto sarebbe dato dal rafforzamento di meccanismi di apprendimento e di cooperazione, che con-

sentono alle persone di migliorare i propri funzionamenti grazie all'interazione con altri.

In secondo luogo, accrescere le effettive possibilità di scelta disponibili e migliorare l'orientamento delle persone alle scelte di comportamento.

Esse spesso sono costrette in una circoscritta gamma di alternative ritenute appropriate nel loro ambiente sociale e seguono nei fatti specifici percorsi socialmente strutturati (concatenazione di scelte nel tempo).

Una donna, ad esempio, potrebbe non scegliere un certo indirizzo di studio o mestiere, o un uomo non prendere un permesso genitoriale, ecc. perché le rappresentazioni condivise nel loro contesto di riferimento, socialmente costruite, ostacolano le scelte, come l'assenza di strade impedisce la circolazione.

Anche la rappresentazione sociale delle alternative praticabili potrebbe però cambiare attraverso processi diffusi di apprendimento, tali da modificare l'orizzonte di alternative che i soggetti ritengono appropriate.

In questa prospettiva, quindi, le disuguaglianze avrebbero effetto sui comportamenti più o meno orientati alla salute, attraverso il ruolo delle interazioni e interdipendenze sociali, che dipendono da come le reti sociali intorno alle persone sono costruite e funzionano.

Per questo motivo, nella progettazione di politiche e servizi, per cambiare i comportamenti delle persone, bisognerebbe tener conto delle regole che guidano il rapporto tra i comportamenti e il contesto sociale. Possiamo schematicamente indicare tre tipi di regole (*Barbera e Negri, 2008*):

- regole formali, che disciplinano le azioni del-

le persone sia attraverso meccanismi coercitivi sia attraverso incentivi e sanzioni, che generano vincoli e opportunità. Sappiamo come esse abbiano efficacia limitata nell'evitare alcuni comportamenti a rischio per la salute (ad esempio per alcol e droghe)

- regole che fanno riferimento a concezioni, valori e norme sociali presenti nella comunità, che le persone ritengono giusto o appropriato seguire (non mi ubriaco perché penso che non sia giusto)

- regole relative all'essenza stessa dell'esperienza di azione nel gruppo, al suo significato, al modo in cui dovrebbe essere condotta e all'identità cui viene associata, per come se la rappresentano le persone che vi partecipano. In questo caso sarebbe centrale il riconoscimento delle persone prossime nella comunità, cui si tiene, per appartenere al quale si mettono in atto determinati comportamenti (nel mio gruppo di amici non ci ubriachiamo).

Non dovrebbe sfuggire che questo modo di considerare i comportamenti individuali non si limita a dare importanza alla dimensione oggettiva delle condizioni e delle scelte delle persone (l'individuo povero, che vive in un alloggio degradato, che svolge un lavoro manuale logorante, ecc. è a rischio per la salute), ma evidenzia che i comportamenti hanno i significati che le persone gli attribuiscono, che non sono un prodotto esclusivamente individuale, ma condiviso nelle relazioni sociali prossime (per i miei conoscenti uno come me è un povero fallito, non invito nessuno in casa perché mi vergogno, ogni giorno sul lavoro mi sento svilito e umiliato). Tali significati spiegano i comportamenti delle persone e gli effetti sulla salute.

Riepilogando, per cambiare i comportamenti

delle persone da cui derivano effetti significativi sulla salute, sarebbe necessario sia accrescere le loro capacità di far emergere e utilizzare le risorse a loro disposizione, sia ampliare la gamma di alternative di comportamento ritenute socialmente praticabili.

Per raggiungere questo risultato sarebbe necessario agire sulle reti prossime alle persone, promuovendo e facendo evolvere il sistema di interazioni, interdipendenze e significati in cui le stesse persone sono immerse e che hanno effetto contemporaneamente sulle loro condizioni oggettive e sul loro modo di viverle.

Gli anziani che vivono in un paesino di montagna, se si aiutano reciprocamente restano *anagraficamente* soli, ma la loro solitudine potrebbe cessare di generare conseguenze sociali e di salute.

La proprietà protettiva e capacitante del capitale sociale

Il concetto di capitale sociale rappresenta bene quella proprietà delle relazioni sociali che le rende in grado di aumentare la capacità delle persone di raggiungere determinati funzionamenti, a parità di risorse e capacità individuali.

In base alle teorie, in presenza di un adeguato livello di capitale sociale, ci si può attendere che le persone riescano a raggiungere più facilmente i propri obiettivi, tra cui certamente affrontare criticità sociali o controllare la propria salute. Più in dettaglio, ci possiamo aspettare effetti a due livelli.

In primo luogo, a un livello strumentale, dove le persone si relazionano di più per convenienza, danno aiuti per avere qualcosa in cambio. Il capitale sociale quindi implica:

- maggiori scambi e reciprocità, si dà e ci si aspetta un ritorno, non necessariamente simmetrico o immediato

- elevata fiducia nell'aiuto da parte di altri. Vi è maggior aiuto nelle relazioni prossime (ad esempio in un caseggiato tra vicini di casa), perché aumenta il controllo sociale e le persone cercano di essere coerenti con l'aiutarsi per evitare di farsi vedere indifferenti ed essere disapprovati dagli altri.

In secondo luogo, a un livello espressivo, dove le persone si relazionano di più per esprimere un valore. In questo caso il capitale sociale implica:

- aumento di importanza di specifici valori e norme sociali: aiutare, donare, ricambiare è ritenuto giusto

- aumento della solidarietà nel gruppo omogeneo, nella rete circoscritta di relazioni, ad esempio nel caseggiato. Aiutare esprime identità e riconoscimento nel gruppo (Pizzorno, 2007).

In sintesi, ci attendiamo due effetti concreti dalla disponibilità di adeguati livelli di capitale sociale in una specifica comunità:

- maggiore inclusione in reti sociali - di relazione, scambio, reciprocità, dono, ecc. - e ampliamento delle medesime. Anche la famiglia, convivente o meno, è parte di queste reti. I soggetti diventano più attivi nelle relazioni

- cambiamento culturale con aumento di importanza di valori e del relativo controllo sociale, favorevoli all'aiuto reciproco e alla solidarietà. Questo attribuisce senso all'attivazione.

Queste qualità delle relazioni che definiscono il capitale sociale non dovrebbero essere considerate in astratto, sulla base delle intenzioni, ma esisterebbero in tanto quanto svelate da

comportamenti concreti, che ne mostrano l'esistenza.

Tradizionalmente il capitale sociale è definito accentuando due distinti profili: sia la sua natura di bene privato, che a livello individuale consente alle persone di mobilitare determinate risorse relazionali di cui dispongono per risolvere i propri problemi (*Van Der Gaaga et al., 2005*), sia quella di bene pubblico, che caratterizza una determinata comunità, territorio, o insieme di soggetti, da cui è collettivamente prodotto e fruito (*Barbieri, 2005*).

In entrambi i casi, tuttavia, il suo effetto sui comportamenti individuali passa attraverso meccanismi sociali all'interno della rete di relazioni, che dipendono dalla sua struttura, dai livelli di fiducia che la caratterizza, dai valori e dalle forme di riconoscimento che le persone al suo interno esprimono.

Queste proprietà del capitale sociale certamente non si sviluppano ovunque in modo spontaneo e non hanno una distribuzione omogenea. Pertanto contribuiscono esse stesse alle disuguaglianze tra le persone e tra le comunità, in aggiunta alle disuguaglianze sociali misurate sulla posizione sociale e su altri parametri individuali.

Dunque, la promozione di comportamenti individuali tesi al benessere dovrebbe considerare la duplice importanza del contesto, nell'ostacolare o nel sostenere le persone, soprattutto quelle con maggiori difficoltà di controllo sulla salute. In entrambi i casi, seguendo la teoria del capitale sociale sarebbe necessario, per ottenere risultati concreti, *mettere in fase*, ovvero far procedere in modo coordinato, il cambiamento individuale con le proprietà del contesto prossimo.

L'apprendimento per nuovi comportamenti

Come generare contemporaneamente il cambiamento dei comportamenti individuali e quello del contesto sociale prossimo in cui le persone sono inserite?

Una risposta a questo interrogativo viene dalla prospettiva metodologica e dagli strumenti della ricerca-azione.

La tradizione dell'*action research* è interdisciplinare e si sviluppa nei decenni, a partire dagli inizi del secolo scorso, con varie matrici disciplinari e differenti impostazioni (*Dubost e Lévy, 2007*). Essa può essere definita come «un'azione deliberata, volta a promuovere un cambiamento nel mondo reale, impegnata su scala ristretta ma inglobata in un progetto più generale, sottoposta a certe regole e discipline per ottenere degli esiti di conoscenza o di senso» (*Dubost, 1984*). In questa logica, **la salvaguardia della salute diventa un valore guida**, che muove ricercatori e attori ad agire per modificare situazioni di rischio e aumentare il benessere.

Tuttavia, l'ipotesi su cui si basa la ricerca-azione richiede a tutti di abbandonare la posizione di osservatore neutrale, che studia il problema dall'esterno e suggerisce soluzioni, ma di entrare nel campo di ricerca-azione ponendosi a fianco degli attori che lo vivono, per interpretarne con loro il senso e, per questa via, giungere a scoprire differenti configurazioni del problema e ipotesi di azione, fatte proprie in prima persona dagli stessi soggetti.

Una strategia di questo genere, quindi, dovrebbe collocarsi all'interno dei contesti sociali e di relazione delle persone e dovrebbe mirare a renderle protagoniste, prima che dell'azione, della ricostruzione del senso che i comportamenti - che sappiamo essere rischiosi per la sa-

lute - assumono per loro in quel contesto sociale, che è anche il loro ambiente vitale, da cui giustamente non si vogliono e non si possono separare. Non è detto che in un ambiente sociale - di scuola, lavoro, residenza, ecc. - vi siano idee congruenti sui rischi per la salute e sulle possibili soluzioni, come non è detto che queste rappresentazioni siano coerenti con le conoscenze scientifiche.

La necessità di formulare ipotesi non scontate sui problemi emergenti e sui cambiamenti necessari renderebbe quindi appropriata l'opzione per la ricerca-azione. Essa include diverse dimensioni al suo interno: è un'attività che produce nuova conoscenza per chi la svolge, ma è anche un'azione di cambiamento, formativa per le persone e incisiva per le pratiche collettive che caratterizzano gruppi e ambienti coinvolti. Sono gli stessi partecipanti che si rendono conto del cambiamento, quando avviene, nel loro modo di interpretare alcuni aspetti della realtà in cui vivono ed è su questa trasformazione di prospettiva e di senso che si fonda il cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi (Manoukian, 2007).

In questa prospettiva la ricerca-azione è soprattutto una modalità di approccio ai problemi, più che una rigida sequenza di strumenti e metodi (Manoukian, 2007).

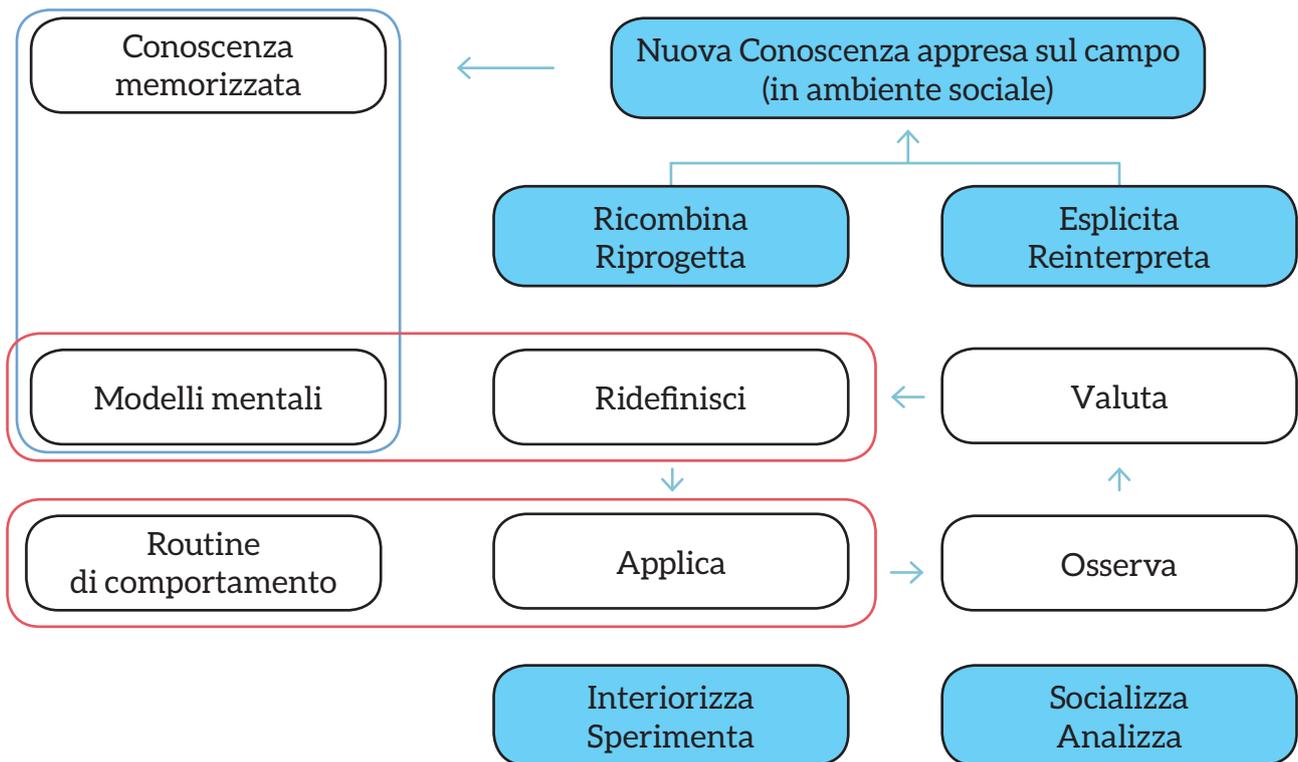
Dobbiamo notare che la mobilitazione degli attori non riduce l'importanza della ricerca tradizionale, che ha provato scientificamente i danni per la salute di determinate condizioni e comportamenti, ma mira a ricostruire l'osservazione dal punto di vista di chi agisce, al fine di utilizzare le informazioni fornite da un sapere esterno predefinito.

Bisogna anche dire che questo modo di pro-

cedere dal basso, centrato sul coinvolgimento e sull'interpretazione e la riformulazione dei problemi per individuare nuove soluzioni, teorizzato fin dalla prima metà del Novecento dall'*action research*, appare oggi molto più in linea con gli approcci sociali e organizzativi che puntano sull'apprendimento e sul miglioramento continuo, di quanto non potesse apparire coerente con le culture organizzative di stampo gerarchico, burocratiche e tayloriste, dominanti nel secolo scorso (Di Monaco e Pilutti, 2016).

Per rappresentare l'effetto della ricerca-azione sui meccanismi di apprendimento utilizziamo una nostra rielaborazione dello schema proposto da Kim, riferimento per l'impostazione dell'Unione Europea sui processi di sviluppo delle competenze (Winterton, Delamare-Le Deist e Stringfellow, 2006).

Figura 1



Fonte: Winterton e altri (2006), *Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype (nostro adattamento)*

Secondo lo schema della **Figura 1**, per acquisire conoscenza nelle attività quotidiane di lavoro o di altra natura, cioè per adottare nuovi modi di operare, di affrontare i problemi e per introdurre azioni innovative, è necessario sviluppare una sequenza di azioni. In particolare, agire e osservare i risultati ottenuti, ma anche valutare e quindi ridefinire le proprie azioni, individuando soluzioni migliori e facendole diventare pratiche correnti (cambiamento delle routine). In

questo modo, secondo la teoria, si adattano e si evolvono i nostri modelli mentali, dai quali attingiamo continuamente per interpretare i problemi che ci troviamo davanti e per scegliere soluzioni e comportamenti adeguati (Weick, 1995).

