

Aprile 2019



Fogli di lavoro 48

Partecipazione e promozione della salute

Promozione Salute Svizzera è una fondazione sostenuta da cantoni e assicuratori. Su incarico della Confederazione, essa coordina e valuta le misure volte a promuovere la salute (art. 19 della Legge federale sull'assicurazione malattie). La Fondazione sottostà alla vigilanza della Confederazione. L'organo decisionale supremo è il Consiglio di fondazione. Promozione Salute Svizzera ha due sedi operative, situate negli uffici di Berna e Losanna. Ogni persona residente in Svizzera versa annualmente CHF 4.80 a favore di Promozione Salute Svizzera, importo che viene prelevato dagli assicuratori malattia. Ulteriori informazioni: www.promozionesalute.ch

Nell'ambito della serie «**Fogli di lavoro Promozione Salute Svizzera**» vengono pubblicate informazioni di fondo, allestite o commissionate da Promozione Salute Svizzera, miranti a supportare gli specialisti nell'attuazione di misure di promozione della salute e prevenzione. Responsabili della redazione dei contenuti dei Fogli di lavoro sono i loro rispettivi autori. I Fogli di lavoro di Promozione Salute Svizzera sono in genere disponibili in forma elettronica (PDF).

Impressum

Editrice

Promozione Salute Svizzera

Direzione del progetto Promozione Salute Svizzera

Dr Manon Delisle, responsabile progetti Partner Relations

Direzione del progetto Commissione di Prevenzione e Promozione della Salute (CPPS) del GRSP

Alexia Fournier Fall, coordinatrice CPPS

Gruppo di accompagnamento (ordine alfabetico)

Homa Attar-Cohen, Service du Médecin Cantonal, Genève; Martine Bouvier Gallacchi, Servizio di promozione e valutazione sanitaria, Ticino; Laure Chiquet, Service de la santé publique, Jura; Tania Larequi, Service de la santé publique, Vaud; Emilie Morard Gaspoz, Office du médecin cantonal, Valais; Fabienne Plancherel, Service de la santé publique, Fribourg; Claude-François Robert, Service de la santé publique, Neuchâtel, Presidente della CPPS; Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuchâtel

Serie e numero

Promozione Salute Svizzera, Fogli di lavoro 48

Citazione

Ischer, P. & Saas, C. (2019): *Partecipazione e promozione della salute*. Fogli di lavoro 48. Berna e Losanna: Promozione Salute Svizzera.

Foto di copertina

iStockphoto

Informazioni

Promozione Salute Svizzera, Wankdorffallee 5, CH-3014 Berna, tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promozionesalute.ch

Testo originale

Francese

Traduzione

CLS Communication

Numero d'ordinazione

01.0281.IT 04.2019

Questa pubblicazione è disponibile anche in francese (numero d'ordinazione 01.0281.FR 04.2019).

Scarica PDF

www.promozionesalute.ch/pubblicazioni

© Promozione Salute Svizzera, aprile 2019

Editoriale

L'azione comunitaria è un elemento fondamentale della promozione della salute e rappresenta uno dei cinque pilastri della promozione della salute secondo la Carta di Ottawa. Per intervenire a livello comunitario è necessario un alto livello di partecipazione, spesso difficile da ottenere sul campo. Per questa ragione, i cantoni latini, raggruppati in seno alla Conferenza latina degli affari sanitari e sociali (CLASS) con il sostegno di Promozione Salute Svizzera, hanno deciso di elaborare alcune piste e raccomandazioni sulla partecipazione nell'ambito della promozione della salute.

Le iniziative partecipative sono ampiamente raccomandate nella prassi della promozione della salute dove, tuttavia, suscitano numerosi interrogativi. Il presente documento intende rispondere a queste domande mediante l'elaborazione di un quadro teorico che definisce il concetto di partecipazione sulla base di uno studio della letteratura. Il documento presenta gli attori interessati da un'iniziativa partecipativa, elenca i vari gradi di partecipazione – dall'informazione alla (co)decisione passando per la consultazione e la (co)costruzione – e riassume le principali tappe di un processo partecipativo. Il quadro teorico viene quindi messo a confronto con quanto avviene sul campo attraverso l'analisi di tre buone pratiche in materia di processi partecipativi. La relazione si conclude con gli ostacoli da evitare e un elenco di domande a cui rispondere prima di avviare un'iniziativa partecipativa.

La partecipazione consente ai vari gruppi di popolazione di esercitare un migliore controllo sulle decisioni che influenzano la loro salute. Essa rafforza inoltre la coesione sociale e assicura una buona sintonia tra i progetti di promozione della salute e i bisogni dei destinatari. Siamo molto lieti della stesura di questo documento che permetterà di migliorare e consolidare l'azione dei cantoni latini in un ambito molto attuale.

Prof. Dr Thomas Mattig
Direttore Promozione Salute Svizzera

Laurent Kurth
Presidente della Conferenza latina degli affari sanitari e sociali CLASS
Consigliere di Stato, Dipartimento delle finanze e della sanità, Cantone di Neuchâtel

Indice

Sintesi	5
1 Introduzione	8
2 Metodo	10
3 Definizione di partecipazione	11
4 Le parti interessate a un processo partecipativo	13
5 I tipi di implicazione delle parti interessate	14
6 Le tappe di un processo partecipativo	18
7 Gli ostacoli, le difficoltà e le condizioni di fattibilità	21
8 Elenco delle domande da porsi prima di avviare un'iniziativa partecipativa	22
9 Bibliografia	23
Allegato 1: glossario	24
Allegato 2: scala di partecipazione di Arnstein	26

L'uso del maschile nel presente testo è da intendersi riferito a entrambi i generi e risponde solo a esigenze di semplicità del testo.

Sintesi

Le iniziative partecipative sono ampiamente utilizzate nel campo della promozione della salute. Nella prassi, tuttavia, questi termini suscitano numerosi interrogativi: chi sono gli attori interessati da un'iniziativa partecipativa? Qual è il loro grado di implicazione? Come rendere possibile il monitoraggio e come misurare la portata e gli impatti di un progetto partecipativo? Quali sono le tappe da seguire per condurre a buon fine un tale progetto? Quali difficoltà si possono incontrare? Quali sono i vantaggi?

Il presente documento, redatto dai cantoni latini in collaborazione con Promozione Salute Svizzera, esamina questi molteplici aspetti fornendo un quadro teorico (rassegna della letteratura) e confrontandolo con quanto avviene sul campo (analisi delle buone prassi in materia di processi partecipativi).

