



#CommunityLab “Un Futuro Piano per la Promozione della Salute”



Community Lab
metodologia per innovare
la Pubblica amministrazione
e agire processi collettivi

#CommunityLab

“Un Futuro Piano per la Promozione della Salute”



Community Lab
metodologia per innovare
la Pubblica amministrazione
e agire processi collettivi

Redazione del documento a cura di:

Maria Augusta Nicoli, Luigi Palestini, Giovanni Ragazzi, Vanessa Vivoli, Giorgio Chiaranda, Simona Ferlini, Ilaria Saguatti

Hanno collaborato:

Regione Emilia-Romagna

Paola Angelini, Mara Bernardini e Marina Fridel, Servizio Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Adriana Giannini, già Servizio Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Bruna Borgini, Servizio Assistenza territoriale

Aziende Unità Sanitarie Locali

AUSL di Piacenza

Adonella Visconti

Alessandro Baggio

Anna Buonaditta

Anna Maria Andena

Annalisa Albertini

Antonio Valdatta

Canio Vertone

Chiara Dall'Aglio

Chiara Milani

Clarissa Concarini

Corrado Cappa

Costanza Ceda

Cristina Castagnetti

Cristina Sartori

Dario Signorelli

Elena Cammi

Elisabetta Ghigini

Emanuele Soressi

Enrico Giarola

Federica Chiappa

Federica Parma

Flavio Dellacroce

Gaetano Cosentino

Giovanna Cammi

Giovanni Ferrari

Giovanni Scarani

Giuliana Masera

Giuseppe Campo

Giuseppe Magistrali

Laura Capodici

Lidia Frazzei

Loretta Schiaffonati

Luigi Tirota

Marco Burzi

Maria Cristina Parrillo

Maria Grazia Veneziani

Maria Rita Prazzoli

Maria Rosa Copelli

Maria Rosa Sturaro

Mario Azzali

Martina Croci

Milena Ziliani

Mirella Gubellini

Monica Baiguera

Paola Castellana

Paola Vanghi

Paola Camia

Paola Capra

Paola Orsi

Paola Tosetti

Raffaele Maggi

Raffaella Fontanesi

Rossana Ferrante

Rossana Panelli

Silvia Santacroce

Silvio Anelli

Sofia Bacciu

Viviana Costantino

AUSL di Parma

Sandra Vattini

AUSL di Reggio Emilia

Emanuela Bedeschi

Marco Tamelli

AUSL di Modena

Claudia Baccolini

Massimo Brunetti

Giuliano Carrozzini

Davide Ferrari

Luca Gelati

AUSL di Bologna

Gerardo Astorino

Marco Bartolomei

Pasquale Ciccarelli

Vincenzo D'Elia

Gaetana De Angelis

(Scuola)

Mauro Di Bitetto

Paola Furlini

Danila Guidi

Maurizio Liberti

Paolo Pandolfi

Davide Rambaldi

Sabrina Sessa

(Comune di Bologna)

Luana Vall

AUSL di Ferrara

Aldo De Togni

Antonio Di Giorgio

Roberta Carfora

Gloria Pocaterra

Sabina Tassinari

(Comune di Ferrara)

Antonella Beccati

Daniela Mistrone

AUSL della Romagna

Mauro Palazzi

Antonella Brunelli

Marzia Pirini

Katia Casadei

Marcella Lombardi

Sabrina Guidi

Vladimir Radulovic

Chiara Casadei

Immagini: Alessandro Bonaccorsi, Visual Thinker

Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna

Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli e Barbara Domenicali, Regione Emilia-Romagna

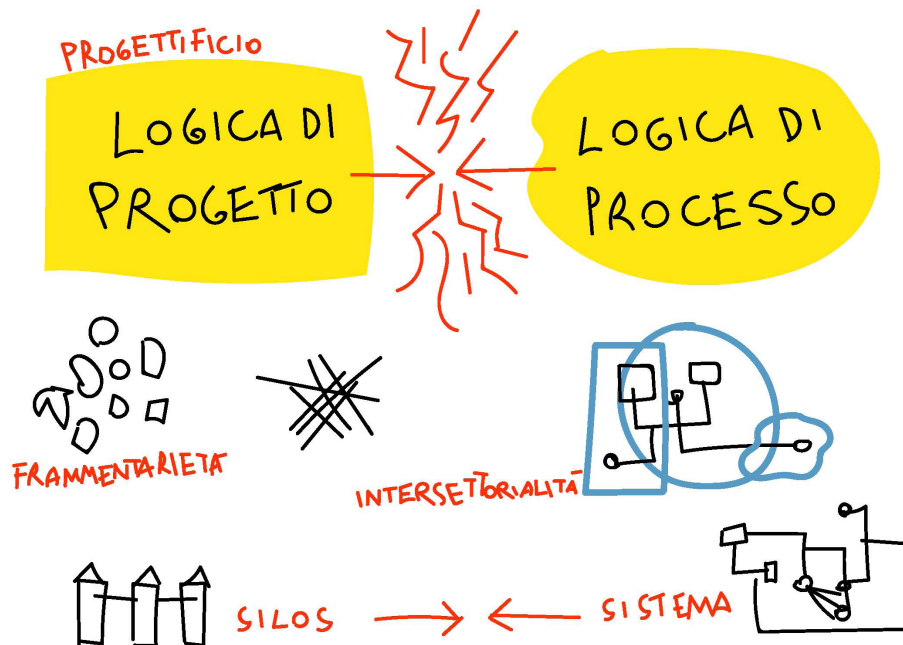
Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, marzo 2021

INDICE

INTRODUZIONE	7
IL PERCORSO DI LAVORO: L'APPROCCIO/COMMUNITY LAB	8
GLI ORIENTAMENTI E LO SVILUPPO PER LA PROMOZIONE ALLA SALUTE	11
1° Asse: FACILITAZIONE	12
2° Asse: SCONFINAMENTO	15
3° Asse: SOSTENIBILITÀ DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI	20
4° Asse: ACCOUNTABILITY	23
LA GOVERNANCE DEI PROCESSI	25
<i>L'emergenza COVID-19</i>	26
Riferimenti bibliografici	29

INTRODUZIONE

Il presente documento è il risultato di un percorso di riflessione, condivisione ed elaborazione sul tema della promozione della salute che parte dalla lettura di alcuni elementi di criticità che caratterizzano le azioni di prevenzione messe in atto dal sistema dei servizi. La logica di tali azioni si sviluppa in molti casi per 'silos' di intervento compartimentati e/o con modalità legate a singoli progetti, il che porta ad alcuni fenomeni quali frammentazione, deriva specialistica sanitaria, carenze di alcune componenti (ad es. quella educativo/pedagogica). Mettere in atto interventi guidati da una logica sommatoria con azioni che si aggiungono in base alle contingenze invece di integrarsi strutturalmente al resto dell'attività istituzionale comporta difficoltà ad entrare in alcuni luoghi rispetto ad altri, a sconfinare nella collaborazione con alcune professioni rispetto ad altre e in ultima analisi a un rischio di non pervasività e di scarsa efficacia rispetto ai destinatari finali delle azioni di promozione della salute.



