

EMPOWERMENT DI COMUNITÀ: GLI ORIENTAMENTI IN REGIONE EMILIA ROMAGNA

68

i Quaderni di **MORJIOR**

di *Maria Augusta Nicoli**, *Marco Biocca**, *Antonio Brambilla***, *Sara Capizzi**, *Bianca Maria Carlozzo**, *Anna Marcon****, *Francesca Terri**

*Agenzia sanitaria e sociale regionale Regione Emilia Romagna

**Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Direzione Sanità e Politiche Sociali

***Dottore di ricerca in psicologia sociale

A livello comunitario si parla di empowerment quando si fa riferimento all'attivazione dei cittadini in relazione alle strutture sociopolitiche e allo sviluppo delle loro capacità di incidere sulle trasformazioni sociali (Perkins & Zimmerman, 1995) (cfr. Dallago, 2006).

La prospettiva che qui assumiamo è pertanto quella della comunità locale, soffermandoci sulle modalità che questa ha a disposizione per prendersi cura dei problemi che la coinvolgono.

Detto in altri termini, il compito o, se si preferisce, la sfida è quella di realizzare una "comunità competente" (Nicoli e Zani, 1998).

Una comunità è definita competente quando le persone e i gruppi che la compongono:

- a) possiedono le conoscenze adeguate sui problemi e su come e dove reperire le risorse per affrontarli;
- b) sono motivati ad agire e hanno fiducia nelle proprie capacità (autostima);
- c) hanno potere, inteso come repertorio di possibilità e di alternative considerate valide per intervenire.

Le strategie di sviluppo di comunità assumono che la comunità abbia in sé le conoscenze, le risorse e il potenziale organizzativo e di leadership per realizzare un cambiamento costruttivo a livello comunitario. Gli obiettivi di tali strategie

sono perciò indirizzati a:

- creare un senso di coesione sociale;
- sensibilizzare i cittadini sulle problematiche più rilevanti della comunità e a proporre mete comuni di azione;
- utilizzare le competenze dei professionisti ed esperti per sostenere ed incrementare la partecipazione, la cooperazione, le esperienze di auto mutuo aiuto;
- promuovere le capacità dei responsabili locali e dei leader informali;
- contribuire al coordinamento tra i servizi, i movimenti di opinione e i gruppi sociali.

Interessanti sono le definizioni date dagli autori che più di altri costituiscono punto di riferimento nella letteratura di questo settore.

Tra i primi figurano Iscoe e Harrison (1984), che identificano tre fattori alla base di comunità da loro definiti competenti:

- a) il potere di generare opportunità ed alternative;
- b) la coscienza di come ottenere risorse di vario genere, cioè la presenza di strumenti necessari per risolvere un problema;
- c) l'autostima che si evidenzia in termini di orgoglio, ottimismo e motivazione.

Zimmerman (2000) evidenzia che *una comunità è empowered* se prevede spazi adeguati affinché i singoli possano esprimere le loro competenze, eser-

citare le diverse forme di controllo e accedere liberamente alle risorse esistenti (dimensione del controllo). In aggiunta, dovrebbe essere capace di riflettere sui problemi sociali e politici esistenti, di identificare le necessità, stabilire gli obiettivi e identificare le strategie per raggiungerli (dimensione della consapevolezza critica). Ciò è possibile solo in presenza di una struttura di governo partecipativa, che accetta e rispetta le diversità, favorisce lo scambio e il confronto tra i cittadini e lo sviluppo di coalizioni e reti tra le diverse organizzazioni e agenzie del territorio (dimensione partecipativa).

Una comunità può divenire empowered grazie ad interventi che attraverso forme diverse, come l'educazione civica, favoriscano la partecipazione dei cittadini all'analisi dei problemi esistenti, ai processi di problem solving e alle conseguenti iniziative intraprese per garantire il rispetto della democrazia e dei diritti civili. Attraverso queste diverse azioni si auspica che una comunità acquisisca maggior controllo, maggior comprensione critica e partecipazione effettiva.

Da tale concettualizzazione diversi sociologi hanno preso una certa distanza (cfr Laverack, 2001) in quanto ritengono che sia difficile renderla operativa. Come risposta, hanno proposto 9 domini operativi: partecipazione, leadership, strutture organizzative, valutazione dei bisogni e dei problemi, mobilitazione delle risorse, chiedersi il perché, legami con persone e organizzazioni, agenti esterni, gestione dei progetti.