Osservazioni ed elementi chiave

- Non tutti gli interventi richiedono necessariamente un approccio partecipativo. Quando si avvia un progetto di promozione della salute è tuttavia importante valutarne sistematicamente l'opportunità.
- Esistono **diversi gradi di partecipazione, i cui livelli si equivalgono**. Pertanto non è detto che tutti i progetti partecipativi debbano tendere alla co-decisione (che può essere considerata un grado elevato di partecipazione).
- È fondamentale chiedersi **fino a che punto gli attori debbano essere coinvolti e informati** sulle modalità d'azione a cui possono partecipare.
- La conduzione di un processo partecipativo richiede una **metodologia** e una **competenza** specifica che non si improvvisa. È necessario un accompagnamento professionale.
- I progetti partecipativi hanno il vantaggio di mirare ad un vero empowerment e quindi di durare nel tempo. Nondimeno, per garantire l'ancoraggio dei progetti, bisogna considerare anche che la totale autonomizzazione delle parti interessate e l'auto-organizzazione senza **coordinamento** spesso generano difficoltà che possono compromettere il successo dei progetti.

La partecipazione comporta numerosi **vantaggi**:

- **Empowerment.** Stimola l'indipendenza dell'individuo e il sostegno sociale, permette agli individui di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute. Consente una migliore padronanza delle decisioni e delle azioni che incidono sulla salute dei cittadini.
- **Adeguamento ai bisogni dei beneficiari.** Migliore adesione dei beneficiari ai progetti.
- **Rafforzamento della coesione sociale.**
- **Pari opportunità.** A patto di tenere conto soprattutto delle persone vulnerabili.
- **Rafforzamento di processi intersettoriali.**
- **Effetto moltiplicatore.**
- **Implementazione di programmi o progetti a lungo termine.**

La partecipazione comporta anche alcuni **rischi**, ad esempio:

- **Tempi lunghi** spesso necessari per consentire alla comunità di giungere all'autonomia.
- **Affaticamento o sfinimento delle parti interessate.**
- **Un onere finanziario** che alcuni enti amministrativi o alcune istituzioni non possono assumersi.
- **Un perimetro di efficacia delle azioni** di salute comunitaria limitato dalle dimensioni e dalla grandezza del gruppo di persone interessate.
- Eventuali **discrepanze tra interessi individuali e collettivi.**
- La potenziale **rimessa in discussione delle posizioni tradizionali.**
- La difficoltà a **far collaborare persone** che hanno valori, storie o che provengono da contesti socio-culturali diversi.
- La **vulnerabilità di alcune categorie della popolazione** che possono rimanere **invisibili.**
- Alcuni portatori di progetti possono manifestare la volontà di mettere in atto delle iniziative partecipative, ma **si sentano incapaci di condurle in maniera ottimale.**

La valutazione di questo tipo di iniziative avviene principalmente a livello **di processo**. Tuttavia può avere senso anche considerare una **valutazione dell'impatto**.

DESCRIZIONE DEI QUATTRO TIPI DI PARTECIPAZIONE DEGLI ATTORI¹

Tipi di partecipazione	Descrizione
Informazione	I partecipanti vengono informati (o si informano) sulle sfide connesse a un problema da risolvere o a un progetto. Per assicurarsi che tutti abbiano la stessa comprensione della problematica è dunque indispensabile fornire loro l'accesso alle informazioni e consentire loro di formulare delle domande.
Consultazione	Per alimentare il processo, i partecipanti sono invitati a esprimere il loro parere, ad esempio attraverso sondaggi di opinione, audizioni pubbliche, riunioni di gruppo ecc. In cambio, l'animatore o il moderatore si mette in situazione di ascolto. Questa consultazione, tuttavia, non garantisce ai cittadini che le loro preoccupazioni e le loro idee verranno prese in considerazione.
(Co)costruzione	I partecipanti codefiniscono il piano d'azione, il progetto o le attività, ma non hanno il potere di adottarli. Il piano d'azione così definito potrebbe quindi essere sottoposto a un comitato di pilotaggio che detiene il potere decisionale.
(Co)decisione	I partecipanti lavorano in una relazione di equivalenza rispetto al potere. La gestione avviene tramite consenso e tutte le tappe del progetto si iscrivono in un processo di co-decisione. Tale co-decisione è possibile soprattutto su scala ridotta (quartiere, scuola ecc.). È opportuno operare una distinzione tra la decisione politica di concedere un finanziamento, un terreno, un sostegno materiale o in risorse umane e le decisioni più operative adottate dalle parti interessate nel corso dell'iniziativa.

¹ Modello sviluppato dalla Commissione di Prevenzione e Promozione della Salute (CPPS) e da Promozione Salute Svizzera, prendendo spunto dalle scale proposte da diversi autori.

Prima di avviare un'iniziativa partecipativa, è consigliabile porsi una serie di domande. Ecco alcune proposte².

DOMANDE DA PORSI PRIMA DI AVVIARE UN'INIZIATIVA PARTECIPATIVA

Domande

-
- 1) Quale obiettivo si persegue con l'attuazione di un processo partecipativo? Per quali ragioni e a quale scopo si vuole attuare questo processo?
 - a. Un'iniziativa partecipativa è davvero pertinente?
 - b. Si tratta di una richiesta dei finanziatori che esortano a «praticare la partecipazione»?
 - c. Si tratta di un tentativo di miglioramento della qualità di vita della popolazione?

 - 2) Qual è l'obiettivo della partecipazione?

 - 3) Si tratta di un'iniziativa effimera o duratura?

 - 4) In quale misura l'iniziativa è riproducibile in altri contesti?

 - 5) Quali mezzi finanziari e umani devono essere stanziati?

 - 6) Chi può prendere parte al processo partecipativo? E come?
 - a. Chi sono gli attori importanti?
 - b. In che modo i partecipanti sono coinvolti nel processo?
 - c. Quale rete di partenariato istituzionale si può mobilitare?
 - d. Come far partecipare le categorie svantaggiate?

 - 7) Chi definisce e circoscrive il gruppo di partecipanti?
 - a. In che misura gli individui sentono di appartenere a questo gruppo?

 - 8) Qual è il grado di partecipazione dei beneficiari atteso dal cantone o dal comune (informazione, consultazione, co-costruzione o co-decisione)?

 - 9) Qual è il ruolo dei vari attori coinvolti?

 - 10) La composizione dei partecipanti garantisce che vengano espressi tutti gli interessi e tutti i punti di vista importanti? Le persone che rappresentano il gruppo target sono davvero rappresentative?

-

² Queste domande sono state formulate prendendo spunto da Giorgis (2016) e dalla guida pubblicata dal Centro per gli spazi pubblici dell'Unione delle città svizzere – CEP (2016).