Si tratta di ovviare a due tendenze organizzative: una che si riferisce ai rapporti interni e una ai rapporti esterni. Da un lato una tendenza verso l'interno dell'organizzazione del servizio sanitario a fare promozione della salute con una logica progettuale invece che programmatoria-sistemica, dall'altro lato la propensione, diretta verso l'esterno, a un insufficiente coinvolgimento di tutti gli altri attori non sanitari le cui competenze e specificità risultano cruciali per la buona riuscita dei programmi di prevenzione. Questa situazione porta infine ad un rischio più alto che riguarda alcuni principi basilari del SSN. Il rischio è la riduzione dei program-

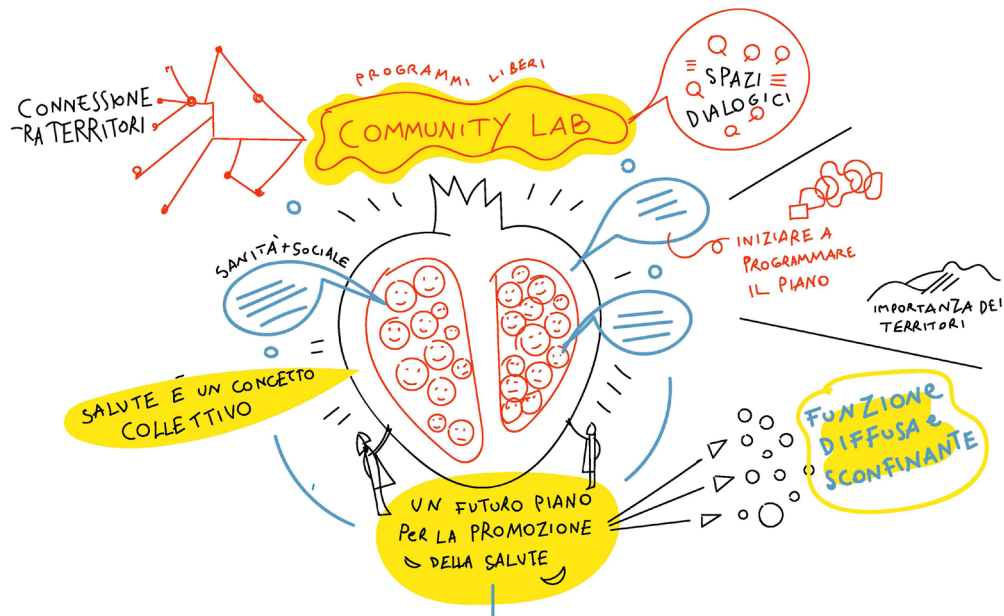
mi di prevenzione e di promozione della salute, adattati all'offerta della erogazione di prestazioni e di servizi a base individuale. In questo senso, l'applicazione dei principi dei LEA agli interventi collettivi può costituire un vincolo alla promozione della salute che potrebbe essere intesa esclusivamente come l'offerta di servizi su base individuale e non anche come la co-produzione di un bene pubblico comune, caratterizzato da elementi di indivisibilità e non appropriabilità. Ciò condannerebbe la nuova sanità pubblica all'inefficacia in quanto «nella medicina preventiva, la prospettiva di benefici personali fornisce un modesto incentivo al cambiamento, dal momento che il miglioramento delle condizioni di salute è né immediato né sostanziale» (cfr. Taroni,2006).

L'approccio presentato in questo documento richiama in particolare il paradigma teorico-metodologico della Salute Collettiva, nato in Brasile negli anni Sessanta, che analizza i processi di salute e malattia attraverso prospettive interdisciplinari coniugando saperi biomedici con saperi provenienti dalle scienze umane e sociali. Il paradigma della salute collettiva chiama in causa un processo di re-significazione del concetto di salute stesso, inteso come spazio politico di riappropriazione dei soggetti e affermazione della molteplicità attraverso la produzione di pratiche sociali che legittimano la pluralità di significati attribuiti a salute e malattia. Nel suo intento di configurarsi come un terreno di incontro, la Salute Collettiva risulta dunque un insieme di meta-conoscenze volte al superamento dei campi disciplinari nella loro formulazione classica. A livello pragmatico si tratta di un tentativo di riunire più professionisti nello stesso spazio di ricerca, guardando alle loro competenze in un'ottica di permeabilità tra diversi settori scientifico-disciplinari e lavorando attraverso strumenti collaborativi che coinvolgono gli utenti e le comunità. Proprio per questi motivi, l'ambito della Salute Collettiva si caratterizza per l'adozione di diverse strategie di ricerca-intervento, di ricerca azione e di ricerca partecipativa su base comunitaria, politicamente attive e socialmente impegnate che permettano nuove interpretazioni dei processi di salute e malattia.

IL PERCORSO DI LAVORO: L'APPROCCIO/COMMUNITY LAB

È stato proposto e adottato un percorso di lavoro basato sulla metodologia del Community Lab che costituisce un metodo basato su 'casi' (case study) sperimentati nell'ambito della programmazione sociosanitaria distrettuale e finalizzato a comprendere meglio le comunità di oggi e le possibili forme di evoluzione in materia di welfare locale. Si tratta di uno strumento ormai consolidato e applicato con successo, a partire dal 2012, nell'ambito dell'innovazione delle pratiche sociali, della programmazione sociale e sanitaria e delle trasformazioni organizzative. La sua caratteristica è di essere un metodo trasformativo in quanto permette la produzione di conoscenza e di innovazione nella Pubblica Amministrazione attraverso l'azione con la comunità, facendo leva sulle dimensioni quotidiane del lavoro e sull'attivazione di processi collettivi. Il presupposto di funzionamento del metodo è il passare attraverso situazioni in cui chi deve innovare è coinvolto direttamente e attivamente nella promozione e nella cura di espressioni e occasioni formative di pensiero collettivo.

Il metodo si fonda su due presupposti teorici.



Il primo si ispira al concetto di sperimentalismo di Charles F. Sabel, studioso di governance locale e di democrazia deliberativa. Secondo questo autore, l'unica possibilità delle istituzioni pubbliche per fare fronte alla fase storica in cui si trovano è acquisire la capacità di innovarsi partendo e ponendo sperimentazioni locali innovative al centro del sistema. La forza trasformativa di queste sperimentazioni locali dipende dalla capacità del governo centrale di accompagnarle, monitorarle, ripensarle.

Il secondo fa riferimento al modello di apprendimento sviluppato da Jean Lave e Etienne Wenger definito "apprendimento situato" (Situated Learning) e si basa sull'idea che l'apprendimento - anche quello dei professionisti - non può prescindere dall'essere un apprendimento "situato", in base al quale non si produce cambiamento, trasformazione, conoscenza se non attraverso la riflessività che scaturisce dal "fare" e dal legame con i contesti nei quali l'apprendimento stesso viene inserito, considerando anche l'agito e il vissuto dei partecipanti e delle loro esperienze.

Il cuore del metodo è, quindi, apprendere e cambiare facendo; al contempo si tratta di accogliere la complessità e riconoscerla, dal momento che la semplificazione e l'oggettivazione non sono generalmente elementi facilitanti il processo di cambiamento e di innovazione. Il Community Lab si nutre ed ha bisogno di pratiche concrete (casi), perché si ha bisogno degli altri per fare un percorso ed un cammino nuovo e occorre trovare compagni di percorso che aiutino a guardarsi, a osservarsi.

È stata dunque avviata una riflessione collettiva sull'innovazione delle pratiche di promozione della salute, orientata all'azione intersettoriale e alla riduzione delle diseguaglianze di salute, e attenta alla diffusione di competenze sulla facilitazione di processi partecipativi (es. coinvolgimento di stakeholders, aggancio dei cittadini, creazione spazi di ideazione e progettazione collettivi) come basi per una futura gestione organizzativa più integrata e strutturata all'interno e più collaborativa e aperta verso l'esterno.

Sono stati materialmente condotti 3 laboratori regionali con una media di 40 partecipanti ciascuno, 20 incontri locali (7 partecipanti in media per ogni incontro), 8 incontri di coordinamento (staff), con più di 60 ore di audioregistrazioni sbobinate ed elaborate.