Lo schema mette bene in evidenza come molti comportamenti possano essere routinari, fondati su modelli mentali e rappresentazioni della realtà già acquisiti come abitudini di comporta-

mento, anche sostenute da stereotipi (Rolando et al., 2015). In questo caso non c'è particolare riflessione o nuova decisione, ma ci si limita a riprodurre il comportamento, date certe circostanze.

Possono appartenere a questa tipologia di comportamenti il modo individualistico di affrontare i problemi in un condominio, o la bassa cooperazione tra i frequentatori di un giardino pubblico, o i riti giovanili sull'uso di alcol, ecc. In questi casi, l'obiettivo dell'apprendimento consisterebbe nel mettere in discussione i modelli mentali che stanno dietro il comportamento abituale. Come abbiamo visto, non si tratta di un obiettivo facilmente raggiungibile, perché non è sufficiente introdurre nuove informazioni, apprese, memorizzate e perfino condivise a livello individuale, per cambiare i modelli mentali che costituiscono il riferimento per i comportamenti sociali.

Per questo, la strategia della ricerca-azione è fondata sul presupposto che le azioni del circuito dell'apprendimento - agire, osservare, valutare e ridefinire - non siano azioni compiute da individui isolati, ma si sviluppino mentre siamo immersi nelle nostre relazioni sociali, in compagnia di altri, sotto i loro sguardi e i loro giudizi, che a nostra volta influenziamo. È quindi utile rappresentare il circuito dell'apprendimento come un processo allargato, nel quale le quattro fasi che abbiamo descritto avvengono con un significativo livello di condivisione sociale.

La mia azione, ad esempio di ignorare il vicino che sta male, o di sporcare il giardino, o di bere, non è isolata, e quando la osservo essa appare come un comportamento coerente con le pratiche diffuse, la sua valutazione e il significato che gli viene attribuito, da me e dagli altri, è in

linea con norme sociali condivise in quell'ambiente e il mio comportamento è approvato dai miei amici che ho intorno, agli occhi dei quali mi interessa apparire coerente. Tutti ignorano i vicini, tutti sporcano il giardino, tutti bevono. Queste circostanze rafforzano il modello mentale che guida il comportamento.

Nella *Figura 1*, la componente sociale è rappresentata dai box azzurri, che diventano passaggi obbligati per qualsiasi cambiamento. Questo è il punto focale della ricerca-azione, che è fondata sul presupposto che per migliorare il benessere non ci si possa rassegnare a fuggire davanti alle situazioni incoerenti. Certamente, un adolescente può smettere di frequentare determinati amici con cui si beve troppo, un cittadino può cambiare quartiere se quello dove vive è troppo degradato, un lavoratore può cambiare azienda se quella dove lavora non consente di migliorare la qualità del lavoro.

Però, la scelta è difficile e presenta controindicazioni, sia sul piano individuale, sia su quello sociale. Per il giovane, rinunciare alle relazioni sociali con un gruppo di amici può essere costoso e a volte insuperabile. Denota, comunque, un'incapacità di gestire il conflitto tra obiettivi contrastanti. Lo stesso può valere per la rinuncia a un lavoro o a un ambiente di vicinato. Dal punto di vista sociale, se ci si propone di sviluppare l'empowerment delle persone e la qualità degli ambienti sociali per tutti coloro che li frequentano e che spesso non possono scegliere, la via maestra è quella dell'apprendimento e del miglioramento, che mira a modificare i modelli di comportamento e le norme sociali. Sarebbe quindi un passaggio obbligato per la prevenzione e la riduzione delle disuguaglianze di salute, ma lo è anche per promuovere innova-

zione e miglioramento continuo nei luoghi di lavoro, ed è il motivo per cui anche nelle imprese e nei servizi pubblici si chiede ai giovani di padroneggiare le competenze sociali.

Da questo punto di vista le analogie sono illuminanti. Nello schema, compaiono, nei box grigi, le quattro parole - Socializzare, Esplicitare, Combinare e Interiorizzare - che compongono il famoso modello SECI, proposto da *Nonaka e Takeuchi* (1995), il più utilizzato nella letteratura internazionale per rappresentare lo scambio di conoscenze necessario a sostenere i processi di innovazione e di miglioramento continuo nel lavoro (*Farnese e Centonze, 2016; Nonaka e Takeuchi, 1995*). Il modello può essere utilizzato come strumento per cogliere ed eventualmente potenziare le fasi concettualmente distinte di un processo che, in realtà, è un solo unico flusso continuo, che si verifica almeno in parte in tutti i luoghi di lavoro, indipendentemente dal fatto che se ne abbia coscienza.

La prima fase sottolineata dal modello è la socializzazione di conoscenze prevalentemente tacite, che avviene quando più persone lavorano insieme, fianco a fianco, o con ruoli differenti (artigiano e apprendista, coordinatore e operatore, ecc.), su qualche oggetto o finalità almeno parzialmente comune. In questa fase, in modo tacito, ci si scambia informazioni sul modo di lavorare, si vede come gli altri lavorano, si è osservati dagli altri.

Analogamente, potremmo dire che si vede come i vicini di casa o i frequentatori del giardino affrontano i problemi quotidiani. Questa è una situazione di interazione sociale che mette in mostra i comportamenti e svela, in parte, i modelli mentali sottostanti.

La seconda fase è l'esternalizzazione, dove le

conoscenze tacite vengono parzialmente esplicitate.

Le persone, soprattutto attraverso il linguaggio, possono esplicitare il senso che attribuiscono alle azioni che fanno, i nessi causali retrostanti, la propria valutazione dei risultati dell'azione messa in atto.

Nel momento in cui l'azione si è materializzata e il suo significato è stato descritto, è possibile rielaborare la conoscenza espressa nell'azione, i suoi diversi aspetti, e fare ipotesi diverse su come potrebbe essere condotta l'azione.

In alcuni casi la presenza di un errore, di un falso nesso causale, può apparire evidente e suggerire quasi automaticamente un cambiamento. Tuttavia, per modificare routine consolidate di comportamento, è probabile che sia necessario uno sforzo intenzionale per andare oltre le rappresentazioni abitudinarie che giustificano l'azione.

Ciò può essere favorito, per esempio nel lavoro, trovandosi a fianco di colleghi diversi dal solito gruppo, che provengono da altre esperienze. Anche nel condominio, in questa fase, potrei scoprire che tizio non aiuta caio perché pensa di essere da lui disprezzato, o tizio sporca il giardino perché è convinto che un suo diverso comportamento apparirebbe come una debolezza agli occhi degli altri, ecc.

La terza fase è quella della combinazione di conoscenze che sono state esplicitate, dove le persone, avendo capito la sensatezza di alcuni possibili adattamenti dell'azione, rielaborano possibili modalità di svolgimento dell'azione, che potrebbero proporre delle varianti rispetto all'azione che prima si svolgeva.

Sul lavoro, questo processo, svolto coinvolgen-

do differenti persone e ruoli organizzativi, dovrebbe portare a codificare in modo più o meno formalizzato alcune nuove conoscenze e nuovi modi di agire. Soprattutto nelle piccole imprese non è necessario che queste conoscenze siano formalizzate in documenti o mansionari per essere efficaci sotto il profilo organizzativo, ma è sufficiente che vengano condivise e ritenute valide tra coloro che sono interessati all'azione.

Nelle attività sociali possono emergere nuovi modi di comportarsi, ci si aiuta tra vicini, si pulisce a turno il giardino, perché si scopre e si sperimenta che è meglio ai fini del proprio benessere, ma si è anche sostenuti dal cambiamento di significato che il nuovo comportamento assume nel contesto sociale prossimo: avverto che la mia disponibilità ad aiutare o a pulire il giardino diventa un valore agli occhi degli altri che popolano la scena, non più un motivo di diletto, come credevo.

La quarta e ultima fase è quella dell'internalizzazione delle conoscenze esplicite rielaborate, che dovrebbero entrare a far parte dei modelli mentali delle persone interessate e quindi dell'azione, contribuendo a modificare il patrimonio di conoscenze che tacitamente guidano i comportamenti quotidiani.

Aiutare, pulire o non bere diventano nuove routine. Il capitale sociale cresce con l'apprendimento di nuovi comportamenti individuali e si pongono basi favorevoli a ulteriori evoluzioni.

Pare verosimile che le quattro azioni nel loro insieme compongano circoli viziosi o virtuosi, su cui può avere effetto la strategia della ricerca-azione per generare spazi, ambienti, azioni e incentivi per stimolare tutte e quattro le fasi, in modo che siano in progressiva attivazione.

Nuove relazioni per nuovi comportamenti

Dobbiamo notare che la teoria dei processi di apprendimento che abbiamo descritto poggia sulla cooperazione tra le persone e sulle relazioni attraverso cui ci si scambia conoscenza per generare forme di innovazione nei comportamenti. Tuttavia, l'intensità della cooperazione e l'ampiezza delle reti di relazione è a sua volta un prodotto della ricerca-azione e, più in generale, delle modalità di organizzazione delle relazioni sociali. Ad esempio, la ricerca-azione può creare gruppi di lavoro, momenti di discussione, azioni collettive, ecc., che sono modi sia per sviluppare un ambiente sociale adatto all'apprendimento sui problemi oggetto di attenzione al momento, sia per aumentare il livello di infrastrutturazione sociale permanente.

Secondo questa tesi, cooperazione e apprendimento non sono due meccanismi separati: nei contesti sociali e organizzativi e soprattutto nella relazione tra organizzazioni differenti (ad esempio tra la scuola, l'università, l'impresa, i servizi sociali, la sanità, ecc.), l'apprendimento scaturisce dalla cooperazione, dall'essere impegnati sullo stesso obiettivo e dal condividere risorse informative, sperimentazioni concrete e quindi processi di rielaborazione e ricombinazione delle conoscenze disponibili, che fanno scoprire nuovi modi di pensare o fare le proprie attività, i propri prodotti o servizi.

L'apprendimento può anche far prendere coscienza di problemi su cui può essere utile mobilitare consulenze specialistiche, fare ulteriori investimenti, anche formativi, promuovere alleanze formalizzate con altri enti o con istituzioni formative, ecc.

Seguendo questa impostazione, non c'è innovazione nei comportamenti senza appren-

mento, non c'è apprendimento senza sforzi per mettere in relazione conoscenze astratte e pratiche concrete, osservazione dei risultati e ricerca di soluzioni migliorative in un determinato gruppo e ambiente sociale. Queste soluzioni vogliono concretamente dire modi di fare le cose e di comportarsi, sul lavoro come nei contesti sociali, che producono risultati concreti e misurabili, ad esempio in direzione della riduzione dei rischi per la salute.

Le norme e i meccanismi di identificazione sembrano prescindere molto spesso dalle valutazioni di carattere scientifico sui rischi per la salute e le persone non sembrano in grado di esercitare un controllo su questi aspetti, perché dovrebbero riuscire a gestire conflitti tra principi e bisogni differenti non facilmente conciliabili. Per questo, l'ipotesi della ricerca-azione pare particolarmente appropriata: ripartire dai bisogni e dalla ricerca, attraverso la rielaborazione collettiva, di soluzioni da sperimentare.

Il proposito di far diventare l'ambiente sociale prossimo alle persone un laboratorio di cambiamento dei comportamenti è denso di conseguenze.

Innanzitutto, si tratta di una scelta contro le rigidità e le atrofie dei modelli mentali, con cui le persone ricostruiscono e interpretano le caratteristiche della situazione in cui agiscono. Molti comportamenti diventano nel tempo routinari, e entrano a far parte delle pratiche condivise che le persone mettono in atto quando si trovano in una determinata situazione.

Ciò avviene in qualsiasi comunità, nella scuola e nella formazione, come nei luoghi di intrattenimento e lavoro. Così ad esempio possono essere interpretati i rituali legati al consumo di alcolici che caratterizzano certi ambienti gio-

vanili, ma anche le tendenze alla passività o il conformismo rispetto a stili di vita dannosi, o l'agire nei propri ambiti di vita in base a stereotipi che riguardano ad esempio il genere, l'età, le appartenenze sociali, le provenienze e le etnie, o semplicemente il vivere in una casa o in una frazione piuttosto che in un'altra.

In secondo luogo, se questo è vero, il cambiamento dei comportamenti richiede di innescare dei processi di apprendimento, capaci di far evolvere le rappresentazioni e i modelli mentali dei partecipanti.

Secondo la logica dell'*empowerment*, le persone avrebbero bisogno di dialogo autentico, non superficiale, di scambio condotto con linguaggi comprensibili, a propria misura, in grado di esprimere i propri vissuti, di contesti dove poter riporre e consolidare fiducia nei propri amici e dove poter scegliere liberamente comportamenti congruenti con la propria rappresentazione di salute e di benessere. Nell'ambito delle regole che abbiamo riportato, vorrebbe dire migliorare la qualità delle relazioni sociali e gli spazi di reale autodefinizione dei propri comportamenti.

Infine, il cambiamento dei comportamenti, non solo individuali, ma di gruppi che rielaborano la propria analisi e modificano le proprie azioni, introduce nuove pratiche e consolida una nuova cultura socialmente condivisa, quale esito di un processo sociale.

Questo spazio di relazioni diverrebbe *capacitante* soprattutto per le persone più vulnerabili ai rischi, perché avrebbero modo di esprimersi e di scegliere consapevolmente anche se meno forti dal punto di vista delle informazioni, delle risorse, del supporto familiare e delle capacità individuali. La ricerca-azione, quindi, costruirebbe ambiti in grado di ridurre l'effetto delle

disuguaglianze sociali sui comportamenti a rischio.

Seguendo la teoria del capitale sociale, potremmo dire che i nuovi comportamenti sono alimentati dallo sviluppo delle relazioni e dai meccanismi sociali dell'apprendimento e della cooperazione, che consentono di imparare ad affrontare meglio i problemi. Per questo, sono importanti la struttura e le proprietà della rete. Ma queste proprietà non sono date, esse si evolvono e possono essere oggetto di specifiche azioni e politiche tese a modificarle, attraverso elementi strutturali, incentivi, norme e valori, ecc.

Dunque, le azioni per aumentare le capacità di controllo sulla salute delle persone potrebbero concentrarsi sulla generazione di capitale sociale, azione che richiede di arricchire la struttura delle reti sociali.

Nella logica della ricerca-azione, per generare azioni di cambiamento dei comportamenti attraverso la cooperazione e il rafforzamento delle reti sociali occorre che i soggetti siano protagonisti.

Dobbiamo notare che questo presupposto non vale solo per i destinatari delle politiche, ma anche per i soggetti che le promuovono. Se si mette a fuoco questa proprietà delle azioni, si dovrebbe riconoscere che la sua attuazione cambia radicalmente la relazione che andrebbe costruita tra i servizi pubblici e privati impegnati in politiche e servizi e i destinatari dei medesimi

Mentre una visione burocratica pubblica o commerciale privatistica dei servizi presuppone una netta distinzione tra erogatori e destinatari, la ricerca-azione richiede al contrario la cooperazione nell'ambito di un'azione comune. Ciò comporterebbe una sorta di mutazione genetica dei servizi burocratici, che si dovrebbero dedi-

care, nell'ambito della loro missione, a generare apprendimento in piena cooperazione con i destinatari.