Tali domini possono essere definiti come aree di influenza che portano gli individui o i gruppi ad organizzarsi e mobilitarsi verso dei cambiamenti sociali e politici (Jackson, Mitchell, & Wright, 1989; Labonte, 1990; Laverack, 2001, 2006). Essi forniscono una guida per gli operatori definendo delle aree specifiche sulle quali agire per promuovere l'empowerment di comunità.

È solo agendo su questi nove domini operativi che secondo Laverack si agisce nell'ottica della promozione dell'empowerment della comunità. Un aspetto significativo che è stato ripreso più

recentemente si riferisce agli interventi volti ad incrementare il senso di comunità, intendendo con ciò un dato soggettivo basato sulla percezione della qualità delle relazioni interpersonali all'interno di un contesto specifico, sul riconoscimento della interdipendenza con gli altri, sulla disponibilità a mantenere questa interdipendenza offrendo o facendo per gli altri ciò che ci si aspetta da loro. Accrescere il senso di comunità porta i membri a saper affrontare eventi importanti, sviluppando solidarietà di fronte ai pericoli e alle difficoltà, in alcuni casi incrementando anche forme di controllo sociale alternative a quelle tradizionali.

In questa ottica i problemi sociali, variamente connotati (svantaggio culturale, disagio psichico, emarginazione) non sono più considerati di pertinenza esclusiva dei professionisti/tecnici, ma vengono ridefiniti come responsabilità dell'intera comunità.

GLI ORIENTAMENTI REGIONALI: LA COMUNITÀ "AL CENTRO"

Nel Piano sociale e sanitario 2008-2010 il richiamo alla comunità come punto di riferimento delle policy è costantemente presente. Tale richiamo può essere ricondotto a due necessità di fondo.

In primo luogo c'è la necessità di ricomporre la contrapposizione di processi che vedono da una parte il sistema sanitario che rafforza i criteri di selettività e quindi di contenimento dell'azione di cura/assistenza, dall'altra il sistema informale di cura che è fortemente compromesso dalle trasformazioni socio-economiche in atto e dall'affievolirsi delle reti sociali che fungevano da sostegno sociale comunitario. Paradossalmente in un'epoca di maggiore "bisogno" (si sta andando verso un incremento delle patologie croniche) il sistema formale delle cure "restringe ed affina" i propri ambiti di intervento e il sistema informale è sempre più carente di risorse proprie per far fronte alle nuove emergenze di cura e di assistenza (Nicoli, 2003). Come rileva in un recen-

te articolo Hunter D.J. (2008) “*Health needs more than health care*”, ovvero la consueta lettura in chiave individuale dei bisogni di salute va oggi rivista e soprattutto si dovrebbe aprire un dialogo serrato nella comunità, per ri-negoziare le forme della cura e promuovere nuove forme di presa in carico, a partire dalle specificità e complessità della contemporaneità. A questo proposito, come sostenuto in un precedente contributo (Nicoli, Cinotti, 2008), le diverse forme che un’organizzazione sanitaria mette in campo per ascoltare i cittadini sono fondamentali se costituiscono momento di apprendimento per la stessa organizzazione, se rappresentano percorsi per “imparare a pensare nell’organizzazione” (Fabri, 1998).

In definitiva, attivare percorsi di partecipazione, di coinvolgimento e di ascolto dell’altro, in questo caso del cittadino rispetto all’organizzazione, diventa vitale per le sfide che ci attendono: in generale rispetto alla definizione delle politiche (quali dovrebbero essere i nuovi patti di solidarietà, di integrazione tra sistemi formali ed informali ecc.) ed, in particolare, alla programmazione dei servizi.

Per poter comunque attivare tali percorsi occorre aver chiaro che si tratta di processi in cui è bene attrezzarsi per reggere il conflitto, la discussione aperta con l’altro, per creare le condizioni o meglio gli spazi in cui il rapporto di fiducia reciproco può consentire il dialogo e il confronto. In secondo luogo vi è la necessità di superare il carattere di occasionalità che ha caratterizzato l’e-

sperienza in questi anni, andando verso l’identificazione di luoghi-forme dell’interazione tra istituzioni e cittadini, a carattere permanente (Pellegrino, 2009). La sfida è quella di ideare tali “forme e luoghi”, per collocare (e integrare, sostituendoli) tutti i micro progetti di ‘comunicazione’, di ‘ascolto’, di ‘co-progettazione’ tra istituzioni e cittadini che oggi stanno prendendo spazio crescente nelle scuole e nei servizi (una vera e propria moda) conservando però un *carattere di “spot”*, senza incrementare davvero il capitale sociale della comunità, la sua capacità di vedersi nell’insieme e di definirsi come ‘interazione tra parti-gruppi’.