	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic 19	gen 20	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago
Lab. regionale																
Staff					**											
Lab. locali																
Piacenza							**									
Parma																
Reggio Emilia															**	
Modena																
Bologna																
Ferrara																
Imola																
Romagna																

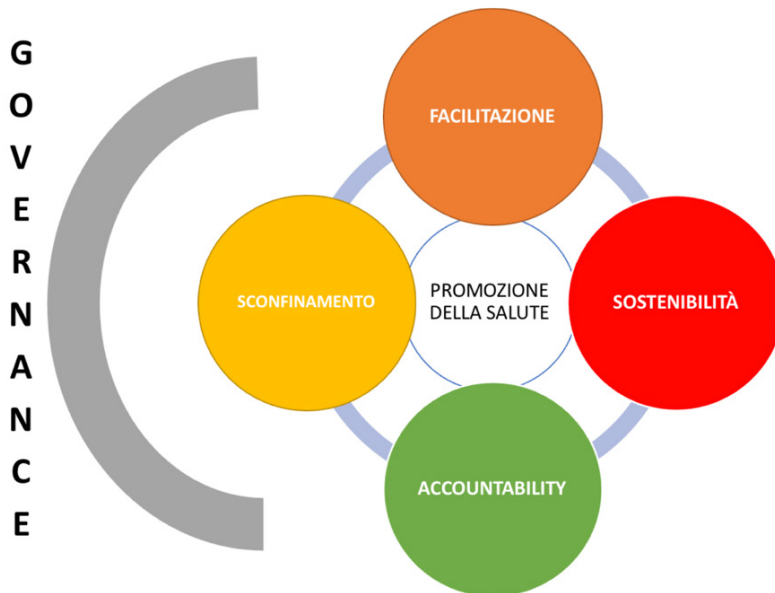
GLI ORIENTAMENTI E LO SVILUPPO PER LA PROMOZIONE ALLA SALUTE

Il percorso di confronto “nei e tra” i territori ha portato all’individuazione di 4 assi lungo i quali si sviluppano le traiettorie delle attività di promozione della salute:

1. **FACILITAZIONE**
2. **SCONFINAMENTO**
3. **SOSTENIBILITÀ**
4. **ACCOUNTABILITY/RENDICONTAZIONE**

Questi 4 assi, interconnessi tra loro, sono stati progressivamente discussi e proposti nelle varie sedi di lavoro in gruppo alla luce dei casi locali e delle esperienze territoriali al fine di dettagliarli ed approfondirli in modo da creare un contesto comune di pensiero e linguaggio che potesse fungere da base per la progettazione e la realizzazione delle future attività di promozione della salute.

Attraverso la condivisione di un modello di pensiero prima ancora che di pratiche organizzative si è messa in campo un’azione trasversale di cambiamento di approccio e di possibilità di governance da parte dei professionisti della promozione della salute, volta a sostenere l’armonizzazione degli interventi, la promozione dell’intersectorialità e dell’inclusività, con l’obiettivo finale di un maggior coinvolgimento del singolo (empowerment), della comunità e dei suoi gruppi di interesse.



1° Asse: FACILITAZIONE

La domanda che ha definito il primo asse della promozione della salute è la seguente: *cosa si intende per promozione della salute?* Lunghi dall'essere scontata, la risposta a questo interrogativo ha aperto un importante confronto su alcune parole chiave: coerenza, credibilità, riconoscimento, partecipazione, condivisione, relazione.

Il concetto di facilitazione è emerso da una lettura di processo delle attività di promozione della salute. Fare promozione della salute significa infatti facilitare processi e azioni che poi vengono attuati da altri, in una sequenza di passaggi che porta infine al coinvolgimento delle comunità cui tali attività sono rivolte. Questo significa nella pratica:

- conoscere i propri interlocutori, in termini di ruoli, bisogni, competenze;
- conoscere i propri destinatari, in termini di necessità, differenze, capacità e possibilità di empowerment;
- comunicare in modo efficace, trovando i canali più opportuni e i linguaggi più funzionali;
- curare e mantenere le relazioni con le modalità più appropriate, cioè che rendano più facili e scorrevoli i passaggi del processo.

Si evidenziano nelle pratiche alcuni elementi ostacolanti sia interni che esterni alle organizzazioni. Da una parte ci sono ostacoli strutturali come una certa rigidità di movimento da parte sanitaria che porta a caricarsi di ogni passaggio invece di creare collaborazioni più partecipate e sinergiche, e la mancanza di risorsa tempo per acquisire competenze utili, creare contatti e curare relazioni. Dall'altra parte esiste anche una resistenza dei destinatari a recepire determinati messaggi, in quanto le libere scelte delle persone possono non andare nella direzione auspicata. Infatti, promuovere salute significa spesso promuovere quasi una contro-cultura, il che implica sostenere una posizione dissonante che richiede un maggior dispendio di risorse a fronte di minori possibilità di successo. Ne è chiara testimonianza la difficoltà di promuovere comportamenti di salute (un esempio su tutti: 'non fumare') presso gli stessi dipendenti e operatori sanitari.

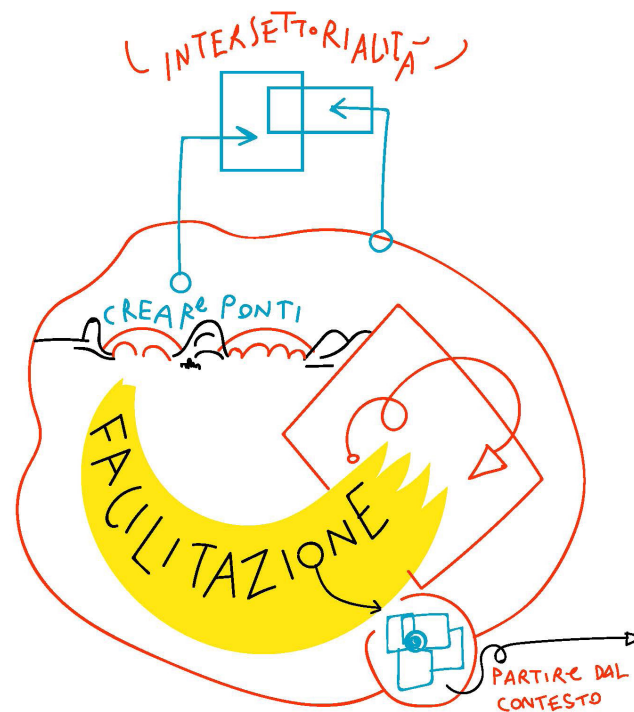
La facilitazione si agisce seguendo diversi binari.

In primo luogo, è fondamentale assumere una 'postura' rispetto ai propri interlocutori caratterizzata da un approccio coerente e competente che permetta di essere inequivocabilmente riconosciuti in termini di accesso e autorevolezza. Questo significa essere riconosciuti come un punto di riferimento solido e affidabile. Nelle pratiche relazionali questo si traduce in una comunicazione flessibile al dialogo rispetto alle proposte di implementazione provenienti da altri punti di vista. Rispetto ai destinatari finali è inoltre importante che l'approccio sia caratterizzato da una forte advocacy.

In secondo luogo, si individuano alcuni strumenti utili alla gestione delle relazioni con gli attori che partecipano al processo. Elaborare mappature di vario tipo (delle competenze, dei bisogni, delle risorse) orienta ad esempio a non utilizzare prodotti preconfezionati ma a leggere e analizzare il proprio contesto prima di intervenire su di esso in modo da comprendere meglio le specificità territoriali. Presupposto per la facilitazione del processo di promozione della salute è dunque la conoscenza approfondita del proprio contesto e dei

propri interlocutori quale base per l'elaborazione di strategie comunicative e relazionali che rendano infine il processo 'facile,' ossia scorrevole, fluido.

L'idea di fondo, pertanto, è quella di un'apertura di spazi dialogici tra mondo sanitario e altri nodi della rete, che si avvicina al concetto di diffusione della governance nel processo di costruzione della salute pubblica, così come è definita dall'OMS (2013) e che mira non solo a un coordinamento delle voci che si possono occupare a vario titolo di salute, ma in senso più ampio a un *empowerment* così come inteso da Sen (1994), ovvero come acquisizione di una capacità di funzionamento e della responsabilizzazione ad esso connessa.