Peraltro, secondo la teoria, non basta investire sulle reti e sul capitale sociale per promuovere un aumento generalizzato del coinvolgimento e una riduzione delle disuguaglianze. Le reti sono per loro natura particolaristiche e tendono a generare loro stesse squilibri rispetto al livello di inclusione delle persone (Trigilia, 1999). Da questo punto di vista il ruolo di operatori pubblici o privati attenti alla funzione pubblica delle reti potrebbe riequilibrare sistematicamente gli squilibri che spontaneamente si produrrebbero. In specifico:

- l'operatore potrebbe diventare un ponte e svolgere la funzione di imprenditore (che cioè crea valore ricombinando risorse) in presenza di un *bucò strutturale* della rete, ovvero quando vi sono insiemi di soggetti che cooperano e si scambiano risorse al loro interno, ma che convivono nel medesimo ambiente come gruppi separati. In questo caso collegare i due gruppi apre notevoli possibilità di scambio e arricchimento per tutti, non acquisibile senza tale collegamento. Un esempio può essere l'operare parallelo in un territorio dei servizi sanitari e sociali, o sociali e del lavoro. Costruire cooperazioni organiche, scambi intensi, condivisione di competenze e di informazioni insieme ai destinatari moltiplicherebbe le risorse per tutti, eviterebbe sprechi, potenzierebbe le pratiche di lavoro introducendo nuovi comportamenti

- l'operatore potrebbe essere un generatore di fiducia. La fiducia è necessaria perché avvengano scambi e si condividano rischi nella soluzione di problemi. Tuttavia, la fiducia si crea con le esperienze positive di cooperazione, dunque

nei momenti di avvio o crescita del processo sono utili figure capaci di svolgere funzioni di assicurazione reciproca tra le persone che dovrebbero cooperare. Ad esempio, i vicini di casa in un condominio possono vivere molti anni ignorandosi reciprocamente per diffidenza, ma possono avviare relazioni molto più costruttive e imparare a cooperare per risolvere i problemi del condominio se qualcuno svolge almeno inizialmente la funzione di garante sulle reciproche intenzioni

- infine, l'operatore potrebbe contribuire a generare norme e valori sociali positivi, anche solo costruendo una narrativa delle esperienze che si sviluppano e dando spazio alla socializzazione delle esperienze dei partecipanti stessi all'azione sociale. Anche questa azione contribuisce a valorizzare la rete e a sostenere la cooperazione e i processi di apprendimento, nonché il controllo sociale che scoraggia comportamenti opportunistici, disinteresse e isolamento.

Questi semplici esempi mostrano come la promozione della cooperazione e dell'apprendimento per far evolvere i comportamenti non possa essere affidata ad azioni isolate rivolte a questo fine, ma debba entrare a far parte organicamente del metodo di lavoro del servizio pubblico, nell'ambito della sua missione principale.

Sviluppare la ricerca-azione in un servizio sanitario o sociale, in una scuola o in un quartiere, non vorrebbe dire dedicare a questo un progetto e qualche operatore, ma fare della risposta ai bisogni, del coinvolgimento attivo e dell'apprendimento per risolvere problemi il metodo ordinario di lavoro e la strategia di relazione con i destinatari e i loro contesti prossimi.

Bibliografia

Barbieri 2005

Barbieri P. (2005), Le fondamenta micro-relazionali del capitale sociale, in "Rassegna Italiana di Sociologia", XLVI (2): pp. 345-384

Costa 2014

Costa G. et al. (a cura di) (2014), L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli, Milano.

Di Monaco 2014

Di Monaco R., Pilutti S. (2014), Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie, in Costa G. et al. (a cura di), L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli, Milano, pp. 137-65.

Di Monaco 2016

ID. (2016), Scommettere sulle persone. La forza della leadership distribuita, Egea Bocconi, Milano.

Dubost 1984

Dubost J. (1984), Une analyse comparative des pratiques dites de Recherche-Action, in "Connexions", 43: pp. 8-28.

Dubost 2007

Dubost J., Levy A. (2007), Origine e sviluppo della ricerca-azione, in "Spunti", VIII(9): pp. 66-106.

Farnese 2016

Farnese M.L. e Centonze A. (2016), Nonaka al lavoro: condizioni e azioni per lo sviluppo delle conoscenze nelle organizzazioni, in "Sviluppo e organizzazione", 268: pp. 49-61.

Manoukian 2002

Manoukian F. (2002), Presupposti ed esiti della ricerca-azione. L'intrapresa di percorsi di conoscenza insieme ad altri, in "Animazione Sociale", 11: pp. 50-60.

Nonaka 1995

Nonaka, I. e Takeuchi, H. (1995), The knowledge creating company, Oxford, Oxford University Press.

Rolando 2015

Rolando S., Taddeo G., Beccaria F. (2015), New media and old stereotypes. Images and discourse about drunk women and men on you tube, in "Journal of Gender Studies", 25(5): pp. 492-506.

Sen 1986

Sen A. (1986), Scelta, benessere, equità, Il Mulino, Bologna.

Trigilia 1999

Trigilia C. (1999), Capitale sociale e sviluppo locale, in "Stato e mercato, Rivista quadrimestrale", 3: pp. 419-440.

Van Der Gaaga 2005

Van Der Gaaga M., e Snijders T. A.B. (2005), The resource generator: social capital quantification with concrete items, in "Social Networks", 27: pp.1-29.

Weick 1995

Weick K. (1995), Senso e significato nell'organizzazione, Cortina, Milano.

Winterton 2006

Winterton J., Delamare-Le Deist, F., Stringfellow, E. (2006), Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype, Cedefop, Luxemburg

→ *Capitale sociale e apprendimento individuale*

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASLTO3 - Regione Piemonte (SEPI)

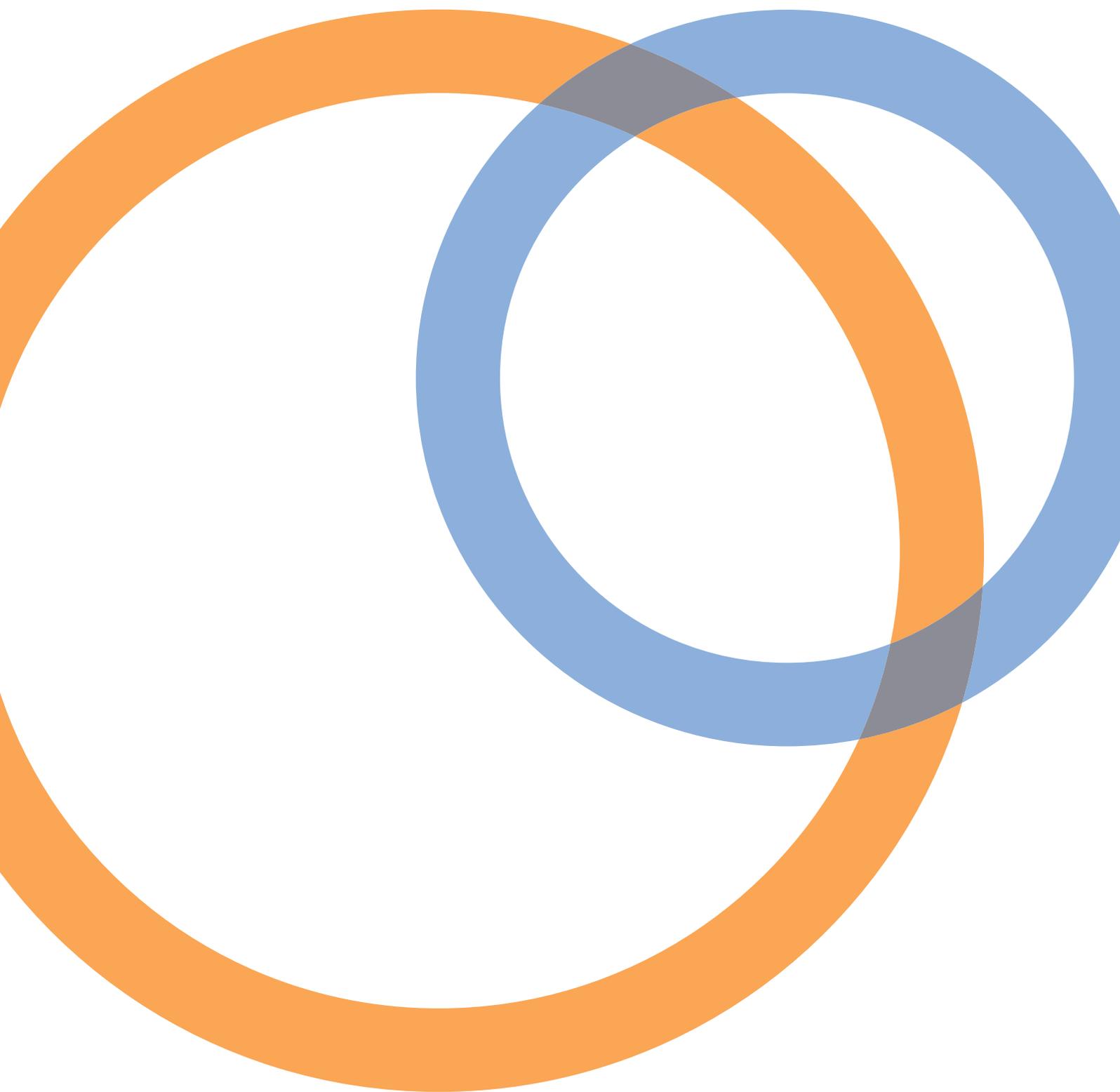
Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASLTO3 - Regione Piemonte (DoRS)

Prospettive Ricerca Socio-Economica S.A.S.

Università degli Studi di Torino, Dipartimento Culture, Politica e Società

LA GOVERNANCE DELLA COMUNITÀ

*Paola Capra, Alessandro Coppo, Luisa Dettoni,
Maurizio Marino, Alessandra Suglia*





LA GOVERNANCE DELLA COMUNITÀ

Paola Capra, Alessandro Coppo, Luisa Dettoni, Maurizio Marino, Alessandra Suglia

La Governance partecipativa

Alessandro Coppo e Maurizio Marino

Il coinvolgimento attivo (engagement), la partecipazione e l'empowerment della comunità sono priorità nei documenti di indirizzo delle politiche per la salute e del contrasto alle disuguaglianze, come **Salute 2020** (OMS, 2013).

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 riprende queste indicazioni e individua, come valore e strategia, il coinvolgimento attivo, attraverso processi partecipativi della comunità, al fine di migliorare gli stili di vita dei cittadini (Ministero della Salute, 2014)¹.

Secondo le linee guida del NICE (NICE, 2016), il "coinvolgimento attivo della comunità è una strategia utile per migliorare la salute, concentrarsi sui determinanti sociali della salute e ridurre le disuguaglianze di salute". Queste raccomandazioni sono state rinforzate nella Dichiarazione di Shanghai (WHO, 2016), a 30 anni dalla Carta di Ottawa (WHO, 1986), per contribuire al raggiungimento dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (ONU, 2015), attraverso azioni politiche e interventi efficaci verso i determinanti sociali della salute, favorendo l'empowerment delle persone, dei gruppi e delle comunità locali in un'ottica di equità.

In questa visione, la valorizzazione delle iniziative di attivazione e di coinvolgimento dei cittadini nello sviluppo e nella cura di beni comuni, potrebbe costituirsi come una strategia promettente, per incidere sui meccanismi che generano la salute diseguale.

Le disuguaglianze di salute sono evidenti

quando i gruppi svantaggiati (per esempio, le persone con un basso status socioeconomico o socialmente escluse), tendono ad avere una salute peggiore rispetto ad altri membri della società (Marmot Review Team, 2010).

Le disuguaglianze di salute sono generate dalla differente distribuzione, nella popolazione, dei determinanti di salute quali la qualità dell'abitazione, il livello di occupazione, di istruzione e di reddito, l'accesso ai servizi pubblici e gli stili di vita (per esempio, il consumo di tabacco o la sedentarietà). Tali differenze si aggiungono ai quei determinanti di salute che invece non sono modificabili come l'età, il sesso e il patrimonio genetico.

Esiste dunque un legame diretto fra reddito e salute, chiamato gradiente sociale, che è presente in ogni entità territoriale, dai Paesi in via di sviluppo come nei Paesi più ricchi, fino alle singole realtà urbane (Mackenbach, 2012).

Queste evidenze sono state confermate anche nel contesto italiano, nel recente rapporto del Ministero della Salute "L'Italia per l'equità nella Salute" (2017).

Il coinvolgimento attivo della comunità è stato riconosciuto come una strategia potenzialmente utile per agire proprio sui determinanti sociali, al fine di ridurre le disuguaglianze di salute (per esempio Wallerstein, 2006; Marmot Review Team, 2010). Storicamente, gli interventi finalizzati a promuovere la salute, sono stati condotti da esperti, che si avvalevano solo in

¹ Per una lettura integrata del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e di Salute 2020 è possibile consultare: Lettura sinottica e integrata del Piano Nazionale della Prevenzione e di Salute 2020, DoRS, 2015

minima parte - se non nessuna - del contributo proveniente dalle popolazioni destinatarie di tali interventi e azioni (Tengland, 2007). Una modalità alternativa che può essere adottata dai professionisti, dai decisori politici e dai ricercatori, consiste nel **coinvolgere i membri della comunità negli interventi di sanità pubblica**.

Tale approccio, si avvale essenzialmente di azioni per fare in modo che “le comunità siano partecipi del processo decisionale e della pianificazione, progettazione, amministrazione ed erogazione dei servizi” (Swainston, 2008).

Le attività di coinvolgimento possono assumere molte forme e possono essere rappresentate attraverso livelli di partecipazione (dal meno al più coinvolgente): dalla semplice fornitura di informazioni, alla consultazione, al processo decisionale congiunto, fino all'azione congiunta per sostenere i bisogni e gli interessi di una comunità e per affrontarli in termini di azioni e politiche (Arnstein, 1969; Wilcox, 1994).

Definizioni e direzione del processo di coinvolgimento

I **fondamenti teorici del coinvolgimento della comunità, si sono sviluppati a partire da diversi ambiti** della società, tra cui i movimenti per i diritti civili, la sanità pubblica, la medicina, la formazione in età adulta e la salute mentale.

Il **coinvolgimento attivo della comunità è spesso associato a diversi concetti quali “partecipazione della comunità”, “mobilitazione”, “empowerment”**, e ciò ha costituito una rilevante criticità per chi si occupa di studiare il suo impatto o per chi ne auspica l'adozione, in quanto, la moltitudine di definizioni ha ostacolato la valutazione dell'impatto del coinvolgimento attivo

della comunità sulla salute (e su altri esiti).

Cosa si intende per comunità e chi definisce la comunità

Il concetto di comunità non può tradursi in una semplice realtà territoriale. I territori sono attraversati da diverse comunità, mentre alcune comunità possono travalicare i confini dei singoli territori.

Una comunità è un gruppo di persone che condividono caratteristiche o interessi comuni.

Una comunità può essere definita da: posizione geografica, etnia, età, occupazione, interesse comune o affinità (come l'orientamento religioso) o altri legami comuni, come un bisogno di salute o il subire una condizione di svantaggio. Anche le persone socialmente isolate, se considerate insieme, possono essere definite una comunità (NICE, 2017).

La comunità può avere rapporti sociali preesistenti o può costituirsi per rispondere a un particolare problema. A prescindere dal fatto che la comunità esista da tempo o si sia da poco sviluppata, essa può definire un problema o una necessità da risolvere; oppure, sono dei soggetti esterni alla comunità a individuare la questione da affrontare e successivamente a definire la comunità pertinente da ‘coinvolgere’. **È importante qui sottolineare che, attraverso il processo di coinvolgimento, gli individui e i gruppi possono arrivare a concepire sé stessi in quanto comunità.** I membri della comunità possono definirsi come comunità di interesse oppure come gruppi con specifiche esigenze o bisogni. Quando sono dei soggetti esterni alla comunità a definirla, essa può essere descritta, ad esempio, come un gruppo svantaggiato dal punto di vista socio-economico o come un insieme di abitanti legati

a una determinata zona o quartiere. Dunque, **le comunità si possono definire in molti modi diversi, e le persone che vivono al loro interno possono identificarsi in modi differenti, secondo il contesto. Gli individui possono inoltre appartenere a più comunità.**

Se si considera il **coinvolgimento attivo** come un'azione propedeutica ad attività di miglioramento della salute di una comunità, è necessario riflettere su chi siano gli attori di questo processo. Essi devono essere dei **portatori di interessi (stakeholder)**, ovvero dei **soggetti che hanno interesse nel cambiamento in atto e che devono poter aver voce, in modo da poter dialogare con i decisori e con gli esperti** (Caso studio 1).