1 Introduzione

La Carta di Ottawa, adottata il 21 novembre 1986 dalla prima Conferenza internazionale per la promozione della salute, ha gettato le basi affinché questa promozione consideri l'individuo come padrone della propria salute. La Carta di Ottawa definisce le condizioni che permettono, tra le altre cose, di offrire «a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute» (OMS 1986, 2) ed enuncia cinque azioni che rispondono a questa necessità (costruire una politica pubblica per la tutela della salute; creare ambienti capaci di offrire sostegno; rafforzare l'azione della comunità; sviluppare le capacità personali; riorientare i servizi sanitari). La terza azione si riferisce chiaramente alla partecipazione dato che, nella spiegazione, vi si legge quanto segue: «È attraverso l'azione comunitaria concreta ed efficace che la promozione della salute può stabilire priorità, prendere decisioni e progettare e realizzare strategie tese al miglioramento della salute. [...] Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per favorire l'autosufficienza e la solidarietà sociale e per elaborare sistemi flessibili diretti al rafforzamento della partecipazione e della gestione diretta per quanto riguarda i problemi relativi alla salute. Per questo occorre garantire l'accesso libero e costante a tutte le informazioni e opportunità di conoscenza in tema di salute, nonché un adeguato supporto finanziario.» (OMS 1986, 4). La quarta azione insiste sul sostegno da accordare agli individui affinché siano messi in condizione «di esercitare maggiore controllo, e di operare scelte precise, riguardo alla propria salute e all'ambiente.» (*ibid.*, 4). Secondo Deschamps (2003), la Carta di Ottawa propone di fatto un'autentica alternativa alle tendenze politiche ed economiche del momento, nella misura in cui «completa la nostra democrazia rappresentativa con delle procedure di democrazia partecipativa, il che non è superfluo in un contesto di crisi della politica e di perdita di fiducia del popolo nei confronti dei suoi rappresentanti eletti» (Deschamps 2003, 320).

«Il livello di partecipazione ricercato era alto, ma abbiamo dovuto mantenerci flessibili per non cristallizzarci su un'ideale di partecipazione.»
(Responsabile di progetto ticinese)

In questo senso, la Carta di Ottawa accorda grande importanza al principio di partecipazione e di empowerment. Analogamente ad altri concetti (approccio, mobilitazione o azioni comunitarie, processi, iniziative o approcci partecipativi), essa testimonia la volontà di favorire i processi democratici e di mettere l'individuo al centro delle preoccupazioni. Secondo Mouterde *et al.* (2011), inoltre, la partecipazione dei potenziali beneficiari risulta particolarmente preziosa nella misura in cui:

- favorisce l'eliminazione delle barriere professionali e l'intersectorialità; i fattori di salute appaiono come una delle dimensioni dell'azione, ma vengono presi in considerazione insieme ad altre dimensioni di ordine psicologico, sociale, ambientale ecc.;
- permette la capacitazione e l'empowerment delle persone e delle comunità; si tratta quindi di metterle in condizione di lasciarsi coinvolgere e impegnarsi;
- punta alla ricerca di una presa di coscienza e di un'emancipazione dei membri di una comunità, il che permette di tendere alla responsabilizzazione di quest'ultima. Questo aspetto risulta particolarmente interessante e utile in un periodo di tensione crescente sulle risorse, tanto più che la partecipazione può favorire una migliore regolamentazione delle azioni di salute pubblica.

Per quanto riguarda le esperienze nella Svizzera romanda e in Canton Ticino, analizzate ai fini della stesura del presente documento, l'attuazione di progetti partecipativi è una scelta fruttuosa in quanto permette di valutare con particolare attenzione i reali bisogni dei beneficiari che possono proporre soluzioni ai problemi che essi stessi sperimentano o che desiderano risolvere. Così facendo essi si impegnano nel processo e si responsabilizzano, evitando generalmente l'insorgere di frustrazioni. Inoltre, se da un lato la partecipazione può tradursi nell'implementazione di programmi a lungo termine, dall'altro permette di

mobilitare le competenze acquisite durante questo processo per altri progetti in contesti diversi. Tutto indica, dunque, che la partecipazione contribuisce a migliorare le iniziative in materia di promozione della salute.

Ciò detto, il passaggio dall'enunciazione di questi principi alla loro attuazione concreta risulta talvolta difficile. Così scrive uno degli autori che hanno contribuito all'opera collettiva *25 ans*

d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones: «Perorare la causa della promozione della salute resta dunque una delle sfide principali per gli anni a venire. Attualmente per molti versi la promozione della salute sembra inadeguata a mobilitare e a far partecipare. Un inconveniente di non poco conto, poiché si tratta esattamente degli obiettivi che si prefigge di raggiungere.» (Lorenzo 2012, 66).

Constatazione ripresa anche nella conclusione in questi termini: «Fatta salva la diversità e la complessità di contesti in cui si muove la Carta di Ottawa, restano alcune sfide da raccogliere per far evolvere concretamente le prassi. Esiste ad esempio il bisogno di rafforzare gli approcci partecipativi, il lavoro in partenariato e la collaborazione intersettoriale, la necessità di aumentare le risorse disponibili e l'importanza di dotarsi di strumenti di valutazione.» (Lannes & Sanni Yaya 2012, 85).

L'obiettivo del presente documento è prendere atto di questi avvertimenti per elaborare dei processi partecipativi che tengano conto dei bisogni della popolazione e che ottengano risultati il più duraturi possibile. È questo il motivo per cui, nelle pagine seguenti, si propone di definire il concetto di «parteci-

«I promotori di progetti e gli animatori devono accettare che alcuni gruppi non siano interessati a proposte o che preferiscano muoversi nell'ambito di strutture associative gerarchiche. È un po' come con i bambini: possiamo trasmettere loro quello in cui crediamo, ma ciò che ne faranno non dipende da noi.»

(Responsabile di progetto vodese)

pazione» e quindi di fornire elementi di risposta agli interrogativi seguenti: chi sono gli attori interessati da un'iniziativa partecipativa? Qual è il loro grado di coinvolgimento? Come rendere possibile il monitoraggio e come misurare la portata e gli impatti di un progetto partecipativo nell'ambito della promozione della salute? Quali sono le tappe da seguire per condurre a buon fine un tale progetto? Quali difficoltà si possono incontrare? Infine, viene riportato un elenco di domande che è necessario porsi prima di realizzare un'iniziativa partecipativa. Per illustrare alcuni di questi elementi vengono brevemente presentati tre progetti. Sebbene sia difficile ipotizzare di riprodurli in un contesto diverso, questi esempi dovrebbero comunque dare modo di cogliere alcune delle criticità tipiche dei processi partecipativi.