In terzo luogo, è necessario pensare a quali sono gli attori organizzativi deputati alla cura della facilitazione dei processi all'interno dei nodi della rete della promozione della salute. Esistono diverse possibilità che rappresentano diversi gradi di collettivizzazione e diffusione di tale funzione.

La prima vede la facilitazione come affidata ad un'unica specifica figura, che la incarna per "definizione": il facilitatore. Si tratta di immaginare una figura ponte fra i passaggi del processo che curi le relazioni e che riceva una formazione specifica sulla mappatura, sulla comunicazione e su altre competenze ritenute indispensabili. Il rischio di affidare una funzione di questo tipo ad un'unica figura è il sovraccarico, ma soprattutto il fatto di rendere operatore-dipendente una funzione fondamentale per tutto il processo.



Una seconda possibilità è raggruppare i diversi stakeholder territoriali (distretti, Comuni, associazioni, singoli professionisti...) tramite board o tavoli congiunti dedicati alla co-progettazione e alla co-conduzione dei processi. In questo caso viene garantita una certa regia ma ancora con un certo rischio di frammentazione nel caso i gruppi di lavoro derivino da singoli progetti e non abbiano una consistenza temporale che va al di là di essi.

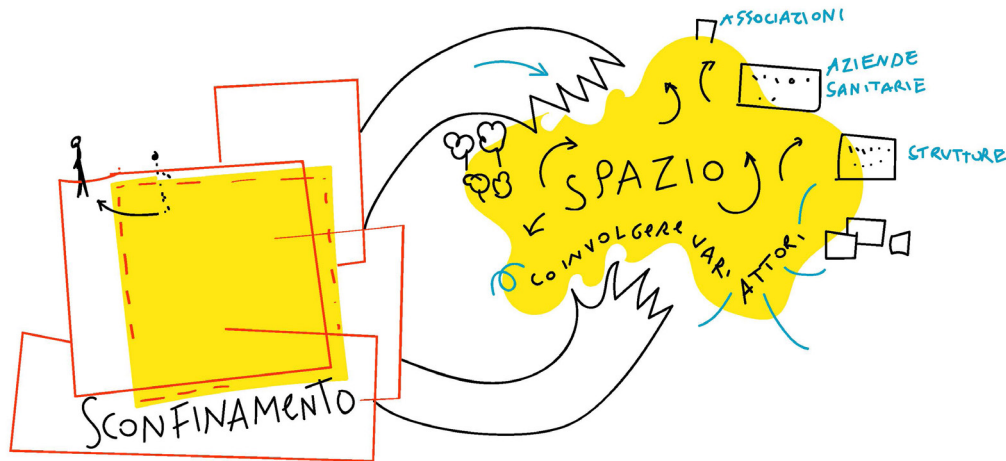
La terza possibilità è pensare sul medio-lungo termine alla creazione di una cultura diffusa della facilitazione e della partecipazione ad essa che possa estendere idealmente a tutti gli operatori capacità di lettura, prosimità e orientamento rispetto ai bisogni di promozione della salute dei cittadini e delle comunità andando oltre le singole prestazioni erogate dai servizi.

A livello organizzativo le tre possibilità di cui sopra non sono mutualmente esclusive. È possibile immaginare azioni di formazione diffusa sia l'individuazione di una singola figura di facilitazione per ogni nodo della rete abbinata ad esempio a un board territoriale provinciale o distrettuale stabile. Non esistono ricette precostituite ma diverse realtà con specifiche necessità cui si applicano diverse soluzioni nel tentativo di rispondere in modo positivo alla domanda: *stiamo facendo tutti la stessa cosa?*

2° Asse: SCONFINAMENTO

La definizione del secondo asse parte sempre da una domanda ma in questo caso dal deciso carattere operativo: *come si entra nei contesti?* Se nel caso della *facilitazione* il punto è soprattutto nel pensiero e nell'impostazione di partenza condivisa del processo, nel caso dello *sconfinamento* si entra concretamente nelle relazioni, negli scambi e nei luoghi dove si incontrano i reciproci confini.

L'ottica è quella di andare oltre la visione sanitaria per un concetto di salute a 360 gradi con la consapevolezza che la sinergia è inevitabile e che la sanità non può lavorare da sola. Ragionando dunque in termini di network si va alla ricerca di reti di collaborazione sempre più allargate. Le collaborazioni fra contesti diversi mettono in campo interessi diversi, con gradi di interdipendenza e disponibilità variabili, dovuti anche a differenti tempistiche di programmazione (es. la scuola).



È dunque necessario riconoscere i diversi obiettivi e interessi in gioco (ogni parte deve avere i suoi vantaggi) in quanto una rete che concorda l'utilità di conoscersi accetta l'autorevolezza degli interlocutori e facilita la collaborazione su pezzi del percorso tramite l'utilizzo di competenze diffuse tra i vari nodi che la compongono.

Esistono diversi tipi di criticità dati, ad esempio, dalle caratteristiche di alcuni contesti particolarmente resistenti ad essere influenzati e inclusi, che delegano invece di partecipare e/o che presentano una mancanza, una non chiarezza o un turnover degli interlocutori. Altri fattori di cui tenere conto sono la mancata percezione in alcuni contesti dell'importanza della promozione della salute, la rapidità di cambiamento dei bisogni di salute e il conseguente rischio di ritardi nella lettura degli stessi, oltre alla dispersione di risorse ed energie.

Un primo step per affrontare il tema dello sconfinamento è stato quello di porsi una serie di domande guida che hanno orientato la discussione e che qui riportiamo in quanto ritenute utili per iniziare un'azione riflessiva locale.

DOMANDE GUIDA RISPETTO AL PROCESSO DI SCONFINAMENTO

I luoghi di sconfinamento: *Quali sono questi luoghi? Come sono entrato? Ho avuto difficoltà? Ho avuto alleati? Come ha funzionato? È una cosa normale oppure eccezionale?*

Le condizioni di base per poter sconfinare: *Quali strumenti ho utilizzato? Cosa mi sarebbe servito? Cosa mi serve per rimanere in questi contesti?*

La membrana di sconfinamento (il facilitatore): *Chi ha questo ruolo? Che posizione ricopre? Come lo fa? È una posizione usuale o straordinaria?*

Si ruota intorno ai concetti di confine interno ed esterno e su come intervenire rispetto alle proprietà di tali confini. L'obiettivo è rendere i recinti esterni più morbidi e attraversabili tramite la conoscenza dei confinanti proprio come se fossero vicini di quartiere. Questo può avvenire attraverso il dialogo non solo a livello istituzionale ma anche e soprattutto con interlocutori informali e anche informatici (social network). I soggetti più appropriati per facilitare il passaggio da confine a membrana sono quegli operatori (dipendenti aziendali, assistenti sociali, componenti CCM...) che vivono nella comunità di riferimento o che sono ad esempio presenti nelle Case Della Salute. Per creare infatti un buon dialogo bisogna essere credibile, riconoscibile, e capace di costruire relazioni, soprattutto nelle realtà più provinciali dove si auspica un contatto sempre più diretto fra comunità e CDS in modo che queste ultime possano diventare luogo di identità e radici comuni. Rispetto ai confini interni alla sanità si rileva la necessità di maggiore conoscenza e integrazione fra ospedali e territorio, attraverso percorsi partecipati che sono luogo ideale di scambio e confronto.

Un punto estremamente importante è poi il posizionamento organizzativo della membrana di sconfinamento (definita facilitatore nel paragrafo precedente), la sua usualità/straordinarietà, le condizioni che le consentono di essere permeabile e gli strumenti interconnessione, per riflettere sul funzionamento stesso della membrana di sconfinamento e sul come renderla da un lato condivisa e dall'altro solida (in termini di cultura e di modalità organizzative).