Risulta inoltre fondamentale soffermarsi su quale sia l'origine del coinvolgimento.

Esso trae spesso origine dai decisori e dai tecnici, che sono soggetti esterni alla comunità, interessati alla sua attivazione oggetto dell'intervento; in alcuni casi sono invece i membri stessi della comunità ad attivarsi, per portare avanti i propri interessi. In tutte queste situazioni di innesco è rilevante ed efficace muoversi e accompagnare il processo, affinché la comunità e le molteplici comunità che compongono la comunità, acquisisca un senso di appartenenza alla propria comunità (**ownership**), che apra ad uno sviluppo del capitale sociale.

Caso studio 1.

Life is Precious

(tratto da NICE. *Community engagement - approaches to improve health: map of current practice based on a case study approach*, 2016)

Life is Precious è un progetto per la prevenzione secondaria dei tumori femminili, commissionato dal *Dudley Public Health Community Health Improvement Team*. L'iniziativa si proponeva di coinvolgere dei cittadini, rappresentanti di alcune minoranze etniche (definiti *Community Health Champions*), attraverso un approccio basato sull'utilizzo delle arti, per promuovere un dialogo sulla prevenzione dei tumori.

Al gruppo hanno aderito anche alcuni professionisti che si occupavano di prevenzione. Dopo una valutazione dei bisogni e degli interessi della comunità, sono stati organizzati dei workshop artistici, volti a produrre messaggi dedicati a promuovere l'adesione agli screening. Dei designer si sono occupati di trasformare le idee emerse nei workshop in prodotti artistici, adatti a comunicare i contenuti del programma.

Sono state inoltre realizzate delle indagini, per rilevare, tra i partecipanti, il cambiamento di atteggiamento nei confronti dei temi affrontati. Infine, è stato realizzato un evento, per celebrare il lavoro svolto e per riflettere su come mantenere il gruppo oltre la fine del progetto. Il progetto è stato in grado di coinvolgere 54 champion e il gruppo si è mantenuto ben oltre la fine del finanziamento.

Azioni di coinvolgimento guidate dall'esterno della comunità

In sanità pubblica, i modelli di coinvolgimento guidati dall'esterno sono quelli maggiormente diffusi, in quanto più controllabili e basati su un approccio programmato. **Whitehead (2006)** propone un **modello per contrastare le disuguaglianze di salute, in cui l'identificazione del problema e le sue soluzioni, si situano al di fuori della comunità, ovvero è gestito completamente dagli esperti, mentre le azioni hanno una forte enfasi sullo sviluppo delle capacità individuali e della comunità.**

Il modello prevede di includere, oltre al raggiungimento degli obiettivi comportamentali di salute, due finalità ulteriori:

- **rafforzare le connessioni all'interno delle comunità**, secondo il principio per cui le comuni-

tà con livelli di fiducia elevati, presenza di reti e un solido senso d'identità, saranno in grado di influenzare l'area di residenza, per creare condizioni più favorevoli al benessere e alla salute (**connessioni orizzontali**)

- **migliorare i collegamenti tra i diversi livelli della scala sociale**, al fine di migliorare l'inclusione e la partecipazione, secondo il principio per cui, promuovere la solidarietà all'interno della società produce una società meno divisa, con minori disuguaglianze sociali e quindi caratterizzata da un accesso più equo alle risorse per la salute (**connessioni verticali**).

Viene di seguito presentato un **intervento** (Caso studio 2) basato sul coinvolgimento della comunità, **che ha anche la finalità di realizzare connessioni di tipo orizzontale.**

Caso studio 2.

Leeds GATE

(tratto da NICE. *Community engagement - approaches to improve health: map of current practice based on a case study approach*, 2016)

Leeds Gypsy and Traveller Exchange (GATE) è un'organizzazione che rappresenta i gitani e i pavee (o irish traveller), che vivono nel territorio di Leeds (Gran Bretagna). Lo scopo principale di Leeds GATE è di migliorare la qualità della vita dei gitani e dei pavee che vivono o fanno riferimento alla città di Leeds e ha quattro obiettivi: aumentare l'offerta abitativa, migliorare la salute e il benessere, migliorare l'educazione, l'impiego e l'integrazione economica e aumentare la cittadinanza e l'inclusione sociale. Leeds Gate è un'organizzazione di tipo partecipativo, dove volontari e operatori retribuiti lavorano in collaborazione con i servizi locali, in un ampio spettro di progetti e servizi. Incentrandosi su attività basate sui principi dello sviluppo di comunità, Leeds Gate ha condotto nel 2011, una Valutazione dei Bisogni di Salute della Comunità (VBSC), per favorire l'incremento della salute e del benessere dei pavee e dei gitani.

L'obiettivo era conoscere i bisogni di salute di questi gruppi, a partire dal loro punto di vista, in modo da comprendere il loro stato di salute e l'impatto dei determinanti distali della salute quali la situazione abitativa, l'integrazione economica e l'ambiente. La VBSC è stata realizzata allo scopo di fornire prove maggiori a livello locale, per influenzare la progettazione e la fornitura di nuovi servizi a beneficio dei pavee e dei gitani, che in genere ricevono scarsa attenzione nei programmi di

salute pubblica. Inoltre, questi gruppi vivono situazioni di discriminazione, sono poco consapevoli dei fattori di rischio che riguardano la propria salute e hanno delle relazioni deboli con gli organismi ufficiali. La VBSC è stata anche sollecitata dalla richiesta dell'autorità locale di produrre una valutazione strategica condivisa dei bisogni, per produrre uno spaccato dello stato di salute della città, insieme a un piano di azione per affrontare questi bisogni. Per questo motivo, è stato importante produrre una VBSC di tipo partecipativo, che coinvolgesse appieno la comunità e che potesse essere tradotta in un robusto report, in grado di influenzare i servizi, le pratiche professionali e le policy.

Il progetto, ha potuto usufruire di un fondo per il contrasto alle disuguaglianze, che è stato utilizzato per formare alcuni membri della comunità a svolgere una ricerca sul campo. Questo gruppo, ha avuto il compito di sviluppare un questionario, avvalendosi anche della consultazione di alcuni membri della comunità, attraverso focus group e interviste telefoniche. Il gruppo ha poi sperimentato il questionario presso alcuni membri della comunità e lo ha presentato presso gli studi dei medici di famiglia, in modo da aumentare l'adesione all'indagine.

È stato rilevato come il progetto abbia prodotto dei benefici, in primis nei soggetti della comunità coinvolti nella progettazione e conduzione della ricerca, sia in termini di aumento della consapevolezza, sia di costruzione di un dialogo proficuo con i professionisti e le istituzioni. Si è inoltre riscontrato tra i membri della comunità un aumento della fiducia nei confronti delle istituzioni. La VBSC, oltre a rendere visibile presso i decisori il punto di vista della comunità, rispetto ai determinanti di salute, ha anche aiutato i membri della comunità a farsi sostenitori di un miglioramento dei servizi.

Altri interventi di promozione della salute fanno uso esplicito del coinvolgimento dei destinatari dell'intervento. Si pensi ad esempio ai programmi di *peer education* realizzati tra gli adolescenti, finalizzati a coinvolgere altri ragazzi e a veicolare in modo più capillare i messaggi di salute, o alle campagne di comunicazione che, per realizzare un messaggio quanto più vicino al target, si avvalgono nella fase di progettazione del coinvolgimento di alcuni membri della comunità, per una costruzione mirata del messaggio. **È necessario però valutare se programmi come questi, prevedono di adottare misure di coinvolgimento per fini esclusivamente 'strumentali'** (ovvero per raggiungere gli obiettivi di salute identificati dagli esperti) o anche per aumentare le connessioni orizzontali e verticali

nella comunità oggetto dell'intervento. Solo in quest'ultimo caso si può infatti parlare di **coinvolgimento attivo**, che costruisce competenze individuali e di comunità.

Azioni di coinvolgimento guidate dall'interno della comunità

Il modello sopra descritto è sostenuto principalmente da una prospettiva propria dei servizi (sociali, sanitari, scolastici, ecc.) e costituisce il riferimento della maggior parte degli interventi che prevedono una qualche forma di coinvolgimento, fino ad ora realizzati. Tuttavia, **il coinvolgimento può trarre origine ed essere guidato dalla comunità stessa, la quale identifica gli obiettivi e gli strumenti per raggiungerli** (Woodall, 2012).

La necessità di realizzare un intervento, in questo caso, può emergere da gruppi di cittadini o da organizzazioni locali e si sviluppa attraverso la costituzione di coordinamenti, che elaborano delle azioni sociali e politiche (Caso studio 3). È il caso, ad esempio, dei gruppi che si riuniscono per praticare una qualche forma di attività fisica condivisa (come i gruppi di cammino spontanei), dei comitati di quartiere, delle associazioni di pazienti, dei gruppi che organizzano visite cultu-

rali o naturalistiche. Il ruolo dei servizi, consiste nel saper identificare questi movimenti, eventualmente sostenerli e integrarli nelle proprie strategie.

Caso studio 3.

Friends of Everton Park

(tratto da NICE. Community engagement - approaches to improve health: map of current practice based on a case study approach, 2016)

Friends of Everton Park (FEP) è un'organizzazione di volontariato nata nel 2010, con lo scopo di rendere il parco di Everton, un sobborgo deprivato situato nelle vicinanze di Liverpool, una risorsa per tutti. L'associazione organizza ogni anno un programma di eventi rivolti ai residenti, per coinvolgerli in attività musicali, sportive, artistiche o legate al tempo libero.

Nel 2012, FEP aveva ricevuto un finanziamento dedicato a progetti di promozione della salute e del benessere, attraverso l'utilizzo dell'ambiente naturale del territorio. In quel periodo, FEP si stava occupando di riconvertire e valorizzare un'area, che era stata occupata da palazzi residenziali fatiscenti che furono demoliti. L'associazione identificò alcuni stakeholder della comunità locale, che si sarebbero occupati di riprogettare l'area.

Fu anche identificata una rete di supporto, che comprendeva alcune agenzie esterne e un comitato direttivo formato da alcuni membri della comunità, che avrebbe assunto le decisioni in merito alla conduzione del progetto.

I membri della comunità hanno riferito che il progetto ha portato diversi vantaggi tra i quali:

- lo sviluppo di nuove competenze, sia tra i partecipanti che nella comunità nel suo complesso
- l'accesso agli spazi verdi, oltre a un allargamento e un miglioramento delle reti sociali tra gli abitanti.

Tra i benefici connessi alla salute, è stato rilevato come l'iniziativa abbia permesso di accedere a un luogo dove fare attività fisica e dove svolgere occupazioni piacevoli e aggregative quali il giardinaggio. In generale, i partecipanti hanno riferito che il progetto ha aumentato la loro fiducia sulle proprie capacità e maggiore coesione tra gli abitanti.

Il coinvolgimento, tra strategia utilitaristica e di empowerment

Analizzando i modelli di coinvolgimento è possibile distinguere due filoni: da una parte, il coinvolgimento è visto come una **strategia utile (strumentale)** per raggiungere obiettivi di salute, dall'altra, il coinvolgimento assume una **valenza valoriale ed etica**, ovvero è una condizione necessaria per rendere gli individui e le comunità maggiormente in grado di controllare la propria salute, sviluppando così competenze individuali e di comunità.

Modelli basati su una strategia utilitaristica (strumentale)

Molti degli argomenti avanzati a favore del coinvolgimento della comunità, si basano sulla premessa che, se le persone 'aderiscono' all'intervento o al programma di cui sono destinatari, saranno più propense a partecipare e di conseguenza i risultati potranno essere migliori. In un'ottica strumentale, le ragioni del coinvolgimento della comunità si sovrappongono a quelle che pochi anni fa sono state identificate come le ragioni alla base del coinvolgimento dei pazienti nelle pratiche di cura, ovvero il miglioramento dell'erogazione e dei risultati del trattamento. Esistono evidenze circa il fatto che le collaborazioni e le partnership fra istituzioni e mondo del volontariato, attraverso l'attivazione di figure non professionali, risultino efficaci nel coinvolgimento delle comunità locali, in attività di promozione della salute (NICE, 2017).

Resta però aperto il problema di individuare quali siano i processi e le modalità operative che si rivelano più efficaci nei contesti specifici, dato che molti studi non sono stati sempre in grado di descrivere esattamente le popolazioni coinvolte e le azioni intraprese. Fra gli indicatori utili a

misurare l'efficacia degli interventi di coinvolgimento della comunità, le linee guida (NICE, 2016) citano l'incremento dell'empowerment di comunità e del capitale sociale.

Una revisione rapida di Popay (2006), ha riscontrato alcune evidenze che mostrano come diverse modalità di coinvolgimento della comunità (dalla semplice erogazione di informazioni all'acquisizione di controllo), producano effetti differenti su qualità dei servizi, capitale sociale e livello di empowerment (Figura 1).

Il modello illustrato va letto dal basso verso l'alto e mostra come all'aumentare della partecipazione della comunità, aumentino anche i livelli di controllo. Ciò si ripercuote a livello dei servizi erogati, del capitale sociale e dell'empowerment, fino a esiti di tipo sanitario².

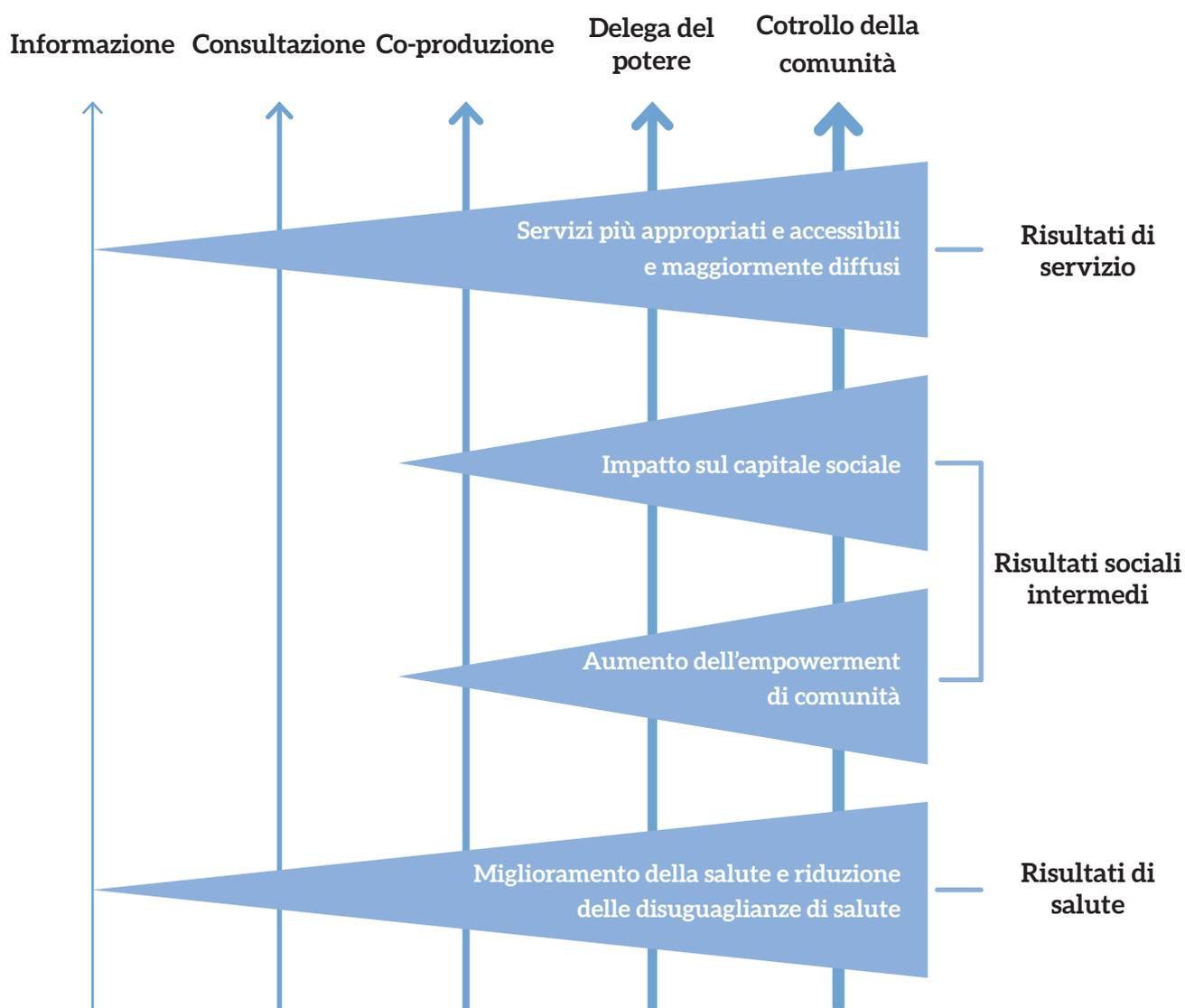
È stato rilevato (O'Mara, 2013), come **una delle criticità del modello è che esso esclude la possibilità che livelli più bassi di coinvolgimento della comunità - 'informare' e 'consultare' - possano incidere sugli esiti sociali intermedi**. Inoltre, il modello individua solo da un punto di vista puramente teorico una relazione tra aumento della qualità della partecipazione ed effetti sulla salute e sulla riduzione delle disuguaglianze.