In altre parole, gli indirizzi progettuali dovrebbero con forza virare da una impostazione che considera la comunità come “bacino di utenza” ad una visione della comunità come “attore sociale”.

In questa ottica, sono state prese in considerazione, all’interno del progetto promosso da Agenas, iniziative che avessero più di altre le caratteristiche riportate in tabella 1.

In particolare, le azioni identificate e realizzate a livello regionale in ambito sanitario sono riconducibili a due tipologie di azione:

■ *azioni di advocacy*: fare ascoltare la propria voce in contesti di condivisione che presuppongono partecipazione attiva di cittadini, professionisti, al fine di realizzare un progetto o una mission, come ad esempio i movimenti di difesa, pressione e stimolo dei diritti del malato verso le istituzioni sanitarie, oppure le reti di ospedali che cooperano per realizzare e im-

TABELLA 1 - Elementi che caratterizzano un orientamento di comunità come “bacino di utenza” versus un orientamento di comunità come “attore sociale”

comunità come bacino di utenza	vs	comunità come attore sociale
• Bisogno/problema		• Risorsa/capacità
• riceve/consuma		• agisce/partecipa
• popolazione come utenza		• popolazione come insieme di cittadini attivi
• il centro è il servizio		• il centro è la comunità
• potere come potere d’acquisto		• potere come potere di produzione
• dipendenza/passività		• autonomia/autodetermina
• non responsabilità		• responsabilità
• identità eterodefinita		• identità autodefinita

plementare pratiche di umanizzazione dell'assistenza;

- *partecipazione al governo locale della comunità*: creazione di spazi pubblici di prossimità che, attraverso processi/strumenti di governo locale capaci di coinvolgere i cittadini e le organizzazioni, partecipino alle scelte in merito a problemi, bisogni, domande di salute, come ad esempio i Patti di solidarietà o Forum di cittadini, o a specifiche fasi di programmazione, come ad esempio i Piani per la Salute.

EMPOWERMENT “DI COMUNITÀ”

Nel rapporto curato dall'Oms¹ *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* si evince che le iniziative di empowerment possono accrescere gli esiti in termini di salute e che l'empowerment costituisce una strategia fondamentale per un sistema di sanità pubblica.

Storicamente, la Regione Emilia Romagna ha fortemente sostenuto azioni e buone pratiche improntate all'empowerment e, nella fase attuale, gli organismi regionali stanno compiendo un notevole sforzo nella direzione di portare a sistema l'esperienza acquisita affinando anche gli strumenti di valutazione e monitoraggio, ponendosi il problema e l'ambizione dell'esportabilità di un modello di programmazione partecipativa che ha l'obiettivo di sviluppare competenze nei cittadini. Nella programmazione regionale l'empowerment costituisce uno strumento e al tempo stesso un fine della promozione della salute.

I processi partecipativi sono sicuramente alla base dell'empowerment di comunità, ma la partecipazione da sola è insufficiente se le strategie che si utilizzano non riescono a promuovere quelle capacità che permettono alle comunità, alle organizzazioni e agli individui di prendere decisio-

ni sulle questioni che li riguardano. In particolare, negli ultimi anni, le politiche regionali di governo in ambito sociale e sanitario si sono, quindi, sviluppate secondo criteri che promuovono e sostengono ambiti decisionali e di programmazione condivisi tra decisori/operatori e rappresentanti delle parti sociali/cittadini, nella convinzione che tali ambiti, opportunamente gestiti dagli operatori/dirigenti coinvolti, costituiscano il momento in cui le capacità critiche e decisionali delle comunità possano adeguatamente svilupparsi.

Tale percorso, sostenuto da specifici organismi di rappresentanza e specifici momenti di confronto su tematiche sociali e sanitarie, tende a sviluppare le competenze necessarie per lo sviluppo di un empowerment di comunità.

In questa prospettiva, risultano particolarmente rilevanti gli orientamenti sanitari che pongono in primo piano la necessità di passare da una programmazione centrata sulle “prestazioni” ad una basata su obiettivi di salute da raggiungere.

Si amplia, pertanto, il fronte di coinvolgimento ai programmi di politica sanitaria, anche ai non professionisti del settore, ma soprattutto si condividono e si perseguono obiettivi di salute che ogni attore sociale contribuisce a realizzare. Esempio rispetto alle forme innovative di coinvolgimento dei cittadini² è l'esperienza maturata attraverso i Piani per la Salute³ (o anche nei Piani di Zona). L'idea che li caratterizza e che viene qui mutuata dai recenti studi sull'economia solidale è quella di individuare strategie di intervento a partire dalla creazione di “luoghi pubblici di prossimità” (Laville, 1998) quali spazi per la discussione e la condivisione delle soluzioni dei problemi che quello specifico territorio presenta.