Come già descritto nel paragrafo precedente, tutto ciò si rende possibile tramite alcuni passaggi quali la visione globale dei problemi del territorio attraverso mappatura dei bisogni e delle risorse con chiare caratterizzazioni dei servizi, il mantenimento dei rapporti con tutti i soggetti territoriali (associazioni, università, CTSS, Comuni, biblioteche, etc.) e l'investimento di raccordo con i pezzi della comunità. Da non dimenticare la necessità di un nuovo ragionamento sui processi che influenzano i comportamenti e sulla comunicazione attraverso i nuovi media (social network).

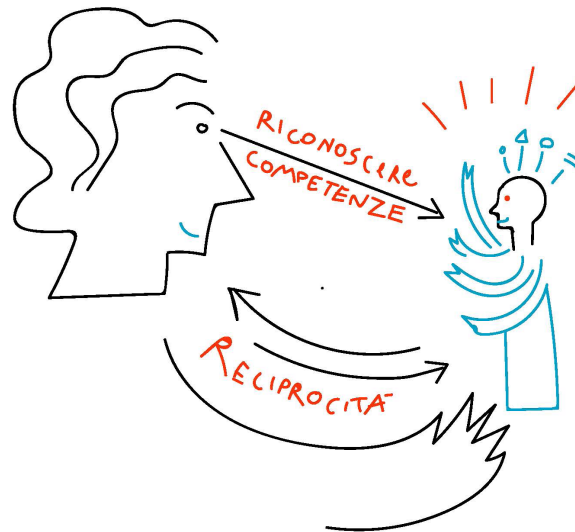
I meccanismi e i processi di sconfinamento possono essere poi visti a diverso grado di compenetrazione fra i vari attori:

- a. Sconfinare per creare connessioni di contenuto, qualora la trasversalità del tema richieda di aprire porte su mondi solo apparentemente sganciati da quello del servizio sanitario;

- b. Sconfinare per co-progettare, innestando quindi le suddette connessioni di contenuto direttamente nel processo di pensiero che porta a mettere in campo un'azione;
- c. Sconfinare come abitudine, qualora la trasversalità e la creazione di connessioni siano percepite come modalità di lavoro acquisite e che vengono consolidate tramite la reiterazione dei processi ai punti precedenti.

Lo sconfinamento è stato anche definito come contaminazione, ossia la capacità di influenzare e farsi influenzare da professionalità, approcci e visioni diverse dalla propria. Questo può portare a chiusure o arroccamenti nei propri linguaggi e attività ed è quindi necessario porre molta attenzione alla preparazione del 'terreno confinante'. Non si dimentichi che il cittadino stesso non è un prodotto del processo. Esso partecipa, aderisce o non aderisce, pone domande e dubbi. Risulta quindi cruciale l'apertura dei confini anche verso la cittadinanza lasciando aperte porte e canali per l'acquisizione di informazioni importanti alla buona riuscita delle strategie di promozione della salute.

Una condivisione di cultura che porti alla trasversalità/integrazione tra i diversi mondi della salute va sostenuta in due modalità, non mutuamente esclusive e da curare in egual misura. Da un lato, sono necessarie una conoscenza e soprattutto una comprensione reciproca degli obiettivi dei diversi servizi che concorrono alla salute di una persona.



Dall'altro lato, soprattutto quando parliamo di sconfinamento verso luoghi di salute non abitualmente contemplati dal contesto sanitario, è vitale fare chiarezza a monte sul valore aggiunto prodotto da un lavoro integrato e dalle potenziali ricadute positive per tutti i partner coinvolti - altrimenti resta la sensazione di una richiesta calata dall'alto il cui unico risultato è quello di produrre lavoro aggiuntivo.

Un ulteriore elemento di attenzione va invece individuato nei momenti in cui lo sconfinamento si basa sulla presenza di connessioni preesistenti, siano esse informali o semplicemente ripetute nel tempo fino a diventare consolidate. Si tratta di una lama a doppio taglio che rischia di portare a sconfinare passando sempre dalle stesse porte e, sul lungo periodo, di sovraccaricare quelle membrane che si rendono permeabili anche in assenza di tutte le condizioni organizzative descritte poco sopra.

Un'ultima parte di riflessioni si focalizza sulle azioni che la membrana stessa può (e dovrebbe) attivare per mantenere la propria permeabilità e continuare a funzionare in quanto tale. Poco sopra si è visto come la condivisione di una cultura improntata alla trasversalità e all'interconnessione sia una condizione organizzativa fondamentale per l'esistenza di processi di sconfinamento: a tal fine, si segnala che per la creazione di una cultura condivisa è necessario partire da ciò che è già esistente in questo senso, evidenziando i punti, i processi e i momenti in cui la membrana tra diversi nodi della rete ha consentito uno sconfinamento più o meno funzionale (*vedi Box domande*). In altri termini, ricostruire una mappatura delle azioni che hanno già contemplato o stanno contemplando una trasversalità tra servizi quando si parla di promozione della salute può avere una duplice utilità nell'ottica di creare una cultura condivisa. In prima battuta, per quanto possa suonare banale, la ricostruzione dell'esistente serve a far capire a tutti i potenziali attori coinvolti che non si sta partendo da zero: qualcosa già esiste, la logica di sconfinamento non è una novità e molto probabilmente per alcune azioni non si parla più di sperimentazioni/tentativi, ma sono già diventate abitudini di lavoro o modalità di funzionamento consolidate. In seconda battuta, una narrativa dell'esistente può evidenziare come il lavoro di rete tra servizi non è un task aggiuntivo che intensifica il peso dell'attività quotidiana, ma piuttosto un dato di fatto inevitabile, di cui l'organizzazione e gli operatori possono essere più o meno consapevoli (e agire di conseguenza). Da ultimo, si evidenzia che il sostegno al lavoro di rete non può passare soltanto dal prendersi cura dei punti di accesso per lo sconfinamento e dei legami creati: la cura delle connessioni dovrebbe essere una base per rendere sempre più solido un legame arrivando alla sua formalizzazione (tramite documentazione del lavoro svolto o in corso, atti e/o convenzioni).

È interessante far notare come si tratti di una visione in una certa misura controintuitiva rispetto a quanto emerso in esperienze precedenti sulla facilitazione del lavoro di rete: nella stragrande maggioranza dei gruppi di lavoro, infatti, la percezione generale sul networking è che sia sufficiente un documento ufficiale che formalizza la rete per garantirne il funzionamento. In questo caso, invece, la riflessione si è mossa in senso contrario partendo dalle pratiche ed è arrivata a individuare la formalizzazione della rete come strumento di sostenibilità e non come base di partenza, ovvero come mezzo per garantire il mantenimento dei legami creati senza dover ripartire ogni volta da capo - e quindi, per estensione, per garantire la permeabilità della membrana e il riconoscimento dello sconfinamento come elemento necessario del lavoro sulla promozione della salute.

Il tema della formalizzazione, d'altra parte, ha consentito un ampliamento della riflessione ai compiti degli attori che si collocano ai diversi livelli del sistema: i tentativi di sconfinare possono risultare particolarmente onerosi e inefficaci quando alcuni livelli dell'organizzazione non partecipano alla pratica dello

sconfinamento. Questa dinamica è stata rappresentata dagli interventi realizzati in occasione del teatro dell'oppresso, condotto nell'ambito di uno dei laboratori regionali, in cui si erano messe in scena alcune situazioni problematiche, e apparentemente senza sbocco, riferite dagli operatori nel corso degli incontri precedenti: è stato interessante notare come i problemi degli operatori abbiano trovato soluzione solo a seguito dell'ingresso in scena degli attori che occupavano un ruolo più importante nella gerarchia del sistema, i quali però proponevano soluzioni (come la costruzione di accordi in occasione di tavoli provinciali o regionali) basate su leve che possono essere azionate solo a livello più alto, preparando il terreno alla pratica dello sconfinamento sul livello operativo

3° Asse: SOSTENIBILITÀ DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI

Il terzo asse si snoda da una domanda ancora più concreta: *come sta in piedi il tutto?* E la risposta sta nel dettagliare le caratteristiche di un sistema che permette, garantisce e in ultima analisi sostiene l'attività di promozione della salute. Due sono gli aspetti che vanno tenuti in considerazione: la struttura del sistema, ossia le basi su cui poggia anche a livello formale, e il suo funzionamento nelle pratiche.