² Su questi temi si vedano anche i seguenti contributi elaborati da DoRS: *Gli effetti sociali e sulla salute delle iniziative che si basano sul coinvolgimento della comunità: una revisione sistematica*; *Capitale sociale e salute: cosa dice la letteratura*

Figura 1.

Relazione tra livello di coinvolgimento della comunità e risultati a livello di servizi, esiti sociali e effetti sulla salute

Incremento della partecipazione, dell'empowerment e del controllo della comunità →



Tratta da: Popay J. Community engagement for health improvement: questions of definition, outcomes and evaluation. A background paper prepared for NICE. London: NICE; 2006.
Traduzione italiana a cura di DoRS

Modelli basati su un approccio di empowerment

La promozione della salute, si confronta da tempo sul tema del livello di controllo che i soggetti e le comunità possono esercitare sui determinanti sociali e politici della salute. Secondo Laverack, “la salute pubblica implica sempre una relazione di potere tra differenti stakeholder, in primis tra gli operatori stessi e i cittadini che incontrano” (Laverack, 2018). L’empowerment, si occupa del processo di acquisizione di controllo da parte di coloro che non hanno potere sulle cause che determinano la loro salute. In questo senso l’empowerment è inteso come il processo attraverso il quale “le persone sono in grado di acquisire o incrementare il proprio potere su decisioni e risorse che influenzano le loro vite” (Laverack, 2018)³.

Si tratta di un concetto che può riferirsi:

- a specifici risultati raggiunti a livello individuale o di comunità, misurabili “in termini di ridistribuzione delle risorse, di diminuzione della mancanza di potere o di successo nell’ottenere maggior controllo”
- a un processo “che si sviluppa lungo un continuum nel quale le persone diventano progressivamente sempre meglio organizzate in azioni sociali e politiche e che può essere misurato come un insieme di fattori organizzativi o domini”.

Per questo motivo l’empowerment può essere inteso sia come mezzo, sia come fine.

Tale formulazione del processo di coinvolgimento trae origine, almeno in parte, dalle elaborazioni teoriche di Arnstein, che negli anni ’60 aveva studiato, attraverso l’elaborazione di una scala della partecipazione (Figura 2), i processi di coinvolgimento dei cittadini nella pianificazione

urbana (Arnstein, 1969).

La scala contiene otto livelli di partecipazione, secondo il livello di controllo esercitato dai cittadini: dalla partecipazione apparente (o non partecipazione), alla partecipazione concessa, fino alla partecipazione basata sul potere dei cittadini. È importante riconoscere le dimensioni etica e politica di questa scala, in quanto essa pone in cima le relazioni più democratiche e paritarie tra comunità e servizi pubblici, e al fondo le relazioni basate sull’autoritarismo e la deresponsabilizzazione.

Un esempio di intervento di promozione della salute basato sui concetti di coinvolgimento attivo e di empowerment. (Caso studio 4)

Oltre la contrapposizione dei due modelli

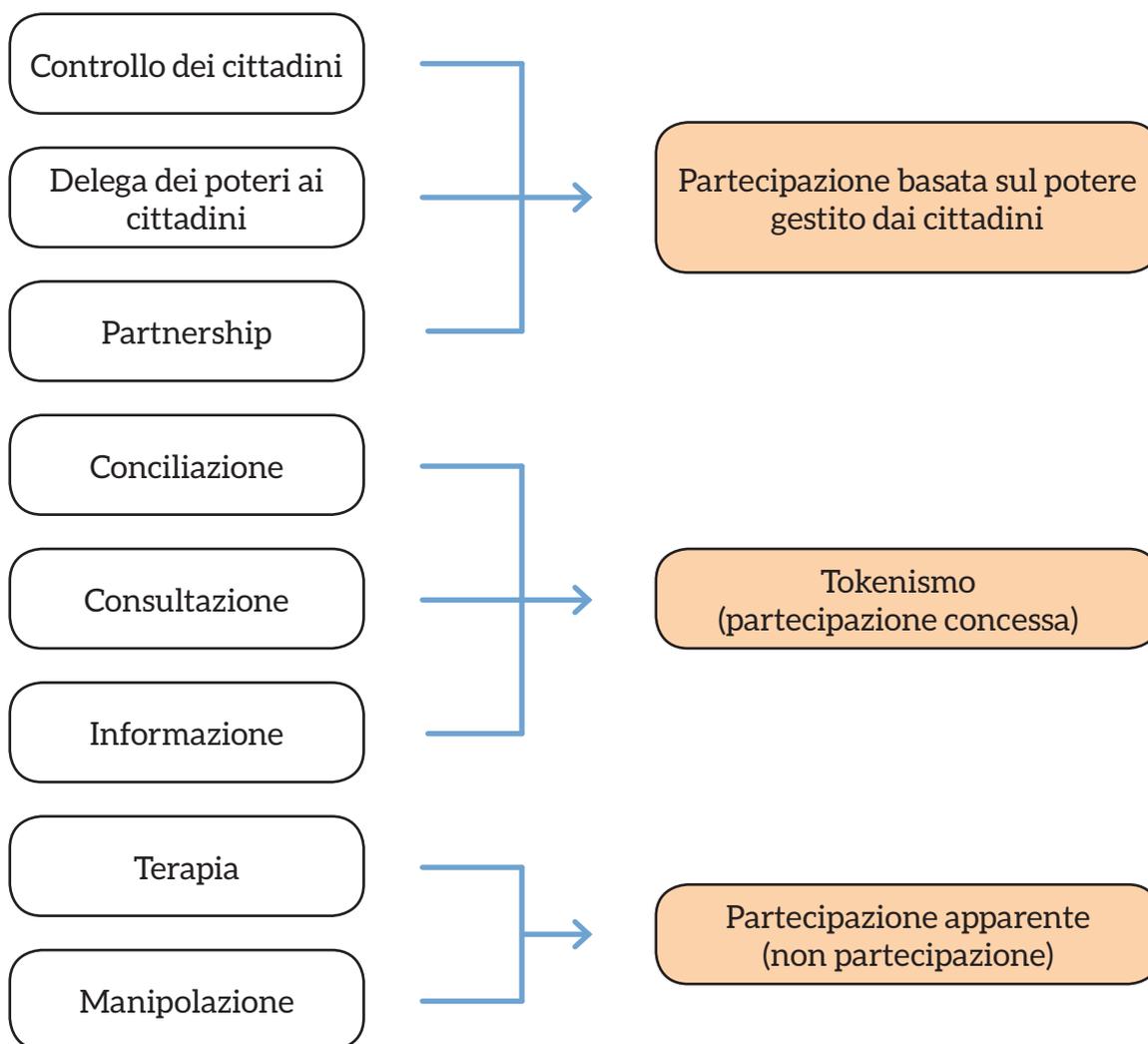
La contrapposizione tra modello utilitaristico e di empowerment può essere superata, se si considera la definizione generale della promozione della salute offerta dalla Carta di Ottawa, ovvero “il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla” (WHO, 1986).

Fin dalla formulazione della *Carta di Ottawa*, appariva chiaro come il fine delle azioni di promozione della salute non fosse tanto agire direttamente su uno specifico fattore di rischio, quanto costruire competenze, individuali, di gruppo e di comunità, per fare in modo che le persone comprendessero i meccanismi che hanno un effetto sulla loro salute (i cosiddetti determinanti) e potessero adottare strategie individuali e comunitarie per farvi fronte.

Tale approccio, se applicato alle comunità che vivono uno svantaggio sociale, significa investire affinché questi gruppi siano messi nella con-

³ Per un approccio critico all’empowerment in sanità si può fare riferimento ai seguenti contributi curati da DoRS: *Partecipazione e empowerment per la salute; Un approccio critico all’empowerment in sanità*

Figura 2.
Scala dei livelli partecipativi di Arnstein



Tratta da: Arnstein SR, *A Ladder of Citizen Participation*, AIP journal, 1969.
Traduzione italiana a cura di DoRS

Caso studio 4.

Ricerca partecipativa per promuovere la cessazione dal fumo

(tratto da Andrews et al. *The effect of a multi-component smoking cessation intervention in African American women residing in public housing*. Res Nurs Health. 2007)

Un intervento ha utilizzato la ricerca partecipativa per coinvolgere la comunità nello sviluppo di un intervento, culturalmente sensibile, di cessazione del fumo, rivolto a donne afroamericane residenti in alloggi a basso reddito. La comunità delle donne è stata coinvolta in tutte le fasi del progetto, dalla condivisione della necessità di contrastare l'uso del tabacco e di instaurare un'alleanza con infermiere di comunità per ricevere l'aiuto necessario, alla realizzazione di una ricerca svolta dalle partecipanti, fino alla realizzazione di assemblee di quartiere, volte a aumentare il gruppo delle donne coinvolte. Il progetto ha generato un comitato consultivo di residenti insieme ad altri soggetti con ruoli di potere quali il funzionario religioso, un funzionario scolastico, personale sanitario e altre agenzie comunitarie. Inoltre, l'intervento è stato testato attraverso uno studio caso-controllo e si è mostrato efficace in termini di astensione dal fumo, a 6 mesi dalla conclusione dell'iniziativa.

dizione di realizzare questo percorso, al pari di altri.

Da un punto di vista utilitaristico, sarà necessario che queste azioni siano corredate da ricerche valutative che ne valutino l'efficacia, in modo da poter valutare la direzione degli interventi e il ritorno degli investimenti. Da un punto di vista basato sull'approccio dell'empowerment, sarà opportuno monitorare il grado di controllo che le comunità possono esercitare sui determinanti della propria salute, affinché siano quanto più in grado di padroneggiarli.

Il coinvolgimento attivo della comunità è appunto la strategia che promette di fare in modo che le comunità studino i fattori che influenzano la propria salute e agiscano per modificarli, sviluppando nello stesso tempo un senso di appartenenza alla propria comunità (ownership) e facendo così maturare il capitale sociale della stessa.

Nel capitolo seguente, saranno prese in esame due revisioni sistematiche, le prime, che dimostrano come coinvolgere la comunità, con interventi indirizzati ai gruppi sociali più svantaggiati, ha effetti benefici sulle condizioni di salute, sugli stili di vita, sui determinanti sociali della salute, non solo del singolo individuo ma della comunità tutta. Dopo avere individuato quei fattori e caratteristiche che più potrebbero facilitare il coinvolgimento della comunità, **si offriranno suggerimenti e raccomandazioni pratiche per orientare l'azione sul campo.**

Bibliografia

Andrews 2007

Andrews JO, Felton G, Ellen Wewers M, Waller J, Tingen M. The effect of a multi-component smoking cessation intervention in African American women residing in public housing. *Res Nurs Health*. 2007 Feb; 30(1): 45-60.

Arnstein 1969

Arnstein, SR. A Ladder of Citizen Participation. *JAIP* 1969; 35(4): 216-24.

Laverack 2018

Laverack G. *Salute pubblica: potere, empowerment e pratica professionale*. Milano : Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.

Mackenbach 2012

Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med*. 2012; 75: 761– 9.

Marmot Review Team 2010

Marmot Review Team: *Fair society, healthy lives: the Marmot Review*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. London, 2010. <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>

Ministero della salute 2017

Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, 2017.

Ministero della Salute 2014

Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. 2014.

http://www.dors.it/documentazione/testo/201412/accordo_confstatoregionixpnp14-18.pdf

NICE 2016

NICE Guidelines (NG44). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE, 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-pdf-1837452829381>

NICE 2017

NICE. Community engagement overview. NICE, 2017. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/community-engagement>

O'Mara-Eves 2013

O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Res.* 2013; 1(4).

OMS 1998

Organizzazione Mondiale della Sanità. Glossario O.M.S. della Promozione della Salute. OMS, 1998. http://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf.

OMS 2020

Organizzazione Mondiale della Sanità ufficio regionale per l'Europa. Salute 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere. OMS, 2013. http://www.dors.it/alleg/newfocus/def_health2020.pdf

ONU 2015

ONU. Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. ONU, 2015. https://www.unric.org/it/images/Agenda_2030_ITA.pdf

Popay 2006

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

Swainston 2008

Swainston K, Summerbell C. The effectiveness of community engagement approaches and methods for health promotion interventions. Teeside: University of Teeside, 2008.

Tengland 2007

Tengland PA. Empowerment: a goal or a means for health promotion? *Med Health Care Philos.* 2007 Jun;10(2):197-207.

Wallerstein 2006

Wallerstein N, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promot Pract.* 2006; 7(3): 312-23.

Whitehead 2006

Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO, 2006.

WHO 1986

World Health Organization, Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

WHO 2016

World Health Organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Proceedings of 9th Global Conference on Health Promotion; 2016 Nov 21-24; Shanghai, China. Geneva: WHO, 2016.

Wilcox 1994

Wilcox D. Community participation and empowerment: putting theory into practice. *RRA Notes.* 1994; 21: 78-82.

Woodall 2012

Woodall JR, Warwick-Booth L, Cross R. Has empowerment lost its power? *Health Educ Res.* 2012; 27(4): 742-5.



LA GOVERNANCE DELLA COMUNITÀ

Paola Capra, Alessandro Coppo, Luisa Dettoni, Maurizio Marino, Alessandra Suglia

Evidenze e raccomandazioni

Paola Capra, Luisa Dettoni, Alessandra Suglia

Gli interventi che prevedono il coinvolgimento della comunità quanto sono realmente efficaci per una riduzione delle disuguaglianze di salute? In sintesi che cosa suggerisce la letteratura in merito alla questione?

Negli ultimi anni, vi è stato un **significativo aumento delle evidenze** pubblicate sul coinvolgimento della comunità. Vi è anche una crescente base di evidenze informali, che illustrano come le iniziative funzionano a livello pratico; tuttavia questo aspetto, che ha a che fare con il processo e l'implementazione, spesso sfugge a un'osservazione e raccolta sistematica e a una valutazione formale.

Nell'ultimo decennio alcune revisioni della letteratura sul **coinvolgimento della comunità**, quale fase del processo di empowerment, hanno suggerito **potenziali miglioramenti sociali**, ma anche effetti ambigui sulla morbosità, la mortalità e le disuguaglianze di salute (Wallerstein et al., 2006, Popay et al., 2007).