In conclusione, è proprio con l'intenzione di assicurare una migliore comprensione della partecipazione nell'ambito della promozione della salute che i cantoni latini e Promozione Salute Svizzera si sono prefissati di definirne un quadro concettuale comune e di individuarne le possibili applicazioni concrete nelle strategie e nei progetti futuri. Questo modo di procedere è fondamentale poiché, come sottolineano Fournier e Potvin (1995), «definire e quindi misurare la partecipazione comunitaria non sono futili esercizi di stile. Dal momento che questa nozione occupa un posto preponderante nel discorso degli operatori sanitari, sarebbe utile precisare cosa s'intende per partecipazione comunitaria e soprattutto cosa ci si aspetta da essa. Questo chiarimento permetterebbe di rivalutare alcune strategie che si basano su questa nozione e di evitare una deriva retorica.» (Fournier & Potvin 1995, 54).

2 Metodo

La prima tappa che ha condotto alla stesura del presente documento è stata la realizzazione di una rassegna della letteratura al fine di individuare e definire i concetti nonché di prendere conoscenza delle buone prassi in materia di partecipazione comunitaria e di processi partecipativi.

In secondo luogo, questo primo quadro teorico è stato messo al vaglio dei rappresentanti della Commissione di Prevenzione e Promozione della Salute (CPPS) e di Promozione Salute Svizzera, che si sono quindi riuniti nei giorni 8 e 9 febbraio 2018 a Bellinzona per discutere, alimentare e precisare le diverse definizioni di partecipazione comunitaria nel settore della promozione della salute.

Queste giornate si sono aperte intorno a numerose constatazioni, riferite dai partecipanti sulla base delle loro esperienze:

- il concetto di «participation communautaire» è difficile da definire nel contesto svizzero, perché non esiste una corrispondenza linguistica in italiano e in tedesco. Si osserva quindi una differenza tra il mondo francofono e le altre regioni linguistiche;
- alcune definizioni proposte da determinati organi di legittimazione (come ad esempio l'OMS nonché le definizioni che si trovano nella Carta di Ottawa) sono relativamente datate e si prestano poco a essere applicate al contesto attuale;
- la pluridisciplinarietà e l'interdisciplinarietà funzionano piuttosto bene, ad esempio nei progetti che abbinano ingegneri e professionisti del settore sanitario. Detto ciò, può essere talvolta indispensabile instaurare un dialogo e individuare problematiche comuni tra gli attori della promozione della salute, perché in questo campo convergono esponenti del settore della salute e di altre discipline;
- mentre gli attori attivi «sul campo» riescono a collaborare relativamente bene, la collaborazione a livello politico pare più difficile e laboriosa

(a causa di visioni e obiettivi politici che possono essere molto discordanti). Inoltre, i vari servizi amministrativi si accordano sul riconoscimento dei problemi di salute pubblica, ma le persone possono avere una visione diversa delle soluzioni per risolverli;

- vi è poi la questione della legittimità dei diversi attori, in particolare quella inerente alla funzione (ad esempio il medico). È importante quindi sottolineare sempre che tutti i contributi sono ugualmente importanti;
- altrettanto fondamentale è l'aspetto di scala: dato che la prevenzione e la promozione della salute dipendono innanzitutto dal cantone, non è sempre facile tenere conto dell'ambito comunale;
- anche se i cittadini devono partecipare attivamente alla promozione della salute, bisogna comunque poter fare affidamento sulle competenze dei professionisti affinché li accompagnino e li guidino in questa iniziativa;
- infine, a conferma di quanto sostenuto da alcuni autori, la partecipazione in materia di promozione della salute è ancora poco applicata. Pur trattandosi di un fenomeno valorizzato, si osserva spesso un divario tra il grado di partecipazione annunciato e ciò che viene realmente fatto.

Successivamente, sono stati condotti dei colloqui semistrutturati con alcuni promotori di progetti partecipativi per la Svizzera romanda e il Canton Ticino. Lo scopo di questi otto colloqui consisteva nel misurare la pertinenza, la chiarezza e la coerenza del presente documento, ma anche di alimentarlo alla luce delle esperienze di questi informatori privilegiati. La presente guida costituisce dunque una compilazione dei risultati di una ricerca qualitativa, basata sia su documenti che su colloqui.

3 Definizione di partecipazione

Diversi autori – in particolare Zask (2011) – insistono sulle due nozioni distinte a cui rimanda il termine partecipazione: «far parte di» o «prendere parte a». Riproponiamo qui la sintesi che si trova nell'opuscolo *La participation communautaire en matière de santé*: ««Far parte di» indica una concezione passiva della partecipazione e non implica necessariamente un'attività in seno al gruppo di appartenenza (città, quartiere, associazione ecc.). «Prendere parte a» si riferisce invece a una nozione di impegno, a una concezione attiva in seno al gruppo, fondata sull'atto di partecipazione in sé» (Bantuelle *et al.* 2000, 10). Gli autori continuano ricordando che, nell'ambito della promozione della salute, prevale la seconda accezione del termine in quanto privilegia il punto di vista attivo, ovvero interattivo³. L'essenziale sta infatti nel permettere all'individuo «di ottenere un potere di controllo su una decisione o sulla produzione di un servizio che lo riguarda» (*ibid.*, 10). Quando si parla di partecipazione è inoltre fondamentale sottolineare che non è possibile risolvere i problemi di una popolazione senza che quest'ultima sia associata all'analisi, all'espressione e alla risoluzione dei problemi; da cui l'espressione cara a Freire che ricorda la necessità di «fare con loro, non per loro», privilegiando così l'orizzontalità (*ibid.*). Gli stessi autori insistono sulla necessità di cogliere al meglio le rappresentazioni degli individui perché, fanno notare, la nozione di salute «non sarà percepita allo stesso modo dagli abitanti di un quartiere in crisi rispetto ai professionisti o ai rappresentanti eletti a livello locale, ad esempio. Il contesto di vita, l'istruzione, la religione e numerosi altri elementi influenzano queste rappresentazioni diverse» (*ibid.*, 19). In definitiva, come indicato nel glossario sulla promozione della salute pubblicato dall'OMS, «la partecipazione della popolazione è

fondamentale in qualsiasi azione di promozione della salute. [...] La partecipazione è fondamentale affinché gli sforzi compiuti siano duraturi» (OMS 1999, 2).

Si noti altresì che la partecipazione è un processo che genera varie ricadute importanti che non sono obbligatoriamente pianificate in partenza. Non bisogna mai perdere di vista il fatto che la finalità resta la promozione della salute. Sotto questo profilo, la partecipazione è innanzitutto un metodo o un atteggiamento professionale che idealmente dovrebbe essere sempre preso in considerazione. Tuttavia, non trattandosi di un fine in sé, può essere eventualmente tralasciato. In questo caso, però, è importante giustificare le motivazioni di una simile decisione. In secondo luogo, la partecipazione deve permettere, grazie a un adeguato accompagnamento, di sensibilizzare la popolazione rispetto alle proprie necessità. Inoltre può avere un effetto moltiplicatore poiché è probabile che i partecipanti ne riproducano il processo in un altro

contesto o per una problematica diversa. Questo fenomeno genera un valore aggiunto non trascurabile in materia di salute comunitaria.