Dal punto di vista strutturale, come riscontrato in tutta una serie di esperienze precedenti mirate all'integrazione e al lavoro di rete, si individua una *conditio sine qua non* nella presenza di un mandato forte che impronti la programmazione a creare quelle connessioni di contenuto che, come si è visto, possono verificarsi tanto nel momento della progettazione quanto in quello dell'azione e diventare sul lungo termine una modalità di lavoro stabile. Parallelamente, è chiaro che il mandato non è solo un segnale di indirizzo, ma piuttosto l'espressione di una sensibilità dell'organizzazione a lavorare in una certa prospettiva e dovrebbe riflettersi in un sostegno da parte dell'organizzazione stessa - in sostanza, l'indicazione a sconfinare resta sterile se è solo un'indicazione.

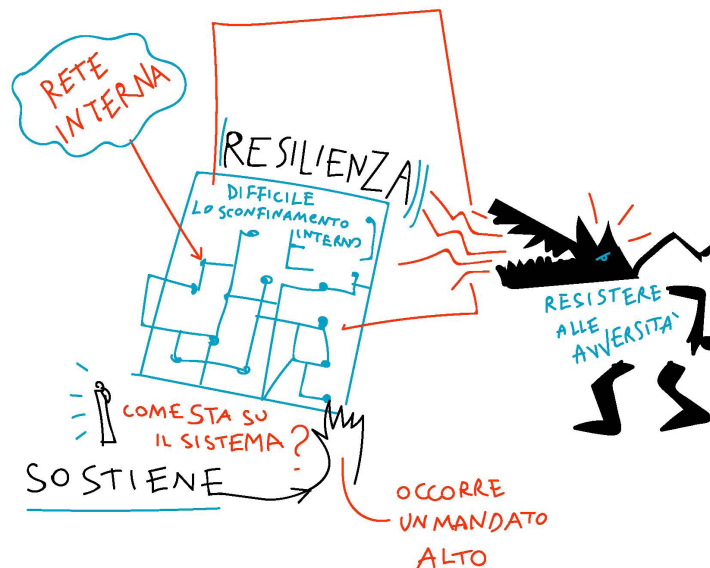


Esistono alcune criticità e alcune azioni facilitanti a livello strutturale emerse dalle riflessioni all'origine di questo documento che indicano quali sono i punti cruciali per il buon funzionamento del sistema. Emerge ad esempio dal lavoro svolto che gli operatori hanno percezione che la promozione e la prevenzione sono "le prime cose che saltano in caso di cambiamenti del contesto organizzativo/politico", ossia che non godrebbero dello status di attività fondamentali dei servizi, che vanno cioè sempre mantenute attive in qualsiasi caso.

Questa sensazione viene da precise osservazioni organizzative quali ad esempio il budget non sufficiente dedicato a tali attività o la mancanza di flessibilità oraria riconosciuta per gli operatori, quando le attività di promozione la richiedono (incontri ed eventi serali e nei fine settimana, partecipazione a molteplici 'tavoli e tavolini' di lavoro, etc.). Esistono in realtà alcuni fattori organizzativi in termini di articolazioni già esistenti (come le Case della Salute) e strumenti in essere (ad esempio l'HEA - Health Equity Audit) che possono essere utilizzati come trampolini o strade in discesa su cui far correre la promozione della salute a prescindere da alcune limitazioni contingenti su budget o momenti di cambiamento a livello di dirigenza. Sono aree fisicamente collocate e di programmazione in cui mettere in atto collaborazione e intersezione in una logica condivisa di prossimità ai territori e alle categorie trasversali che subiscono disuguaglianze di accesso e trattamento. Partire dal territorio può consentire anche di portare la prospettiva dei servizi verso i target piuttosto che verso i sintomi e di superare la logica di una promozione della salute legata a singoli progetti basati su specifiche patologie. Un ragionamento che porti alla razionalizzazione e alla valorizzazione delle Case della Salute e dei board già presenti in esse eviterebbe in tal senso ridondanze organizzative e porterebbe inoltre ad applicare in modo davvero efficace anche l'integrazione sociosanitaria.

Da non dimenticare che anche la presenza di strumenti di programmazione territoriale, quali i piani di zona, costituiscono punti di riferimento per la sostenibilità. Sono leve strutturanti che danno una cornice e danno senso alle possibili azioni/interventi di promozione alla salute territoriale.

Ci sono poi condizioni di sostenibilità del sistema che non vanno ricercate nel livello formale o strutturale, ma piuttosto nel terreno di gioco dello sconfinamento: il rischio che si corre (o peggio, l'errore che si commette in alcuni casi) è quello di dare per scontato che lo sconfinamento sia comprensibile e accettato da tutti, quando invece il terreno va preparato con azioni adeguate.



In questo senso, un elemento di cui prendersi cura è la condivisione di una cultura tra il livello di programmazione e il livello tecnico. Come riportato da alcuni, ci si ritrova a volte a confrontarsi con operatori - non solo quelli esterni all'organizzazione sanitaria - che non percepiscono la connessione esistente tra mondi di servizi diversi quando si parla di promozione della salute, col rischio di lavorare in parallelo ma a compartimenti stagni. Ancora peggio, in alcuni casi i professionisti percepiscono la propria attività come qualcosa di "altro" rispetto alla programmazione della stessa, quasi a dire che le azioni che si mettono in campo sono una cosa concreta, mentre quello che si dichiara nella programmazione sono solo parole. Per ovviare a questo distacco percepito tra il piano decisionale-programmatorio e quello operativo è fondamentale creare e mantenere spazi di riflessione su contenuti e metodo, garantire coordinamento, salvaguardare le competenze apprese e curarne la trasmissione ad altri contesti e all'interno del medesimo ambito organizzativo tramite pratiche di ricambio culturale, tramando e passaggi di consegne soprattutto nei casi di pensionamento o ricollocazione di figure chiave. La gestione delle risorse umane ha infatti un notevole impatto sulla cultura organizzativa che collega tramite patti impliciti i livelli apicali e quelli operativi.

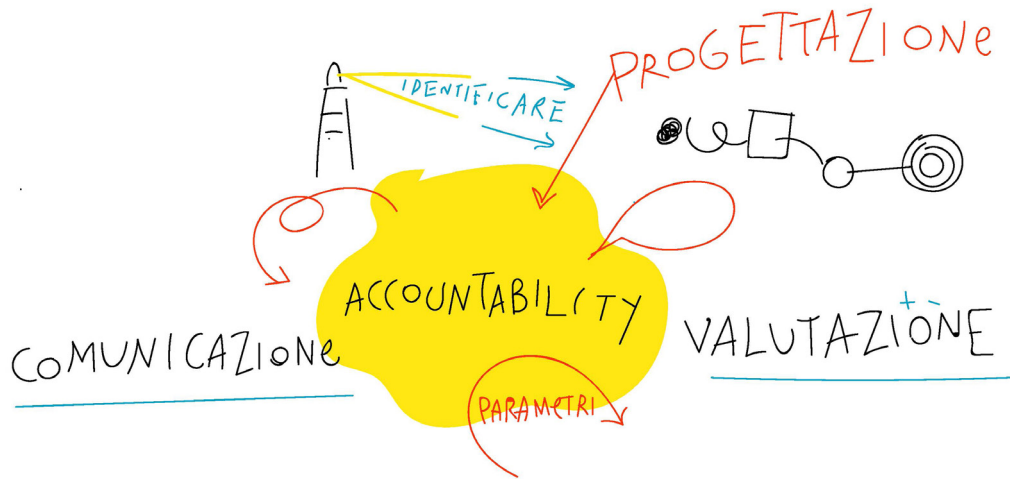
Come già ribadito è inoltre estremamente importante assumere un punto di vista sistemico includendo anche gli altri contesti professionali con cui si collabora e gestendone le risorse ad esempio consegnando strumenti e competenze perché possano continuare l'azione in modo autonomo e mantenendo in vita i progetti nati nel sanitario attraverso la forza delle associazioni e delle risorse locali, non dimenticando mai infine che anche il cittadino stesso è una risorsa.