La revisione Wallerstein del 2006, ha rilevato che l'empowerment è stato associato a risultati positivi, fra cui la coesione sociale e di quartiere che coinvolge i gruppi socialmente esclusi. Ma ha anche osservato come sia difficile individuare l'esistenza di un nesso con i risultati relativi alla salute. Analogamente, la revisione rapida di Popay et al. del 2007 ha sottolineato che, se alcune evidenze dimostrano che il coinvolgimento della comunità migliora il capitale sociale, la

coesione sociale e l'empowerment, sono scarse le evidenze che migliori la mortalità, la morbosità, gli stili di vita e che abbia un impatto sulle disuguaglianze. Tuttavia Popay e colleghi, hanno riscontrato che nessuno degli studi inclusi aveva valutato l'effetto del coinvolgimento della comunità direttamente sui risultati inerenti la salute e che le valutazioni fossero spesso state effettuate troppo presto nell'ambito del ciclo di vita dell'intervento, per dimostrarne l'impatto. In sintesi, dalle due revisioni emerge che il coinvolgimento della comunità probabilmente può sortire un effetto positivo sulle disuguaglianze sociali (Wallerstein et al., 2006, Popay et al., 2007), e, benché, secondo Marmot (Marmot Review Team, 2010) agire sulle disuguaglianze sociali potrebbe ridurre le disuguaglianze di salute, le revisioni non riescono ad individuare un effetto diretto su queste ultime (Wallerstein et al., 2006, Popay et al., 2007).

Il capitolo prenderà in esame la metanalisi O'Mara-Eves, 2015, la revisione O'Mara-Eves, 2013, la revisione Cochrane Anderson, 2015, che sono tra i più recenti studi pubblicati in letteratura sul tema e forse tra i primi a considerare gli effetti sulla salute e sul contrasto alle disuguaglianze di interventi che, a vari livelli, prevedono il coinvolgimento della comunità.

Se la revisione O'Mara-Eves 2013 e la relativa metanalisi del 2015 considerano più genericamente tutte le tipologie di intervento, la revisione Anderson si focalizza invece solo su una

¹ Per una lettura integrata del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e di Salute 2020 è possibile consultare: *Lettura sinottica e integrata del Piano Nazionale della Prevenzione e di Salute 2020, DoRS, 2015*

specifica tipologia, gli interventi guidati da una coalizione di comunità. Infine un'ulteriore revisione del 2016, Weiss, prescinde dalla valutazione di efficacia per individuare quei fattori che più facilitano il coinvolgimento della comunità.

L'obiettivo è dimostrare se e come coinvolgere la comunità, sia efficace per ridurre le disuguaglianze di salute.

La revisione sistematica e la metanalisi O'Mara-Eves

La metanalisi (*O'Mara-Eves, 2015*) è parte di una più ampia revisione sistematica multi-metodo (*O'Mara-Eves, 2013*) che attraverso diversi modelli di coinvolgimento della comunità, esamina i percorsi diretti e indiretti di riduzione delle disuguaglianze di salute, adottando un approccio alla letteratura più ampio rispetto a precedenti revisioni e ricorrendo a processi di ricerca innovativi, al fine di identificare le evidenze disperse.

Oltre alla metanalisi che sintetizza in modo quantitativo i risultati dei molti studi inclusi, **la revisione contiene una mappa degli studi di valutazione** che descrive l'entità e la varietà di interventi di coinvolgimento della comunità, **una sintesi teorica della letteratura** che descrive modelli e meccanismi - di cui si è dibattuto nel primo capitolo - **una sintesi tematica delle valutazioni di processo** inerenti studi che privilegiano le aree politiche prioritarie sul tema delle disuguaglianze di salute, **un'analisi economica dei costi e delle risorse** e **un quadro concettuale conclusivo**.

Un gruppo consultivo di accademici e professionisti ha contribuito a guidare il focus concet-

tuale della revisione, compresa la decisione sugli studi da includere nella meta-analisi.

La revisione di O'Mara-Eves e colleghi include **131** studi di cui una netta maggioranza, 113 (86,3%) sono stati condotti negli Stati Uniti, mentre più della metà si indirizza a minoranze etniche - afroamericani o latinoamericani - prevalentemente caratterizzate da basso reddito. Gli interventi che gli studi prendono in esame riguardano diversi aspetti inerenti la salute: abuso di sostanze stupefacenti, malattie cardiovascolari, allattamento al seno, prevenzione dell'obesità/ riduzione di peso, cessazione del fumo, promozione della salute e assistenza prenatale.

Il **setting** più comune è la **comunità**, la maggior parte degli interventi comprende strategie di intervento multiple e gli approcci più adottati sono l'educazione, il counseling, il supporto sociale, la formazione per lo sviluppo di competenze. **Chi ha erogato gli interventi sono stati innanzitutto i pari e i membri della comunità.**

La revisione cerca di rispondere ai seguenti quesiti:

■ Quesito
▼ Risposta

■ ***Gli interventi di salute pubblica indirizzati ai gruppi più svantaggiati, che adottano un approccio di coinvolgimento di comunità, migliorano gli esiti di salute?***

▼ Gli interventi risultano efficaci rispetto a stili di vita (per esempio la dieta, l'attività fisica, l'abitudine al fumo), conseguenze sulla salute (per esempio il cambiamento dell'indice di massa corporea e la riduzione del colesterolo), auto-efficacia, sostegno sociale percepito.

Ci sono benefici per la comunità (per esempio accesso ai servizi) e per le persone coinvolte (per esempio acquisizione di competenze), anche se i dati insufficienti impediscono una sintesi statistica di questi 2 esiti e la loro inclusione nella metanalisi.

Esiste una correlazione positiva tra autoefficacia dei partecipanti e stili di vita: gli interventi che migliorano i comportamenti salutari possono anche accrescere l'autoefficacia di chi vi partecipa.

Quanto agli effetti di un intervento per il coinvolgimento della comunità, sebbene ridotti, durano anche per molto tempo dopo la conclusione dell'intervento stesso.

■ ***Diversi modelli di coinvolgimento sono diversamente efficaci?***

I modelli teorici a cui la metanalisi e revisione O' Mara-Eves fa riferimento sono stati illustrati in modo approfondito nel primo capitolo. Il primo modello, a supporto dell'empowerment, suggerisce che il cambiamento sia facilitato quando i bisogni di salute sono identificati dalla comunità che si mobilita per agire.

Nel secondo modello l'identificazione del problema di salute e le sue soluzioni sono proposte da esperti esterni alla comunità, anche se il parere degli stakeholder della comunità è considerato importante, perché si crede che l'intervento risulterà più adeguato alle esigenze dei partecipanti.

La comunità, attraverso i suoi stakeholder sarà coinvolta nella progettazione o nella pianificazione dell'intervento, con momenti di consultazione e collaborazione. L'ultimo e terzo modello prevede di coinvolgere la comunità - nello specifico si tratta di pari o membri della comunità "profani", privi di competenze professionali sanitarie o affini¹ - per l'erogazione dell'intervento. Si fonda sulla credenza che il cambiamento sia facilitato dalla credibilità, la competenza o l'empatia con cui il membro della comunità accompagna la realizzazione dell'intervento.

¹ *Pari e o membri della comunità "profani" privi di competenze professionali sanitarie o affini: si fa riferimento ad individui che, sebbene privi delle competenze professionali necessarie supportano iniziative orientate alla salute e al benessere. I pari sono membri della comunità che condividono le stesse esperienze di vita delle comunità con cui lavorano. Pari e membri della comunità possono essere pagati per il ruolo che svolgono o invece prestarsi in qualità di volontari.*

▼ Non c'è chiarezza sulla maggiore efficacia di un modello di coinvolgimento della comunità rispetto a un altro.

Le evidenze sono carenti soprattutto per gli effetti a lungo termine e per chi è un beneficiario indiretto (per esempio la comunità, chi fornisce il servizio - servizio sanitario, organizzazione no profit -, chi deve gestire il processo di coinvolgimento).

È tuttavia chiaro che, oltre ai modelli citati, gli interventi che esulavano da questi modelli (per

esempio prevedevano uno scarso coinvolgimento in fase di progettazione e di erogazione) sono risultati di gran lunga i meno efficaci.

A prescindere dal modello, un intervento può essere monocomponente, cioè prevedere solo azioni che adottano un approccio di coinvolgimento della comunità o multicomponente, in cui solo una parte dell'intervento coinvolge la comunità.

Non è possibile asserire la maggiore efficacia di una tipologia rispetto all'altra.

Alcune caratteristiche degli interventi (tema di salute, approccio universale contro approccio mirato, setting di intervento, strategia di intervento, erogatore dell'intervento e durata dell'intervento) agiscono come moderatori dell'efficacia dell'intervento?

Il quesito equivale a domandarsi quali tipi di intervento, dotati di quali caratteristiche, funzionano meglio, quando viene coinvolta la comunità: questo per spiegare la variabilità di efficacia tra i vari interventi presi in esame dalla revisione.

Nessuna tra le caratteristiche prese in esame sembra in grado di motivare questa variabilità, tuttavia prevalgono alcune tendenze, anche se il ragionamento è applicabile innanzitutto agli esiti sugli stili di vita.

▼ Temi di salute

Scegliere temi di salute considerati prioritari nell'agenda politica è più efficace?

I temi di salute sono raggruppati in tre categorie:

- rischi di salute modificabili, implicano gli stili di vita (fumo, abuso di alcol o droghe, obesità)
- interventi precoci per la prima infanzia (cure prenatali, allattamento al seno, competenze dei genitori, vaccinazioni infantili)
- prevenzione delle malattie (alimentazione sana, attività fisica, promozione della salute generale, prevenzione degli infortuni, prevenzio-

ne del cancro e prevenzione delle malattie cardiovascolari/ ipertensione).

Non risultano differenze significative tra le tre categorie sia per ciò che concerne gli stili di vita che le conseguenze sulla salute.

Approccio universale vs approccio mirato

È universale un intervento indirizzato a ampie fasce di popolazione e in cui non c'è stata selezione dei partecipanti secondo criteri specifici e che potrebbero indicare condizioni di disuguaglianza - per esempio etnia, genere, occupazione -. È mirato un intervento i cui destinatari rispondono a caratteristiche definite, per esempio l'appartenenza a minoranze etniche. Secondo la

revisione, per migliorare gli stili di vita sono efficaci entrambi gli approcci.

Setting di intervento

Per migliorare gli stili di vita sono efficaci interventi realizzati in contesti non comunitari (per esempio sanitario) e in contesti di comunità, anche se i primi sono più efficaci.

Strategie di intervento

Sono state prese in esame cinque specifiche strategie di intervento:

- educazione
- sviluppo e formazione di abilità
- sostegno sociale
- incentivi e accesso alle risorse,
- incentivi e accesso ai servizi sanitari.

Gli interventi che impiegano strategie basate su incentivi o sullo sviluppo delle competenze tendono a stime delle dimensioni dell'effetto maggiori rispetto ad altre strategie, mentre gli

interventi che privilegiano un approccio educativo tendono ad essere i meno efficaci.

Chi eroga l'intervento

Sono state prese in esame quattro differenti categorie: i membri della comunità 'profani', i pari, i professionisti del settore sanitario, i professionisti del settore didattico.

Per quel che concerne gli stili di vita non sono state riscontrate differenze statisticamente significative per nessuna delle 4 categorie: chi eroga l'intervento non sembra incidere sull'efficacia dello stesso.

Durata dell'intervento

Riguardo agli stili di vita gli interventi più brevi sembrano più efficaci degli interventi più lunghi: questa considerazione vale se ci si riferisce a interventi molto intensi sia per quanto concerne l'esposizione dei partecipanti, che la frequenza di contatti con chi eroga l'intervento, soprattutto se si tratta di un membro appartenente alla comunità.

Le caratteristiche dei partecipanti identificati come potenzialmente svantaggiati sono in relazione con l'efficacia dell'intervento?

▼ Cosa si intende per potenzialmente svantaggiato? La metanalisi, tra i fattori caratterizzanti include:

- status socio-economico
- gruppi di minoranze etniche
- giovani "a rischio" o "ad alto rischio" che sperimentano l'esclusione sociale (compresi adolescenti in gravidanza e genitori precoci)
- luogo di residenza (in città o in ambito rurale).

In riferimento agli stili di vita, gli interventi rivolti alle persone di bassa posizione socioeconomica tendono ad essere i più efficaci, mentre non vi è alcun effetto chiaro degli interventi mirati alle persone sulla base del loro luogo di residenza, anche se ciò è probabilmente dovuto all'eterogeneità nei sei studi di questa categoria. Prendendo in esame le fasce di età è più efficace un intervento per fasce che indirizzato a tutte le fasce indistintamente.

Le caratteristiche della valutazione hanno un impatto sull'efficacia (per esempio, esiste il rischio di bias)?

▼ Per tutti e quattro i tipi di esito non è presente alcun bias sistematico nelle stime di dimensione dell'effetto dovute alle caratteristiche metodologiche del progetto di valutazione.

In sintesi e in conclusione la revisione O' Mara-Eves, 2013 avanza alcune ipotesi:

- **esistono solide evidenze** per cui gli interventi che coinvolgono le comunità, in particolare modo le comunità più svantaggiate, hanno un **impatto positivo** su una gamma di esiti di salute e psicosociali, riguardo a differenti condizioni di salute

- **esistono deboli evidenze** sul rapporto costo efficacia e sulla **sostenibilità di diversi tipi di intervento** per il coinvolgimento della comunità, così come su quegli elementi di implementazione che possono influenzare il successo degli interventi

- **esistono evidenze insufficienti** - soprattutto per esiti a lungo termine e per i destinatari degli interventi - **per determinare se un modello** in particolare diretto al coinvolgimento della comunità **sia più efficace di un altro.**

- **nessuna variabile considerata** (teoria del cambiamento alla base dell'intervento, numerosità dei componenti dell'intervento, interventi di prevenzione universale o selettiva, setting dell'intervento, strategia di attuazione, erogatore dell'intervento, durata, età dei partecipanti) **si è dimostrata statisticamente significativa nello spiegare la differente efficacia tra gli interventi**, sebbene siano emerse alcune tendenze.

La revisione Cochrane Anderson

Un approccio per ridurre le disuguaglianze di salute impegna coalizioni che includono rappresentanti delle minoranze della comunità per creare, nella comunità, ambienti solidali e orientati a scelte salutari e favorevoli alla qualità della vita.

La seconda revisione sistematica presa in esame, Anderson, 2015, valuta l'efficacia delle coalizioni di comunità sullo stato di salute e sulle disuguaglianze di questi gruppi di popolazioni svantaggiate (**Box 1**).

La revisione include 58 studi pubblicati tra il 1990 e il 2014, in cui le coalizioni comunitarie devono comprendere almeno un gruppo di minoranza etnica o razziale rappresentativa della popolazione target e almeno due organizzazioni della comunità, pubbliche o private.

Le coalizioni comunitarie sono state classificate in tre tipologie: partnership 'di base' fra le organizzazioni situate a livello della comunità, collaborazioni fra istituzioni accademiche e le

comunità, collaborazioni fra enti di sanità pubblica ed enti pubblici.

La tipologia di coalizione più diffusa, riportata in 34 studi, è la **collaborazione fra istituzioni accademiche e comunità**, mentre la più esigua è quella 'di base' tra organizzazioni a livello di comunità. Un altro dato da sottolineare è il ridotto numero di studi condotti in paesi a medio e basso reddito.

Gli esiti presi in esame dagli studi inclusi sono **esiti di salute**, per cui indicatori dello stato di salute (mortalità, morbidità) e degli stili di vita (livelli di attività fisica, consumo di alcol, cambiamento di dieta). Pochi studi hanno considerato risultati secondari di cambiamento nell'ambito ecologico-sociale: condizioni del quartiere o politiche introdotte per migliorare la salute della comunità (per esempio una politica che istituisce un mercato di contadini per fornire prodotti freschi e di qualità, una politica scolastica che offre l'accesso a campi sportivi per i residenti anche in periodi extrascolastici).

Box 1.

Coalizioni di comunità

(tratto da Anderson 2015)

Le coalizioni di comunità sono aggregazioni di cittadini, organizzazioni pubbliche e private e professionisti (Dluhy 1990) che rappresentano diversi settori della comunità in azioni bottom-up (provenienti dalla base) di pianificazione e processi decisionali. Operano attraverso partenariati e puntano ad utilizzare le risorse locali per sviluppare le competenze della comunità.