Il termine «partecipazione comunitaria», ampiamente diffuso dagli anni '60 e ripreso nella Carta di Ottawa, è però ormai desueto. In effetti, nessun promotore di progetti lo ha evocato in sede di colloquio.

Ecco perché si consiglia di parlare piuttosto di iniziativa o di processo partecipativo. Lo stesso dicasi per il concetto di comunità, la cui definizione può generare confusione e sottintendere un sentimento di appartenenza che gli individui non condividono necessariamente. Questi ultimi possono essere considerati dai professionisti come facenti parte di una comunità, quando invece non lo sono. Inoltre, come citato nel glossario dell'OMS, «in molte società, soprattutto in quelle dei paesi sviluppati, gli individui non appar-

«In un processo di questo tipo su certe cose bisogna accettare di «mollare» per trovare un consenso, ma quando ci si riesce è molto importante. Creare accordo dà un peso enorme al progetto.»
(Responsabile di progetto ticinese)

³ Da segnalare che è sempre questa seconda accezione ad essere sistematicamente privilegiata dai responsabili di progetto incontrati.

tengono ad una singola comunità distinta, ma sono piuttosto membri di diverse comunità sulla base di alcune variabili quali la posizione geografica, il tipo di occupazione, gli interessi sociali e quelli legati al tempo libero» (Glossario OMS della Promozione della Salute, DoRS 2012, 6-7). Infine, alcune persone appartengono solo temporaneamente o parzialmente a una comunità.

Pur avendo deciso di abbandonare la nozione di «comunità» a favore di quella più neutra di «gruppo»⁴, resta comunque il fatto che alcuni elementi definitivi della prima possono perfettamente essere conservati. Così, al fine di circoscrivere meglio il gruppo, è certamente possibile basarsi sui tre tipi di comunità evocati da Hyppolite e Parent, ovvero:

- «Le comunità **geografiche**, che condividono lo stesso territorio, considerato come luogo significativo di appartenenza sociale (quartiere, città, regione);
- le comunità **di interessi**, che condividono le stesse problematiche sociali (i disoccupati, gli affittuari, chi usufruisce dell'assistenza sociale ecc.);
- le comunità **di identità e di affinità**, che condividono un'identità acquisita o ambita (le giovani donne, le minoranze culturali, gli omosessuali, chi fa uso di droghe ecc.)» (Hyppolite & Parent 2017, 182-183)

Infine, per quanto riguarda le criticità, è importante sottolineare che i gruppi non sono omogenei, bensì composti da persone che hanno valori e punti di vista diversi (Hyppolite & Parent 2017). Può dunque risultare difficile individuare i rappresentanti del gruppo, tanto più che questi ultimi possono essere delle persone ancora più sfavorite rispetto alla comunità nel suo insieme e che di fatto non rappresentano sempre l'insieme del gruppo in termini di posizione sociale e di accesso alle risorse. Analogamente, le aspettative e le decisioni dei membri del gruppo possono andare in senso opposto rispetto all'equità e alla giustizia sociale.

Ispirata a Rifkin *et al.* (1988), la definizione di partecipazione nell'ambito della promozione della salute qui ripresa è la seguente:

«Processo sociale in cui un gruppo di individui partecipa

- 1) all'individuazione dei propri bisogni,
- 2) ai processi decisionali e
- 3) alla creazione di meccanismi per rispondere ai propri bisogni.»

In questo senso, la partecipazione può favorire l'**empowerment** dell'individuo, ovvero «il processo che ha per obiettivo l'aumento delle risorse personali di un individuo o di una comunità affinché possa decidere con cognizione di causa e fare scelte favorevoli alla salute». Questa definizione fa riferimento alla nozione di capacitazione e rimanda all'idea di «fornire i mezzi per agire in materia di salute», ovvero al «processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute.» (Glossario OMS della Promozione della Salute, DoRS 2012, 7)⁵. Secondo le persone intervistate, la partecipazione promuove l'empowerment in quanto i beneficiari si appropriano del progetto, lo incarnano e possono, attraverso quest'esperienza, acquisire il potere di agire e di sviluppare competenze (tecniche o sociali).

⁴ Questa scelta è stata dettata anche dagli esiti dei colloqui. A titolo di esempio, una promotrice di progetto ha dichiarato: «In francese, quando si parla di comunità, ci si riferisce soprattutto alle comunità di migranti. Quindi, a scampo di equivoci, si parla di gruppo di persone che si identificano attraverso elementi che le caratterizzano, che hanno interessi in comune, che fanno parte di una rete e che hanno un legame.»

⁵ La definizione completa di «assegnare i mezzi per agire in materia di salute» proposta dall'OMS figura nel glossario del presente documento.

4 Le parti interessate a un processo partecipativo

Le parti interessate a un progetto partecipativo si suddividono generalmente in tre categorie: le persone interessate dalla problematica (i beneficiari), gli attori di prossimità (professionisti e non) e gli organi decisionali.

1. Le **persone interessate dalla problematica (o i leader comunitari che godono di una legittimità sufficiente per rappresentarle)**.

Questi beneficiari possono costituire un gruppo eterogeneo composto da individui che vivono situazioni che «determineranno il carattere spontaneo della partecipazione o gli atteggiamenti di rifiuto e diffidenza nei confronti della stessa» (Bantuelle *et al.* 2000, 32).

Questo gruppo può essere costituito in comunità *a priori*, può trattarsi cioè di persone che si organizzano spontaneamente con l'intento di difendere un interesse comune (ad esempio *act up*). Questa comunità può avere delle aspettative a cui può essere difficile rispondere, perciò è importante ridefinire e precisare quali dei loro bisogni potranno essere presi in considerazione. La comunità può anche essere avviata dall'esterno, cioè *a posteriori*, dopo aver individuato il problema che funge da collante, eventualmente segnalato da altri attori coinvolti nel processo partecipativo. In questo caso occorre pazientare finché tutti condividono il sentimento di appartenenza. Talvolta è difficile individuare con chiarezza i beneficiari (ad esempio i «bambini»): ecco perché può essere utile, a seconda del contenuto e dell'obiettivo del progetto, far partecipare persone in grado di rappresentarli (genitori di alunni, insegnanti, delegati alla gioventù ecc.).