Si può concludere affermando dunque che per garantire sostenibilità ai dispositivi organizzativi che garantiscono le attività di promozione della salute è importante lavorare sia partendo dalle pratiche - e quindi nella direzione *bottom-up* - così come descritto anche nel paragrafo precedente sullo sconfinamento, sia partendo dal riconoscimento formale - direzione *top-down* - identificando in modo esplicito ruoli e risorse, garantendo spazi e tempi di riflessione alle componenti organizzative e del sistema che sono impegnate nel lavoro di rete e ottimizzando il lavoro evitando dispersività, ripetitività e ridondanze non necessarie. Solo perseguire entrambe le traiettorie con costanza e convinzione può portare ad un sistema davvero integrato e ben funzionante.

4° Asse: ACCOUNTABILITY

Il quarto asse nasce da una domanda o meglio da una necessità di legittimazione: *come rendo visibile il lavoro svolto e i suoi prodotti/risultati?*

I concetti basilari sono la trasparenza, l'accessibilità ai dati, il rendersi comprensibili, evidenti e quindi affidabili. Le traiettorie disegnate da questo asse vanno dalla misurazione alla comunicazione dei risultati, due poli estremamente importanti di ogni programmazione e progettualità. Il sistema che agisce e opera tramite i suoi meccanismi spesso impliciti deve trovare il modo migliore di rendersi leggibile tenendo conto della qualità e dei destinatari di tali informazioni (altri livelli organizzativi, altri contesti professionali, organi di comunicazione comunitari, istituzioni, la cittadinanza).



Il budget ad esempio è uno strumento di governo fondamentale e primario per l'utilizzo di risorse in modo comprensibile e accessibile. In generale il momento della programmazione dovrebbe essere il punto di partenza in cui decidere già quali saranno le metodologie di misurazione degli output e le tempistiche e modalità di comunicazione dei risultati. È già in questa fase che si stabiliscono con un certo margine di certezza le verifiche periodiche che andranno implementate, il monitoraggio dei processi e l'esposizione di dati rispetto agli obiettivi raggiunti.

Tre sono le questioni quando si parla di accountability: quali dati servono per rendere effettivamente conto dei risultati e della complessità del processo per raggiungerli, come si producono questi dati (determinandone la validità e l'affidabilità) e come si diffondono.

Emerge la criticità dovuta all'esigenza di rendicontare tramite indicatori fortemente quantitativi spesso non sempre adatti alle azioni di promozione della salute. Gli indicatori a volte non esistono e/o non sono fissi (es.

possono emergere alcuni durante il percorso) e non sono sempre immediatamente misurabili in quanto il cambiamento del comportamento è qualcosa che necessita di tempi medio-lunghi.

È dunque necessario sviluppare competenze valutative che vadano anche oltre l'aspetto quantitativo dando conto del processo e non solo dell'esito finale, lavorare cioè su indicatori affidabili di nuova generazione tenendo conto che il valore aggiunto è dato non solo dalla partecipazione in sé che può essere estemporanea, ma soprattutto dalla relazione instaurata e dalla sua qualità.

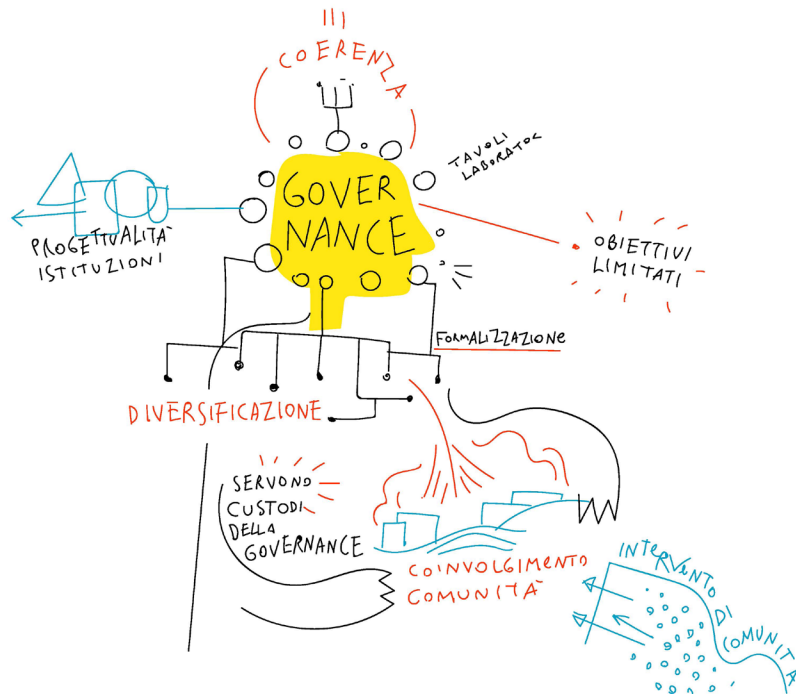
Per quanto riguarda la diffusione dei dati è bene chiarire una cosa. Spesso si parla di comunicazione dei risultati solitamente come ultima fase di ogni processo come se fosse qualcosa che si fa solo alla fine del percorso. È molto più corretto parlare di diffusione o ancora meglio di *disseminazione* in quanto attività trasversale che avviene fin dall'inizio e concettualizzarla davvero come un 'piantare dei semi' lungo la strada. In occasione di ogni passaggio progettuale o programmatico è possibile comunicare fin dove si è arrivati e se possibile fornire dati e indicatori. Nelle fasi intermedie solitamente questo può avvenire soprattutto con i partner, in modo da tenerli sempre agganciati e coinvolti, ma anche la popolazione del territorio nella sua interezza va sempre considerata come un interlocutore e un destinatario. Ciò che viene comunicato deve essere di facile accesso e quindi posizionato in modo ragionato in luoghi in cui le diverse tipologie di utenti possono essere raggiunti (es. dépliant informativi nelle CDS, negli ambulatori dei MMG e nei Comuni, versione informatizzata su sito continuamente aggiornata, organizzazione di eventi, incontri con la popolazione su specifici temi anche con testimonial territoriali significativi e riconoscibili, diffusione di informazioni tramite giornali locali, parrocchiali, scolastici, etc.).

Rendicontare è un'azione che va nei due sensi: crea legittimazione e affidabilità all'interno dell'organizzazione/servizio di riferimento e all'esterno verso gli altri soggetti coinvolti e l'utenza. Un buon sistema di accountability si basa sulla consapevolezza della crucialità di questo asse anche nella creazione di alleanze continuative con soggetti territoriali tramite il coordinamento condiviso delle azioni di diffusione, comunicazione e informazione.

LA GOVERNANCE DEI PROCESSI

Chi si deve occupare in modo preponderante della promozione della salute? Chi governa e soprattutto come si governa questo tipo di attività? Anche in conclusione di questo documento sono importanti le domande che automaticamente viene da porsi per trovare se non soluzioni operative immediate e universalmente applicabili quantomeno indicazioni su come procedere.