Si sono attivati, di fatto, laboratori dove è possibile sperimentare la capacità di integrare un'a-

1 Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, December 2007).

2 Nelle esperienze maturate in questi anni sia a livello internazionale sia a livello locale si assiste ad una oscillazione di forme che sono rappresentate dalla seguente polarità: forme tradizionali di ascolto basate sulla rilevazione di opinioni, preferenze; forme innovative nella tradizione della democrazia deliberativa.

3 L'esperienza dei Piani per la salute è stata dettagliatamente descritta in “Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute. I Piani per la salute in Emilia-Romagna 2000-2004” a cura di M. Biocca, Franco Angeli, 2006.

zione sociale ampia con l'azione specifica delle agenzie preposte alla risposta sanitaria. I diversi attori sociali sono impegnati a ridefinire un nuovo equilibrio negoziale e relazionale, dove dovranno essere esplicitate, in un'ottica di partecipazione, le azioni tese alla promozione della salute (Capizzi e Nicoli, 2006; Nicoli, Capizzi, Perino, Cipolla, 2006).

Un piano per la salute (Pps) è infatti definito come “un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria”. Esso richiede quindi il coinvolgimento più vasto possibile, il rafforzamento delle alleanze esistenti e la creazione di nuove. Il Pps costituisce il Patto locale di solidarietà per la salute.

L'esperienza maturata attraverso i Piani per la salute ha messo in luce⁴ la necessità di rendere più forte quei “domini” di “infrastruttura”, secondo la concettualizzazione di Laverack, che possono sostenere i processi di partecipazione comunitaria. I “domini infrastrutturali” che la Regione Emilia Romagna si è data per lo sviluppo dell'empowerment della comunità dei cittadini rientrano nella *nuova programmazione integrata* derivante dal Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, che vede i diversi attori del sistema contribuire alla definizione e monitoraggio degli obiettivi di salute individuati nelle singole province e distretti. Nel Pps, per il conseguimento del benessere dei cittadini della regione, si promuovono interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzata, private ecc.) ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, for-

mative, occupazionali e culturali.

È evidente che tali indirizzi necessitano di un forte e complesso coinvolgimento di tutti gli operatori e i cittadini nelle forme delle loro rappresentanze nei diversi livelli istituzionali (Eell, Ctts, Comitati di Distretto) e nelle differenti rappresentanze delle parti sociali.

NON È SOLO UNA QUESTIONE DI STRUMENTI, MA...

Nonostante non manchino le condizioni per un avvio dei processi di empowerment di comunità si rileva una difficoltà legata ad un permanere di distanza tra le istituzioni e la collettività, allontanando sempre più il riconoscimento reciproco e il senso di appartenenza alla comunità locale di riferimento. Elementi che sono essenziali per una responsabilità sociale e per una effettiva presa in carico comunitaria delle questioni che caratterizzano uno specifico territorio.

Con questa consapevolezza, l'indicazione da assumere è quella di orientare gli interventi verso forme di “capitalizzazione comunitaria” imperniata sulle capacità di elaborare domande che possano riattivare un pensiero collettivo. Solo agendo verso obiettivi generatori di forme identitarie caratterizzate dal senso di appartenenza che evoca il “noi”, si riducono le derive di appartenenze identitarie individuali.

Su questa base si stanno promuovendo in diversi contesti territoriali regionali⁵ iniziative tese a ricollocare alcune domande, solitamente poste come espressione di una comunità vista come bacino di utenza (bisogni/problema) anziché vista come attore sociale (risorse/capacità). Ad esempio il tema della nascita o del dolore può essere declinato diversamente, a seconda di quale delle due prospettive si assume.

Si è inoltre innescato, a livello locale, un processo di “tutoraggio” delle iniziative promosse al fi-

4 Si veda l'analisi condotta sui processi partecipativi all'interno dell'esperienza dei Piani per la salute in Capizzi e Nicoli, 2006; Nicoli, Capizzi, Perino, Cipolla, 2006.

5 Nel Documento curato da Ervet nel 2009 sono raccolte le diverse iniziative realizzate in Regione Emilia Romagna per contribuire a realizzare un Osservatorio Regionale sulla Partecipazione. Tra queste figurano quelle censite all'interno del progetto curato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come sviluppo locale del progetto nazionale coordinato da Agenas (ERVET Rappresentanza e Partecipazione, Bologna, Rapporto Dicembre 2009).

ne di costituire competenze in grado di gestire i processi e prendersi cura anche dei “beni relazionali prodotti”.