2. Il gruppo degli **attori di prossimità (professionisti e non)** è composto da:

I. **Professionisti che gestiscono e coordinano il processo** (animatori, coordinatori, relatori).

«Bisogna essere agili e flessibili e non fissare obiettivi troppo rigidi. In questo modo ci si adegua ai bisogni dei beneficiari e ci si lascia convincere da quello che si vede sul campo. Al tempo stesso, non bisogna creare troppe aspettative e accompagnare e valorizzare le parti coinvolte. Inoltre, se le persone si impegnano, bisogna fornire presto dei risultati.»
(Responsabile di progetto giurassiano)

Queste persone svolgono un ruolo importante perché sono loro a dover assegnare il ruolo di attori alle persone toccate dalla problematica e a guidare la dinamica del processo. Per questo devono immergersi nella comunità o, quantomeno, conoscerne i valori, i codici, le percezioni, le rappresentazioni. Queste persone devono possedere solide competenze in materia di gestione di processi partecipativi.

II. **Moltiplicatori** (medici, insegnanti, infermieri, operatori sociali, animatori di strada, volontari,

operatori sociali, animatori di strada, volontari, membri di associazioni, cittadini che assumono il ruolo di persone-risorse, rappresentanti di istituti medicosociali o di parrocchie, genitori di alunni, commercianti, poliziotti ecc.). Le loro prassi, il loro know-how tecnico e psicologico e i rapporti che intrattengono con gli abitanti costituiscono un'importante fonte di conoscenze. Tuttavia, talvolta possono essere esclusi da determinate realtà sul campo e

non sempre hanno rapporti tra di loro.

III. **Esperti** (valutatori, specialisti) che in virtù della loro terzietà sono garanti della neutralità e possono, se del caso, «svolgere un ruolo di mediazione tra gli attori in quanto si situano alla stessa distanza da ognuno di essi» (Bantuelle *et al.* 2000, 38-39). Questi esperti possono essere dei collaboratori di università, di scuole universitarie o di centri di competenza per la promozione della salute.

3. Gli **organi decisionali** sono rappresentati da:

I. **Rappresentanti politici**

II. **Finanziatori (privati o pubblici)**; può trattarsi della Confederazione, dei cantoni, dei comuni, di fondazioni, associazioni o imprese private.

III. **Servizi amministrativi o altro**

5 I tipi di implicazione delle parti interessate

La partecipazione a un progetto, quale esso sia, non ha sempre bisogno del medesimo investimento da parte degli individui: esistono quindi livelli di partecipazione diversi. Come sottolineato da Hyppolite e Parent, «la presenza di persone, di gruppi o di rappresentanti di comunità non implica necessariamente una partecipazione significativa. In altre parole, si può essere presenti e persino partecipare, ma non influenzare o non decidere nulla» (Hyppolite & Parent 2017, 187). D'altra parte, a livello della prevenzione e della promozione della salute, **non tutte le azioni richiedono necessariamente un approccio partecipativo e non tutti i progetti partecipativi devono per forza tendere alla co-decisione (che può essere considerata come un grado elevato di partecipazione)**. In effetti, a seconda del contenuto del programma, delle risorse umane e finanziarie dispo-

nibili e/o del profilo dei partecipanti, è difficile se non impossibile che alcuni attori siano profondamente associati a tutte le tappe del processo e che contribuiscano a tutte le decisioni. Come ricorda una delle promotrici di progetto che abbiamo incontrato: «Non bisogna fare partecipazione solo per il gusto di farlo: talvolta basta l'informazione. Bisogna adeguare il tipo di partecipazione atteso alle esigenze delle diverse parti interessate.»

Detto ciò, è fondamentale chiedersi fino a che punto gli attori debbano essere coinvolti e informati sulle forme di azione a cui possono partecipare. Ispirandosi alle scale proposte da diversi autori (in particolare l'urbanista Sherry Arnstein – cfr. tabella 3, allegato 2) o organismi (ReCompose⁶; Institut du Nouveau Monde), la CPPS e Promozione Salute Svizzera hanno sviluppato il modello seguente (cfr. tabella 1).

TABELLA 1

Descrizione dei quattro tipi di partecipazione degli attori

Tipi di partecipazione	Descrizione
Informazione	I partecipanti vengono informati (o si informano) sulle sfide connesse a un problema da risolvere o a un progetto. Per assicurarsi che tutti abbiano la stessa comprensione della problematica è dunque indispensabile fornire loro l'accesso alle informazioni e consentire loro di formulare delle domande.
Consultazione	Per alimentare il processo i partecipanti sono invitati a esprimere il loro parere, ad esempio attraverso sondaggi di opinione, audizioni pubbliche, riunioni di gruppo, ecc. In cambio, l'animatore o il moderatore si mette in situazione di ascolto. Questa consultazione, tuttavia, non garantisce ai cittadini che le loro preoccupazioni e le loro idee verranno prese in considerazione.
(Co)costruzione	I partecipanti co-definiscono il piano d'azione, il progetto o le attività, ma non hanno il potere di adottarli. Il piano d'azione così definito potrebbe quindi essere sottoposto a un comitato di pilotaggio che detiene il potere decisionale.
(Co)decisione	I partecipanti lavorano in una relazione di equivalenza rispetto al potere. La gestione avviene tramite consenso e tutte le tappe del progetto si iscrivono in un processo di co-decisione. Tale co-decisione è possibile soprattutto su scala ridotta (quartiere, scuola ecc.). È opportuno operare una distinzione tra la decisione politica di concedere un finanziamento, un terreno, un sostegno materiale o in risorse umane e le decisioni più operative adottate dalle parti interessate nel corso dell'iniziativa.

⁶ ReCompose è un collettivo di persone che ambisce a «mettere l'intelligenza al servizio della riduzione degli sprechi insieme ai partecipanti di organizzazioni, collettività e collettivi» (ReCompose, www.recompose.it, consultato il 10.04.2019). L'obiettivo è creare una rete di collegamenti tra i diversi attori al fine di elaborare insieme delle soluzioni per ridurre gli sprechi.

Basandosi su questo modello, è possibile far corrispondere il tipo di partecipazione auspicato e/o constatato per ciascuna parte interessata e il momento in cui queste vengono integrate nel progetto.

Il progetto «Diagnostic des quartiers» dell'antenna romanda dell'Associazione traffico e ambiente (ATA)

Questo esempio permette di illustrare come compilare la tabella relativa ai diversi tipi di partecipazione.