Il focus di una coalizione comunitaria può variare a seconda dei settori della comunità coinvolti (per esempio, l'istruzione, la sicurezza pubblica e la sanità pubblica).

Le caratteristiche dei partenariati e le modalità organizzative influenzano il funzionamento di una coalizione e lo scambio di risorse (Mizrahi 2001). Fattori quali la chiarezza della missione, la leadership della coalizione, le strutture di governance, il sostegno formativo e tecnico, i processi di comunicazione e la soddisfazione dei membri possono accrescere o ridurre le probabilità, per una coalizione, di mobilitare risorse e attuare interventi (Kadushin 2005; Mitchell 2000; Roussos 2000;

Zakocs 2006). L'ampia composizione intersettoriale e il carattere volontario distinguono le coalizioni comunitarie da altri modelli di sanità pubblica.

Le coalizioni di comunità si ispirano alle coalizioni sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie (Green 1990), così come ai modelli di sviluppo della comunità (Chavis 1992). Attingono a diverse teorie, compresa l'ecologia sociale, il capitale sociale e l'empowerment, oltre alle teorie del comportamento organizzativo. Si fondano su una premessa: la salute rappresenta il prodotto di complesse interazioni tra individuo e ambiente sociale e può essere dunque influenzata in modo favorevole, grazie all'impegno collaborativo dei membri della comunità (Anderson 2003; Stokols 1992). La scelta della coalizione per migliorare un problema di salute o per implementare una strategia di intervento, si basa su obiettivi e risorse condivise da stakeholder e finanziatori. Gli argomenti previsti dipendono dai settori coinvolti (per esempio, trasporto, housing), il gruppo target (come giovani, anziani, individui ad alto rischio), e i problemi di salute oggetto di interesse (per esempio, malattie croniche, abuso di sostanze stupefacenti, accesso alle cure).

Alla base dei programmi di salute incentrati sulla comunità, in particolare dei modelli di coalizione comunitaria, ci sono alcuni presupposti chiave. L'attenzione nei confronti della comunità deriva dalla consapevolezza che "gli esseri umani vivono, sono plasmati da, e a loro volta condizionano l'ambiente in cui vivono" (Nilsen 2006).

Contano sia la localizzazione geografica, sia le reti di relazioni sociali. La nozione di community participation (partecipazione comunitaria) - che costituisce un altro aspetto chiave - riconosce l'importanza del punto di vista dei membri di una comunità su 'ciò che conta'. La collaborazione intersettoriale riconosce che molti fattori che incidono sulla salute si situano al di fuori del settore sanitario. Inoltre, la collaborazione intersettoriale consente di mettere insieme le conoscenze e le risorse di una comunità locale con i contributi di partner esterni, basati sul sostegno finanziario e tecnico, per raggiungere obiettivi comuni.

Infine, l'obiettivo delle strategie che mettono al centro la comunità è quello di controllare i determinanti della morbosità e della mortalità e al contempo ridurre il rischio nella popolazione, per raggiungere risultati a livello di comunità, piuttosto che a livello individuale.

Per ottenere risultati sono necessarie strategie di intervento (comportamentali e strutturali) sfaccettate e a lungo termine (Nilsen 2006). Le coalizioni si formano quando un ente o un gruppo capofila interviene su un problema che riguarda la comunità (per esempio, l'uso di droga o alcol); tali coalizioni possono nascere in seguito a un'opportunità (per esempio, nel caso di finanziamenti pubblici destinati a interventi sulla prevenzione dell'asma che coinvolgono la comunità) o talvolta da un requisito obbligatorio richiesto dalla fonte di finanziamento. I governi e le fondazioni vedono le coalizioni comunitarie come un mezzo per ridurre i costi e le energie, attraverso l'unione delle risorse e dei risparmi destinati ai programmi di prevenzione a livello locale. Poiché i politici guardano sempre più alle coalizioni comunitarie come una soluzione ai complessi problemi sociali e di salute pubblica, è importante che i membri della comunità capiscano come funzionano tali iniziative sociali.

La revisione intende rispondere ai seguenti quesiti:

■ **Quesito**
 ▼ **Risposta**

■ ***Gli interventi guidati da coalizioni di comunità migliorano lo stato di salute o riducono le disuguaglianze di salute dei gruppi costituiti da minoranze etniche?***

▼ Gli autori della revisione dimostrano che gli interventi guidati da coalizioni di comunità possono mettere in relazione chi offre servizi sanitari e sociali con comunità costituite da minoranze etniche, secondo modalità che recano benefici alla salute del singolo individuo, agli stili di vita e ai sistemi che erogano assistenza e cura.

Tuttavia, l'assenza o l'insufficienza di informazioni sulle caratteristiche delle coalizioni,

negli studi presi in esame, non offre spiegazione sui meccanismi che sono alla base degli effetti positivi. In sintesi è necessario capire come funziona o non funziona un programma e per i programmi efficaci, come sono stati raggiunti cambiamenti positivi e quali sono state le risorse impegnate, in modo da consentirne la replicabilità.

■ ***Diverse strategie adottate dalle coalizioni di comunità sono diversamente efficaci?***

▼ La revisione esamina gli effetti di 4 tipi di strategie o interventi messi in atto dalle coalizioni di comunità sia sugli esiti inerenti lo stato di salute che gli stili di vita:

- le strategie di cambiamento su larga scala a livello di comunità (per esempio iniziative indirizzate ad ambienti fisici quali abitazioni, spazi verdi, sicurezza nel quartiere o processi e politiche locali), hanno prodotto effetti minimi e contrastanti

- ampie strategie di cambiamento a livello di sistema sanitario e di assistenza sociale (per esempio programmi per lo staff del sistema sani-

tario o di assistenza sociale, accessibilità ai servizi, procedure e tecnologie per migliorare la qualità delle cure), hanno conseguito effetti ridotti ma coerenti e positivi

- interventi che fanno ricorso a membri della comunità 'profani' con mansioni di supporto socio-sanitario, per coinvolgere maggiormente la comunità locale e raggiungere le minoranze etniche, hanno raggiunto effetti piuttosto coerenti e positivi

- azioni educative di gruppo guidate da personale professionista ha prodotto effetti alquanto coerenti e positivi

Alcune caratteristiche degli interventi guidati da una coalizione di comunità e di caratteristiche inerenti la struttura e il processo (tipologia di coalizione, leadership, ruolo svolto dai vari partner, tipo di governance, tipo di formazione per i membri, durata della coalizione, valutazione, per citarne alcune), hanno un impatto sulla loro efficacia?

▼ Gli studi inclusi nella revisione sono ampiamente insufficienti nel riportare in dettaglio una serie di caratteristiche della coalizione, perciò restano senza risposta alcuni quesiti salienti.

Quale tra i tre tipi di struttura della coalizione è più efficace (partnership “di base”, fra le organizzazioni situate a livello della comunità; collaborazioni fra istituzioni accademiche e le comunità; collaborazioni fra enti di sanità pubblica ed enti pubblici)? In che modo l’efficacia pratica della coalizione è influenzata dai differenti partner che vi partecipano? Chi fornisce la leader-

ship? Qual è il ruolo svolto dai professionisti, dai volontari, dai membri della coalizione nelle fasi di valutazione, progettazione, implementazione? Quale tipo di formazione è a disposizione dei membri della coalizione? Qual è la durata e la qualità di un’esperienza di coalizione? Una coalizione di comunità ha più probabilità di scegliere strategie di coinvolgimento della comunità? Forse la possibilità di disporre di maggiori dettagli sulla struttura, i processi, la valutazione di una coalizione consentirebbe di comprendere meglio e spiegare l’utilità di interventi guidati da una coalizione di comunità.

La revisione Anderson, 2015 avanza le seguenti conclusioni:

- **gli interventi guidati da coalizioni di comunità, attraverso un’azione collettiva e strategie di empowerment, hanno un impatto positivo a livello individuale e di comunità**, in quanto recano benefici non solo alla salute e agli stili di vita del singolo individuo, ma anche ai sistemi che forniscono cure e assistenza sanitaria e sociale. Questo dato è interessante perché si può affermare che è stato compiuto un piccolo passo avanti per ridurre le disuguaglianze di salute

- nell’ambito del modello delle coalizioni di comunità, **le strategie più efficaci sono cambiamenti a livello di sistemi di assistenza sanitaria e sociale**, che riflettono e includono posizio-

ni, idee, punti di vista della comunità, impiego di membri della comunità privi di competenze professionali ma chiamati a svolgere un ruolo socio-sanitario, operatori sanitari non professionisti appartenenti alla comunità, iniziative di gruppo educative e di supporto guidate da pari o da membri della comunità. **Non risultano invece efficaci le strategie di cambiamento su vasta scala a livello di comunità, o almeno i risultati sono insufficienti e incoerenti.** Tuttavia, l’abilità di individuare effetti benefici è spesso ostacolata, negli studi inclusi, dalle misure usate e dall’insufficienza dei metodi di analisi: questo perciò ci invita a considerare le conclusioni con le dovute cautele

- **le strategie che chiamano in causa membri**

appartenenti a una comunità costituita da una minoranza etnica a cui indirizzano l'azione, non migliorano solo la salute, ma sono fonte di salute per la comunità in quanto consentono ai membri della comunità di guadagnare maggior controllo sulla propria salute e sulle condizioni che la influenzano

- sono assenti dati inerenti i costi e altre risorse richieste, per cui **manca chiarezza in merito alla fattibilità e alla sostenibilità del modello** delle coalizioni di comunità.

Possibili effetti avversi

La revisione di Anderson e colleghi individua possibili effetti negativi e quesiti aperti che scaturiscono dalle difficoltà metodologiche che accompagnano un intervento guidato da una coalizione di comunità. Gli interventi diretti da una coalizione di comunità generano empowerment nella comunità e costruiscono capitale sociale, espandendo e diversificando le reti sociali che portano verso una maggiore fiducia e a norme condivise. Tuttavia, l'evidenza qualitativa tratta dagli studi inclusi nella revisione e da altre fonti di ricerca, suggerisce che un processo collaborativo di coinvolgimento della comunità può comportare conseguenze negative impreviste, incoraggiare l'isolamento e il disempowerment e inibire qualsiasi innovazione.

La diversità di conoscenze tra i membri della comunità e i partner scientifici o professionali genera confusione e conflitto: queste differenze di base, associate a un'inequiva distribuzione di potere nei processi decisionali e di controllo delle risorse e dei finanziamenti, che sia reale o percepita, può risolversi in un senso di perdita di potere e controllo. Le conseguenze potrebbero essere una diminuzione d'impegno e coinvolgimento da parte dei membri della comunità. Inol-

tre, finanziamenti inadeguati per implementare e sostenere i programmi, potrebbero rallentare o bloccare gli sforzi compiuti e indurre nella comunità un senso di abbandono e isolamento. Potenziali danni o effetti negativi possono essere contenuti, se si applicano opportune pratiche nella fase di reclutamento, si adotta una struttura di governance partecipativa, si addestrano membri della coalizione a promuovere la parità e si garantiscono alla comunità ruoli significativi nella progettazione, nei processi decisionali, nell'implementazione e nella valutazione dei processi di coalizione.

Quesiti aperti

Le difficoltà metodologiche insite in un intervento guidato da una coalizione di comunità rende difficile misurarne gli effetti; la miriade di fattori contestuali che sono rilevanti sugli esiti della coalizione è difficile da dettagliare ed eterogenea tra le varie comunità.

I risultati a livello di intervento (per esempio lo screening dei tumori) catturano l'efficacia della coalizione? Quali indicatori sociali, per esempio la coesione della comunità o la resilienza possono mostrare l'esistenza di connessioni tra i meccanismi di capacity building di ambito locale e i livelli di salute?

Infine sono richiesti strumenti scientifici più sofisticati per migliorare la capacità di identificare gli effetti dei programmi sull'intera comunità e per apprendere quali sono gli elementi di forza su cui far leva che, impiegati in modo consono, spostano la distribuzione della salute nella direzione dell'equità.

La revisione Weiss

La revisione esplorativa² Weiss 2016, attraverso l'analisi di 57 articoli molto eterogenei per disegno (la maggioranza sono casi studio) e qualità, **individua quei fattori**, di seguito descritti, **che facilitano** lo sviluppo e l'implementazione di **politiche e programmi per la promozione della salute a livello locale**. Sebbene non specifici sul tema dell'equità **sono fondamentali per azioni che prevedono il coinvolgimento della comunità** e verranno ripresi nelle raccomandazioni.

1. Collaborazione

Utile per poter raggiungere risultati e obiettivi nei differenti contesti. Si attiva al meglio con il ricorso a gruppi di lavoro, comitati o forum costituiti da professionisti provenienti da vari enti, ambiti, discipline del settore sanitario o esterni al settore sanitario. La collaborazione dovrebbe, sia in senso verticale che orizzontale, essere integrata a tutti i livelli di progettazione, implementazione e valutazione. Può combinare gli approcci top-down e bottom-up, essere facilitata da una buona comunicazione, dall'impiego dei più rilevanti portatori di interesse - attraverso un approccio partecipativo - e dal concentrarsi sull'equità e la cooperazione. La collaborazione viene intesa come obiettivo sistemico, che pervade e si diffonde il più possibile ad ogni livello della società e delle politiche.

2. Concordanza su finalità e obiettivi

E' fondamentale riservare del tempo per definire responsabilità e ruolo di tutti gli stakeholder di rilievo. Le informazioni e i saperi diventano prioritari per decidere finalità e obiettivi di una politica o di un programma ed il processo migliora, valutando e rivalutando in corso d'opera conoscenze tratte dalla letteratura e dalla pratica, che dovranno suggerire la direzione del-

la politica o del programma su cui si discute e si cerca l'intesa.

Finalità ed obiettivi dovrebbero essere definiti in modo chiaro (per evitare confusione ed aumentare trasparenza e attribuzioni di responsabilità), premiare tutti gli stakeholder importanti (per stimolare senso di appartenenza e coinvolgimento), mentre azioni di sensibilizzazione e consapevolezza su finalità e obiettivi potranno avvalersi di mezzi di comunicazione vari (televisione, radio, giornali, social network).

3. Pianificazione e azione a livello locale

Facilitatore molto importante soprattutto per l'implementazione. Solo chiamando in causa gli stakeholder locali sarà possibile pianificare e agire con attenzione e sensibilità al contesto e garantire una sostenibilità nel tempo ai programmi di promozione della salute. Coinvolgere in modo efficace e cooperativo la comunità locale significa non solo includere, ma conferire empowerment agli stakeholder e ciò per costruire competenze sul territorio e consentire alla comunità, in particolare ai gruppi più svantaggiati, di acquisire una posizione di potere e leadership precoce e durevole. Quanto agli strumenti, meglio non fare affidamento solo su interviste estemporanee, focus group, plenarie, ma includere le voci dei leader locali e dei gruppi più emarginati in tutto l'intero processo di pianificazione, decisione e azione.

4. Leadership

Fattore molto influente per lo sviluppo di politiche e l'implementazione di programmi che collaborano con i governi locali a migliorare la salute pubblica del territorio. Chi riveste un ruolo di leadership, con un impegno indirizzato all'advocacy e al supporto delle finalità e degli obiettivi concordati, accresce le opportunità di

² La revisione esplorativa (scoping review) traccia in modo sistematico una mappa di tutta la letteratura esistente su un determinato ambito di ricerca, ne identifica i concetti chiave, le teorie e i diversi tipi e fonti di evidenze esistenti. Si distingue dalla revisione sistematica perché parte da un quesito di ricerca molto ampio, che rimanda a una letteratura complessa ed eterogenea, i criteri di inclusione sono flessibili e non definiti a priori, non viene prevista una valutazione critica degli articoli inclusi. La mancanza di limiti al tipo di disegno degli studi, come nelle revisioni sistematiche, e l'assenza di una valutazione della loro qualità metodologica, implica la possibile presenza di studi deboli quanto al disegno e alla qualità. Infine la sintesi dei risultati è di natura qualitativa

influenzare positivamente la sanità pubblica.