Una riflessione va fatta inoltre sugli strumenti o tecniche. Queste non costituiscono di per sé il successo di una iniziativa partecipativa. Paradossalmente alcuni di questi strumenti amplificano un *modus operandi* che ancora sempre più le scelte alle decisioni individuali.

L'idea di fondo è quindi quella di utilizzare strumenti/tecniche orientate all'acquisizione di capacità nell'elaborare e decidere collettivamente, favorendo la consapevolezza che il problema che si è posto ha senso e può essere affrontato solo in una ottica di presa in carico comunitaria.

In particolare sono in corso alcuni interventi comunitari in cui vengono utilizzati alcuni strumenti quali l'Open Space Technology e il Teatro dell'Oppresso in relazione ad interrogativi collegati alla nascita, al dolore, al lutto e al dono. Tali interrogativi sono collocati nella quotidianità dei

percorsi biografici delle persone e dei molteplici scenari di cura delineati all'interno dei processi sociali di una comunità.

Per vari motivi, il valore che possono avere i processi decisionali collettivi discende dal legame che creano tra gli individui e dall'espressione che ciascuno riceve di contare agli occhi di tutti sin dal momento in cui partecipa. Le persone hanno in effetti bisogno di sapere di prender parte alle cose, sapere che le cose dipendono dalla loro energia e abilità.

Come riportato da Moscovici e Doise (1992), Lévi-Bruhl osserva:

“Non si danno prima gli uomini e poi la loro partecipazione. Perché possano essere dati, perché possano esistere, c'è già bisogno di partecipazione. Una partecipazione non è soltanto una fusione, misteriosa e inesplicabile, di esseri che al tempo stesso perdono e conservano la propria identità. Essa entra nella costituzione stessa di questi esseri: senza partecipazione, non sarebbero dati nella loro esperienza, non esisterebbero”.

BIBLIOGRAFIA

- Capizzi S., Nicoli M.A. (2006), *La partecipazione come costruzione sociale: incontri con i protagonisti*, in Biocca M. (a cura di), *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute*, Franco Angeli, Milano, pp.98-117.
- Dallago L. (2006), *Che cos'è l'empowerment*, Carocci, Roma.
- Fabbri D. (1998), *Imparare a pensare nelle organizzazioni*, in Demetrio D., Fabbri D., Gherardi S., *Apprendere nelle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- Iscoe I., Harris L.C. (1984), *Social and community interventions*, in *Annu Rev Psychol.*, 35: 333-60.
- Hunter D.J. (2008), *Health needs more than health care: the need for a new paradigm*, in *The European Journal of Public Health*, 18 (3), 217-219.
- Jackson T., Mitchell S., Wright M. (1989), *The community development continuum*, in *Community Health Studies*, 8, 66-73.
- Labonte R. (1990), *Empowerment: Notes on professional and community dimensions*, in *Canadian Review of Social Policy*, 26, 64-75.
- Laverack G. (2001), *An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment*, in *Community Development Journal*, 36, 40-52.
- Laverack G. (2006), *Using a “domains” approach to build community empowerment*, in *Community Development Journal*, 4, 4-12.
- Moscovici S., Doise W. (1991), *Dissensi e Consensi*, Il Mulino, Bologna.
- Nicoli M.A. (2003), *I cittadini tra i processi di selettività delle cure e coinvolgimento delle comunità: problemi e prospettive*, in *Animazione Sociale*, 8/9, pp.22-30.
- Nicoli M.A., Capizzi S., Perino A., Cipolla C., *Sulle tracce di una metodologia sociale appresa collettivamente*, in Biocca M. (a cura di), *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute*, FrancoAngeli, Milano, pp.118-151.
- Nicoli M.A., Cinotti R. (2008), *Lo studio della qualità percepita come momento di ascolto*, in *Studi Zancan*, anno IX, 1, 41-54.
- Nicoli M.A., Zani B. (1998), *Mal di psiche. La percezione sociale del disagio mentale*, Carrocci, Roma.
- Pellegrino V. (2009), *Progettazione partecipata per la valutazione e il miglioramento dei servizi*, intervento al Laboratorio Empowerment dei cittadini e delle comunità, Bologna, 23 giugno 2009.
- Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf> , December 2007).
- Zimmerman M.A. (2000), *Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis*, in Rappaport J., Seidman E., eds, *Handbook of community psychology*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 43-63.