Su richiesta del servizio di urbanistica della città di Ginevra e in collaborazione con il Dipartimento della salute e quello della mobilità, l'antenna romanda dell'ATA (Associazione traffico e ambiente) stila da circa vent'anni delle diagnosi all'interno dei quartieri per adeguare gli spazi pubblici alle esigenze delle persone anziane: tempo stabilito per l'attraversamento delle strade munite di semafori, altezza delle panchine o dei marciapiedi, ubicazione dei servizi igienici pubblici ecc. Queste diagnosi, realizzate nell'arco di circa un anno, vengono eseguite attraverso iniziative partecipative con le persone anziane: non sono quindi i promotori del progetto a definire i suddetti bisogni, bensì i diretti interessati. Si comincia con la presa di contatto con le unità di azione comunitaria per in-

contrare i beneficiari e gli intermediari (rappresentanti dei servizi sociali o di aiuto alla persona). Dopodiché i bisogni vengono individuati sulla base di colloqui, prima individuali e poi collettivi, con persone anziane. Per verificare quanto emerge dai colloqui, vengono organizzati degli accompagnamenti itineranti direttamente sul posto con alcuni volontari. Su questa base l'ATA formula delle raccomandazioni ai servizi interessati. Poiché si tratta di organizzare lo spazio urbano è il servizio di urbanistica a decidere, in ultima istanza, se verranno apportate o meno delle modifiche. Considerate tutte le parti interessate da questo progetto (anziani, rappresentanti dell'ATA, dei servizi sociali o di aiuto alla persona, esperti, servizi amministrativi, rappresentanti politici), ecco come si può schematizzare la partecipazione dei principali beneficiari:

TABELLA 2

Partecipazione dei beneficiari nel quadro di un progetto ginevrino

Beneficiari	Tipo di partecipazione	Descrizione
Anziani che abitano nel quartiere e che vogliono partecipare all'iniziativa	Informazione	Tutti gli anziani che prendono parte all'iniziativa (generalmente una quindicina) vengono informati del progetto dall'inizio del processo.
	Consultazione	1) I bisogni degli anziani vengono individuati dall'ATA sulla base di colloqui prima individuali e poi collettivi. 2) L'ATA organizza degli accompagnamenti itineranti con alcuni rappresentanti.
	Co-costruzione	Dopo la consultazione, l'ATA valuta delle soluzioni con alcuni rappresentanti dei beneficiari.
	Co-decisione	-

Il progetto di skatepark dell'associazione Skate In Le Locle (SKILL)

Questo esempio dimostra che vi sono situazioni in cui la partecipazione può permettere che i beneficiari co-costruiscano fisicamente un'infrastruttura ad essi destinata.

Nel 2014, una decina di ragazzini di Le Locle amanti dello skateboard, del monopattino e del BMX avrebbe voluto disporre di una pista dove praticare le attività preferite. Non sapendo a chi rivolgersi, iniziano a parlare con uno skater più grande che scoprono essere ricercatore e insegnante in una scuola universitaria nonché esperto di associazioni. Quest'ultimo, che si è assunto il ruolo di facilitatore e di «locomotiva» per tutta la durata del processo, li invita inizialmente a creare un'associazione (SKILL – Skate In Le Locle) e a contattare le autorità comunali al fine di esporre il loro progetto e chiedere un finanziamento. Tuttavia, invece di far spendere al comune una somma considerevole per costruire un'infrastruttura che non risponde necessariamente alle esigenze dei futuri utenti, viene deciso di aprire un cantiere partecipativo. Lo scopo dell'iniziativa è semplice: sono gli stessi beneficiari che partecipano alla costruzione della pista, sotto la supervisione di animatori e dell'accompagnatore di cui sopra. Per rendere realizzabile il progetto, chiedono preventivamente al comune che metta a loro disposizione uno spazio, che offra loro una serie di prestazioni relative ai lavori pubblici (in particolare il trasporto di materiali) e che presti loro le attrezzature necessarie. Sensibili al fatto che dei ragazzi si mobilitano per ottenere ciò che desiderano, i rappresentanti del Consiglio comunale decidono immediatamente di sostenere il progetto. Una volta ottenuto il per-

messo di costruzione e raccolti i fondi per l'acquisto dei materiali necessari, i lavori possono iniziare. In questa fase la principale difficoltà risiede nel tempo che bisogna dedicare ai lavori e nelle forze vive che è necessario mobilitare. In effetti, visto che la partecipazione è frutto di un'iniziativa su base sostanzialmente volontaria, non è pensabile obbligare i ragazzi a essere presenti tutti i giorni in cantiere. Ecco perché i lavori si svolgono in maniera puntuale, soprattutto durante i periodi delle vacanze scolastiche.

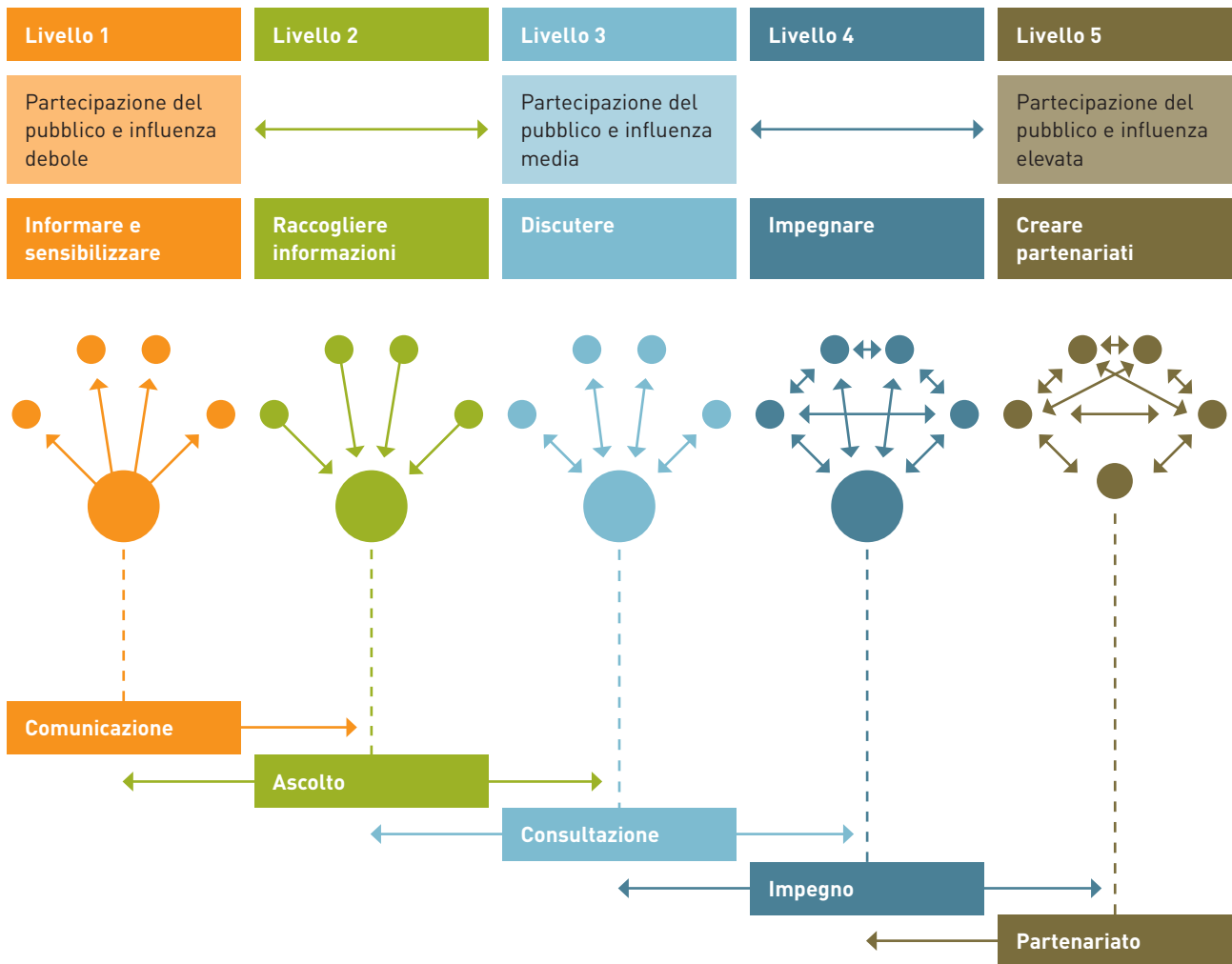
I vantaggi sono di ordine diverso. Innanzitutto, l'utilizzo dello spazio è ottimale e l'infrastruttura risponde ad esigenze concrete, dato che sono i futuri utenti che partecipano direttamente alla sua realizzazione. In secondo luogo, i benefici sono particolarmente tangibili nella misura in cui i destinatari possono utilizzare rapidamente l'infrastruttura. In terzo luogo, man mano che avanza, il progetto permette di integrare nuovi partecipanti in virtù della sua natura evolutiva. Alcuni, ad esempio, hanno preso parte solo all'inizio dei lavori e poi si sono ritirati. In quarto luogo, i ragazzi trattano con cura e rispettano scrupolosamente il terreno che hanno contribuito a sistemare, e al tempo stesso sensibilizzano i loro coetanei al lavoro che hanno svolto. In quinto luogo, sviluppano competenze sia tecniche (fabbricazione del cemento, lavori in muratura ecc.) che trasversali (organizzazione di un progetto, raccolta di fondi, risoluzione di problemi, lavoro di squadra ecc.). Da ultimo, si (ri)creano dei legami tra i ragazzi, tra questi e le autorità comunali, tra le imprese che forniscono prestazioni e i partecipanti al progetto ecc.