Un leader esperto e con buone doti di comunicatore, uno stile di leadership democratica, una prospettiva innovativa e visionaria sono elementi favorevoli; altrettanto un leader che è in grado di offrire un robusto supporto amministrativo, potrebbe migliorare le chance di raggiungere gli obiettivi di una politica o programma. Il leader deve essere rappresentativo della comunità, farsi portavoce delle istanze e dei bisogni della comunità e non perseguire i suoi obiettivi personali.

5. Fiducia

Fattore importante soprattutto in fase di implementazione di un programma, anche se spesso non viene prestata sufficiente attenzione a come sviluppare la fiducia in un dato contesto. Tuttavia, il ricorso a relazioni formalizzate dovrebbe essere una priorità, mentre per alimentare e mantenere relazioni di alta qualità, deve prevalere l'attenzione verso il mutuo rispetto, l'equità e la condivisione del potere.

6. Disponibilità di risorse

Tema trasversale comune a vari contesti. Senza risorse appropriate, è arduo conseguire obiettivi e garantire longevità alle azioni. Tra le risorse, la disponibilità finanziaria ha il maggiore peso, sebbene anche il capitale umano rivesta la sua importanza. In numerosi contesti ottenere risorse adeguate e appropriate è difficile, per la competizione ad accedervi e il ruolo prioritario che queste risorse hanno in altri settori. E' una sfida discutere di allocazione di risorse destinate alla promozione della salute. Sembra vantaggioso che progetti e politiche condividano le risorse intorno ad uno o più obiettivi comuni, perché è una modalità per accumulare e disporre di risorse altrimenti difficili da ottenere. Altrettanto

importante per l'acquisizione di risorse è la sollecitudine da parte della politica.

7. Approccio dinamico e flessibile

Sostenibilità ed efficacia di una pianificazione e di una successione di azioni con inizio e fine definiti è fortemente messa in discussione. È preferibile una metodologia ciclica e dinamica, per la sua innata capacità di mutare con il mutare delle circostanze sociali, politiche e ambientali. Inoltre, prevedere una regolare valutazione rende possibile un apprendimento basato sull'esperienza per guidare questo processo.

8. Tempo

L'utilizzo e la visione del tempo sono elementi che possono o meno facilitare azioni di promozione della salute. Quando per pianificare e implementare è adottata una cornice temporale a lungo termine e realistica, si accresce la possibilità di raggiungere obiettivi. Se viceversa prevalgono cornici temporali a breve termine, è difficile misurare risultati tangibili o raggiungerli appieno e questo può generare frustrazione e mancanza di fiducia verso le azioni di promozione della salute negli stakeholder e nei decisori.

9. Staff addestrato

L'opportunità che politiche e programmi raggiungano degli obiettivi aumenta quando i politici e gli stakeholder coinvolti, almeno in teoria, comprendono il loro ruolo di promotori della salute e le competenze necessarie per metterlo in pratica. In termini di implementazione di un programma, ciò implica coinvolgere uno staff opportunamente preparato, prima e durante il programma e assicurarsi che tutti gli stakeholder eminenti comprendano e assumano la responsabilità del proprio ruolo, a favore e a sostegno della salute nella comunità.

Raccomandazioni e suggerimenti per la pratica

Se le revisioni analizzate sottolineano che coinvolgere la comunità ha effetti positivi sulla salute e il benessere di tutta la comunità, comprese le fasce di popolazione più vulnerabili e svantaggiate, **quali sono le indicazioni e i suggerimenti concreti che amministratori, decisori, operatori, associazioni, e chiunque sia implicato in iniziative di coinvolgimento della comunità, devono mettere in atto per realizzare questo coinvolgimento?**

Le Linee guida NICE NG44, 2016, le stesse revisioni precedentemente descritte, studi di va-

lutazione, come ad esempio lo studio Adams EJ et al., 2017, nonché buona parte della letteratura in materia presa in esame, descrivono le possibili condizioni facilitanti e i passaggi da seguire in un processo di coinvolgimento della comunità - quali approcci, quali relazioni e reti, quali risorse - e anche quali vantaggi se ne possono trarre.

I principali **suggerimenti pratico-operativi per facilitare il coinvolgimento della comunità (Tabella 1)**, raccolti e sintetizzati, senza pretesa di esaustività, sono descritti in maniera articolata nelle pagine seguenti.

Tabella 1

Coinvolgere la comunità per una comunità in salute

Cosa si può fare

- *lavorare insieme: comunità locale, associazioni, servizi pubblici,...*
 - *avviare processi di empowerment delle comunità locali, soprattutto delle comunità più svantaggiate*
 - *valutare risultati e impatti che interventi e progetti realizzati da e con la comunità hanno su salute, benessere e disuguaglianze di salute*
 - *documentare e valorizzare risultati e buone prassi*
 - *favorire la ricerca, la progettazione e la valutazione partecipata degli interventi e dei progetti di salute e benessere*
-

Come

- *mettendo a disposizione tempo, competenze e risorse necessari*
 - *mettendo in atto percorsi formativi per gli operatori*
 - *creando e promuovendo reti sociali, sviluppando collaborazioni e partnership sulla base delle esigenze e delle priorità della comunità*
 - *offrendo il giusto sostegno per facilitare il coinvolgimento delle persone*
 - *coinvolgendo i pari e/o i membri della comunità*
-

Quali benefici

- *per la comunità*
- *per gli operatori dei servizi, per i ricercatori*
- *per i decisori*

Cosa si può fare

Comunità, enti e servizi pubblici, associazioni, aziende del territorio devono **lavorare insieme** per progettare e realizzare interventi e progetti di salute e benessere anche volti a diminuire le disuguaglianze di salute. Devono **costruire una relazione di fiducia reciproca**, di **impegno**, di **leadership**, di **messa a disposizione di risorse e competenze**, promuovendo un coinvolgimento sostenibile della comunità.

La comunità deve diventare parte integrante delle iniziative di salute e di benessere.

In particolare:

- **mettere a disposizione tempo e mezzi** per conoscersi, fare rete e sviluppare collaborazioni, individuare le risorse necessarie - strumentali, economiche, umane - per creare partnership e realizzare interventi/progetti, realizzare percorsi formativi,...

- mettere in atto processi che 'rendono facile' il **coinvolgimento delle persone** e lo **sviluppo di comunità**

- prestare particolare **attenzione al coinvolgimento delle comunità più a rischio di disuguaglianze di salute** per ragioni socio-economiche, culturali, ambientali

- **attuare e valutare interventi e progetti**. Nel definire l'impianto progettuale degli interventi e dei progetti, dovrebbero essere descritte le componenti-chiave da tener presente nella fase di attuazione e valutazione sul territorio, perché la realizzazione dell'intervento e del progetto sia flessibile ovvero adattata al contesto, ai bisogni e ai processi locali

- **valutare risultati e impatti** che interventi e progetti realizzati **da e con** la comunità hanno su salute, benessere e disuguaglianze di salute

- **documentare e valorizzare risultati, buone prassi** e ciò che si è appreso di 'nuovo' su come coinvolgere la comunità in interventi e progetti di salute e benessere

- **favorire la ricerca, la progettazione e la valutazione partecipata degli interventi e dei progetti di salute e benessere**. La comunità individua e concorda le priorità su cui agire (bisogni, esigenze,...), i relativi obiettivi, gli ostacoli e le spinte favorevoli al raggiungimento degli stessi obiettivi. In questo modo le azioni messe in atto potranno riflettere ciò che è realmente rilevante per la comunità e i suoi membri.

Come

Quali strategie, quali azioni mettere in atto per lavorare insieme comunità, enti e servizi pubblici e privati del territorio:

- **mettere a disposizione tempo, competenze e risorse necessari** per:

- **conoscere la comunità** attraverso l'ascolto e la comprensione della 'storia' del contesto locale. Interagire con la comunità aiuta a comprendere i dati statistici, demografici e a calarli nel contesto specifico, a individuare meglio bisogni, esigenze, risorse necessarie

- **costruire reti**

- **individuare le risorse** strumentali (ad esempio spazi comuni), economiche (fonti di finanziamento ad esempio progetti nazionali e/o europei), umane (professionisti, volontari,...) necessarie per garantire il buon funzionamento e la sostenibilità degli interventi e dei progetti

- **realizzare percorsi formativi** specifici per i membri della comunità, ad esempio per diventare community health champions³, o

³ Volontari che contribuiscono con attività di formazione e sostegno a migliorare la salute e il benessere della comunità motivando e responsabilizzando le persone, creando gruppi, sostenendo le persone nell'accedere ai servizi

sui temi dello sviluppo di comunità (cambiamento e sviluppi organizzativi, uso dei social, ricerca partecipata e valutazione,...)

- **mettere in atto percorsi formativi per gli operatori**, per coinvolgere uno staff opportunamente preparato, prima e durante l'intervento/progetto

- **creare e promuovere reti sociali**, sviluppare **collaborazioni e partnership**, adottando approcci efficaci (Box 2) per:

- **facilitare lo scambio e la condivisione** di informazioni e idee in particolare sulle priorità della comunità, sui differenti punti di vista e valori culturali. I bisogni della comunità devono emergere dalla comunità stessa

- **riconoscere, condividere e valorizzare** conoscenze, competenze ed esperienze di tutti i partner, in particolare di quelli provenienti dalla comunità locale

- **incoraggiare la comunità locale a partecipare a interventi e progetti** fin dalla loro progettazione

- **fare chiarezza, nel coinvolgimento dei differenti attori**, su: obiettivi, ruoli, capacità, disponibilità ad offrire il proprio contributo

- **offrire il giusto sostegno per facilitare il coinvolgimento delle persone e renderlo il più semplice possibile:**

- **integrare i bisogni provenienti direttamente dalla comunità con gli obiettivi dei progetti/programmi guidati dalle istituzioni.** Per ottenere questo risultato, il processo di empowerment può essere considerato come un percorso parallelo, che affianca il progetto/programma di salute pubblica. La sfida consiste nel mantenere un collegamento tra i due percorsi in modo che i bisogni che pro-

vengono 'dal basso' siano recepiti e integrati nei percorsi di salute pubblica. In questo modo si affrontano, e si trovano delle soluzioni alle tensioni tipiche del confronto fra approcci bottom-up e top-down

- **individuare gli ostacoli** che impediscono il coinvolgimento e proporre attività 'accessibili' a tutti prevedendo, ad esempio, se necessario, mediatori culturali, servizi di supporto adeguati - di accudimento e/o di cura - per facilitare la partecipazione delle persone che hanno responsabilità e impegni familiari, sedi di ritrovo e servizi accessibili per le persone con disabilità

- **individuare le strategie di comunicazione** più adatte per suscitare interesse e facilitare il coinvolgimento come, per esempio, produrre, in tempi utili, materiali a scopo promozionale per far conoscere iniziative che si organizzeranno per incontrare e coinvolgere la comunità

- **adottare un linguaggio chiaro e semplice**

- **essere disponibili** all'incontro, al confronto, al lavoro di gruppo

- **decidere in modo collettivo**

- **restituire regolarmente dei feedback su ciò che è stato fatto e accade.** Prevedere comunicazioni attraverso i canali più funzionali, momenti di incontro (riunioni, eventi,...). Aspettando i cambiamenti attesi dal lavoro partecipato, si possono attuare attività complementari, per aumentare le conoscenze e la consapevolezza sui benefici di fattori protettivi per la salute e il benessere. Tutto ciò contribuisce a rassicurare su cosa si sta facendo, a dividerlo e a valorizzarlo.

- **coinvolgere i pari e/o i membri della comunità⁴ per rappresentare esigenze e priorità locali:**

- **individuare** nella comunità e nelle associazioni **le persone che possono rappresentare i bisogni e le priorità della comunità stessa** e coinvolgerle in ogni processo immaginandosi anche i ruoli che potrebbero ricoprire

- **realizzare interventi di formazione** per i pari, per far sì che possano supportare a loro volta, a cascata, gli altri membri della comunità e per raggiungere più facilmente i gruppi emarginati o ‘vulnerabili’ e aiutarli a farsi coinvolgere - come, ad esempio, i già citati percorsi formativi per diventare community health champions -

- **coinvolgere** i volontari, membri della comunità, nell’ambito sanitario, **per l’organizzazione e l’erogazione dei servizi e delle attività**

- prendere in considerazione la possibilità di fornire dei **riconoscimenti formali** ai pari per il loro contributo, come ad esempio l’opportunità di accedere a programmi di formazione accreditati spendibili nel proprio curriculum professionale.

Box 2.

Approcci efficaci per sviluppare collaborazioni e partnership

- **asset-based.** Questo approccio si basa sull’individuare e valorizzare le risorse - conoscenze, competenze, relazioni sociali,...- che le persone posseggono, per rafforzare i punti di forza e le capacità delle comunità locali a cui appartengono

- **sviluppo di comunità** per sostenere le comunità locali nell’individuare i loro bisogni, le cause dei loro problemi di salute e come contrastarli

- **ricerca partecipata** per conoscere a fondo le comunità locali con cui si sta lavorando (caratteristiche peculiari, contesto, attori, problemi, risorse,...) e mettere in rete eventuali interventi e progetti analoghi, già in atto

- **iniziative area-based.** Questo approccio prevede di lavorare con le comunità di aree specifiche - ad esempio i quartieri - per migliorare la salute e l’istruzione, per sostenere la rigenerazione e lo sviluppo urbano, contrastando così lo svantaggio sociale e/o economico

- **co-produzione.** Con questo approccio enti pubblici e comunità partecipano in una posizione paritaria alla progettazione e all’erogazione di interventi e progetti riguardanti la salute e il benessere. In questo modo, alle persone che utilizzano i servizi si riconoscono conoscenze ed esperienze che possono essere utili per migliorare l’offerta e l’efficacia dei servizi, nonché la loro fruibilità da parte di tutti i membri della comunità.

⁴ Cfr. Nota 1

Quali benefici

- **per la comunità** che può sviluppare/acquisire conoscenze e competenze e 'aumentare' quei fattori (livello di empowerment, fiducia, autostima,...) che contribuiscono a migliorare salute e benessere e a ridurre le disuguaglianze
- **per gli operatori dei servizi, per i ricercatori** che relazionandosi con la comunità possono trarre beneficio dall' 'apprendimento' reciproco in termini di conoscenze e competenze e di sviluppo di nuove ricerche e interventi
- **per i decisori** che possono mettere in atto politiche condivise e intersettoriali, più efficaci e sostenibili nel raggiungere obiettivi di salute e benessere e di riduzione delle disuguaglianze.

Bibliografia

Adams 2017

Adams EJ et al. Evaluation of the implementation of an intervention to improve the street environment and promote walking for transport in deprived neighbourhoods. *BMC Public Health* (2017), 17: 655.

Anderson 2015

Anderson LM, Adeney KL, Shinn C, Safranek S, Buckner-Brown J, Krause LK. Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6.

Laverack 2016

Laverack G, Public Health. *Power, Empowerment and Professional Practice*. Palgrave Macmillan, 2016

Marmot Review Team 2010

Marmot Review Team: *Fair society, healthy lives: the Marmot Review*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. London, 2010. <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>

NICE 2016

NICE Guidelines (NG44). *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. NICE, 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/communityengagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-pdf-1837452829381>

O'Mara-Eves 2015

O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, McDaid D, et al. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2015; 15: 129.

O'Mara-Eves 2013

O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Res* 2013; 1(4).

Popay 2007

Popay J, Attree P, Hornby D, Milton B, Whitehead M, French B, et al. Community Engagement in Initiatives Addressing the Wider Social Determinants of Health: A rapid review of evidence on impact, experience and process. In Lancaster: University of Lancaster, 2007.

South 2010

South J, Meah A, Bagnall A, Kinsella K, Branney P. People in public health: a study of approaches to develop and support people in public health roles. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. London: Queen's Printer and Controller of HMSO, 2010.

Wallerstein 2006

Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promot Pract*. 2006; 7(3): 312-23.

Weiss 2016

Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health* 2016; 16: 140.