Innanzitutto, bisogna sottolineare il passaggio concettuale da progetto a processo: la governance di cui parliamo si applica a un processo organizzativo che costituisce una funzione permanente e non a una progettualità che ha un inizio e una fine. Questo non significa che non si faranno più progetti, ma che essi vanno inclusi e integrati in una più ampia visione in ottica sinergica. È dunque basilare favorire, attraverso l'integrazione a partire dal livello distrettuale, la creazione linee di lavoro condivise tra i dipartimenti aziendali territoriali, gli Enti locali e tutti i diversi attori del sistema di welfare nel suo complesso che vanno considerati nella più ampia prospettiva (scuola, lavoro, associazionismo, sport...).



Il percorso finora tracciato ha portato come primo risultato una forte consapevolezza del fatto che oltre il sistema sanitario c'è un più ampio sistema sociale che deve articolarsi per promuovere salute nelle comunità. Si può affermare che relegare la promozione della salute all'ambito sanitario costituisce una fortissima

limitazione di pensiero e di azione. Promuovere salute è un tema civico che riguarda una molteplicità di attori posti in uno specifico territorio in cui vive una comunità. Ecco allora la necessità di lavorare per creare o consolidare reti istituzionali e di pratiche collaborative tra organizzazioni sanitarie e non sanitarie tramite percorsi partecipati e non tramite risposte preconfezionate che vengono dall'alto.

Questo porta al tema della trasferibilità dei processi e della loro gestione. Curare la trasferibilità del processo da un contesto all'altro non è un *'porto lì tale e quale'*, ma un *'genere e gestisco un processo per dare voce a un territorio'*, e ciò che va trasferito non sono solo i contenuti ma soprattutto una metodologia che serva poi ad adattare i diversi processi nei diversi contesti con i diversi attori disponibili. La qualifica di soggetto promotore non comporta la totale responsabilità operativa di tutte le attività, ma l'attivazione e l'accompagnamento degli snodi della rete a diventare centri di irradiazione di promozione della salute relativamente autonomi in un'ottica di empowerment.

Ecco allora che si rendono necessari alcuni passaggi di impostazione e di ragionamento in parte già avviati con questo percorso di Community Lab. È emersa con chiarezza la necessità di un superamento della divisione ospedale-territorio o meglio una sempre maggiore integrazione, ma più in generale si è condivisa un'impostazione sistemica e processuale che garantisca attenzione all'adattamento, alla chiarezza degli obiettivi e dei luoghi in cui sconfinare con particolare attenzione al tema della comunicazione e della disseminazione. Le chiavi metodologiche sono il mantenimento di momenti di riflessione e una logica di empowerment a tutti i livelli e per tutti i protagonisti del processo. Ci si propone dunque attraverso i presupposti sopra elencati, di porre basi condivise per una prossima pianificazione del futuro Piano Regionale della Prevenzione anche più snello coerente con la Programmazione Sociale e Sanitaria e la legge regionale sulla promozione della salute, del benessere della Persona e della Comunità e prevenzione primaria (19/2018). Tutto ciò va poi declinato operativamente a livello locale per cui non è possibile pensare a soluzioni assolute. Alcune proposte sono state fatte: la presenza di una funzione o addirittura di un ufficio preposto alla promozione della salute nei Comuni, il coinvolgimento più effettivo dei board delle Case della Salute in quanto snodi della rete privilegiati per prossimità alle comunità, il passaggio da PDTA a PPDTA - Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale, etc. Non c'è una struttura organizzativa omogenea a tutti i contesti, ma elementi di storie evolutive territoriali cui appoggiarsi e da facilitare o indirizzare non solo tramite sconfinamenti, ma con un forte investimento di advocacy nella creazione e manutenzione di reti. La lettura operativa dei territori avviene sempre al livello più vicino ad essi, ma con le indicazioni presenti in questo documento si ritiene di fornire un modello regionale che possa tenere insieme diversi modelli organizzativi e consentire di costruire ponti fra le 'nicchie evolutive' presenti in Emilia-Romagna.

L'emergenza COVID-19

Il percorso di Community Lab descritto in questo documento è stato come molteplici altre attività interrotto a causa dell'emergenza COVID-19. A livello di coordinamento ci si è interrogati lungamente su quanto ciò che è accaduto e che ancora è in corso abbia influito sulle riflessioni fatte e quanto ne abbia intaccato la validità e la tenuta nelle attuali condizioni sociali.

Su questo tema è iniziato e continuerà un confronto con i referenti della promozione della salute e di alcune realtà associative delle comunità per accogliere le esperienze vissute e capirne l'impatto cercando di esplorare quanto accaduto, le reazioni delle organizzazioni e dei territori, gli apprendimenti, le pratiche messe in campo dal punto di vista educativo, psicologico, sociale-relazionale, economico, informativo, culturale. Per l'ambito strettamente sanitario va evidenziata la forte alleanza fra Aziende e Medici di Medicina Generale che si ritiene molto importante in termini di mantenimento e prosecuzione.

Ci si trova in questo momento in una fase post-emergenziale ma ancora caratterizzata da un'alta attenzione agli sviluppi epidemiologici e alla gestione di una nuova condizione di vivere comune segnata da molte limitazioni e indicazioni da seguire per evitare ricadute di sistema.



In questo momento, inoltre, stanno riemergendo tutta una serie di necessità silenziate durante la quarantena e provenienti da utenti con specifici bisogni (bambini, disabili, situazioni familiari conflittuali...). Le prime riflessioni raccolte mostrano sostanzialmente una convalida di quanto esposto in questo documento, quasi che un azzeramento delle attività di collaborazione abbia reso ancora più chiara la loro primaria necessità secondo i 4 assi già identificati. L'importanza in questo momento storico di facilitare, sconfinare, rendere sostenibile ed effettivo il lavoro di promozione della salute è più che mai evidente. È necessario partire come

descritto più sopra da una lettura del territorio, mappare, pensare ad azioni che tengano conto di tutti gli aspetti di salute degli individui e delle comunità (corpo, mente, emozioni), utilizzare la nuova socializzazione per creare spazi di dialogo fra i soggetti, inventarsi nuovi modi e nuovi strumenti condivisi. E in tutto ciò si ritiene di grande importanza porre attenzione alla comunicazione che durante la fase più acuta è stata caratterizzata in un senso non molto vicino alle indicazioni qua raccolte. Ci si è domandato: *Che tipo di comunicazione avrebbero voluto i cittadini durante l'emergenza? Come dobbiamo comunicare ora per gestire al meglio questa fase?*

È importante ora dunque pensare, come è stato fatto in questo percorso, a quali sono le domande più importanti da porsi, quali le preoccupazioni da prendere in carico e risolvere, e come farlo in modo partecipato e integrato affinché la risposta del sistema dei servizi sia di eguale complessità a quella presente nel sistema sociale in cui tutti viviamo.

Riferimenti bibliografici

- Belluto, Ceccim, Martino (2020). *La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori*, Tracce Urbane, 8: 70-98.
- Brown C., Harrison D., Burns H., Ziglio E. (2013). *Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf).
- Martino A., Guimarães F.C., Marta B., Ferla A., Sintoni F., Nicoli M.A. (2016). *La costruzione del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva come strumento di lavoro in salute tra Italia e Brasile*, in: *Prassi in salute globale. Azioni condivise tra Brasile e Italia*, Porto Alegre, Brasile/Bologna: UNIDA/CSI-Unibo.
- Merhy E.E., Stefanini A., Martino A. (2015). *Problematizzando Epistemologie in Salute Collettiva. Saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*, Brasile/Bologna: REDE UNIDA/CSI-Unibo.
- Sen A.K. (1994). *La disegualianza*. Bologna: Il Mulino.

[#CommunityLab](#)