Un altro schema, proposto da Santé Canada (2000), illustra graficamente cinque livelli di partecipazione. Anche se i termini utilizzati sono diversi da quelli citati prima, questo schema ha il merito di evidenziare le interazioni tra i partecipanti (le persone

interessate dalla problematica sono rappresentate dalle sfere piccole, mentre gli attori di prossimità e gli organismi decisionali sono rappresentati dalle sfere grandi).

FIGURA 1

Livelli di partecipazione comunitaria adottati da Santé Canada



Fonte: adattato da Patterson Kirk Wallace

6 Le tappe di un processo partecipativo

L'attuazione di un processo partecipativo può assumere diverse forme (a seconda del profilo dei partecipanti, dello scopo, del contesto geografico e socioculturale ecc.), ma è importante rispettare alcune tappe. Ispirate ai documenti redatti dal Ministero della salute del Regno del Marocco (2013) e a Hyppolite e Parent (2017) nonché a colloqui semistrutturati, ecco le tappe raccomandate:

1. Tappe di preparazione

- a) Individuare il problema, facendo capo alle persone interessate dalla problematica, agli attori di prossimità o agli organismi decisionali.
- b) Individuare partner volontari e motivati e definire il gruppo di persone interessate, che si tratti di un gruppo preesistente all'iniziativa o che venga costruito nell'ambito della stessa. Al suo interno individuare i soggetti fondamentali senza i quali il progetto non potrebbe avere luogo.
- c) Riunire i partecipanti e definire il perimetro del progetto, i ruoli e le responsabilità di ciascuno nonché i vincoli e i limiti del processo partecipativo.
- d) Cogliere le rappresentazioni dei partecipanti per assicurarsi che tutti parlino della stessa cosa e che le percezioni siano condivise. In questo senso è raccomandabile adottare un approccio partecipativo incentrato sull'empowerment, mobilitando gli attori interessati e chiedendo il loro

«È importante che una persona assuma il ruolo di coordinatore per l'intera durata del processo. Questa persona deve dimostrare di avere determinate competenze perché ci siamo resi conto che per accedere a servizi amministrativi, per essere presi sul serio dai rappresentanti eletti a livello locale, per redigere un dossier e per trovare delle argomentazioni valide è necessario avere queste competenze.»

(Responsabile di progetto neocastellano)

punto di vista sulla problematica grazie a meccanismi che assicurano spazi di scambio, di discussione e di negoziazione affinché tutti possano trovare un'intesa sui passi futuri e possano influenzare le decisioni che li riguardano. È sempre in questa fase che bisogna individuare e mobilitare i leader formali e informali che dovranno facilitare la mobilitazione del team di progetto e dei partner. I leader devono possedere competenze tecniche, di comunicazione e umane particolari ed essere interessati e convinti del progetto.

- e) Approfondire le esigenze, i desideri o i problemi indicati dai partecipanti e verificare come viene percepita la situazione dagli altri membri della comunità.
- f) Delineare il quadro di una problematica o le caratteristiche di un gruppo interessato utilizzando approcci quantitativi e qualitativi a partire da dati epidemiologici e statistici, e basandosi sulle percezioni e sulle rappresentazioni degli interessati. Si tratta dunque di coniugare know-how scientifico, pratico ed esperienziale per ottenere un quadro complessivo.
- g) Individuare le ripercussioni del partenariato e le possibili questioni giuridiche.
- h) Determinare le risorse necessarie e le modalità per ottenerle.

2. Tappe di realizzazione

- a) Pianificare le strategie e le azioni. In questa tappa è necessario determinare gli obiettivi che si vogliono conseguire e scegliere le azioni più idonee. Tutto ciò in funzione degli elementi seguenti: volontà e capacità d'impegno del gruppo, risultati previsti delle azioni, sostegno all'interno del gruppo, disponibilità di risorse finanziarie, tempo necessario per svolgere le azioni, contesto sociale, politico ed economico.
- b) Stabilire chi farà cosa (ruoli e responsabilità) senza dimenticare che la riuscita e la durata degli effetti di un'iniziativa partecipativa potranno essere assicurati grazie a un accompagnamento dei team a vari livelli (sensibilizzazione, riunioni di monitoraggio e visite di controllo).
- c) Fornire ai partecipanti i mezzi affinché possano «partecipare a» (anziché fare semplicemente «parte di»).
- d) Organizzare azioni collettive al fine di realizzare gli obiettivi precedentemente fissati.

3. Tappe di monitoraggio e di valutazione

- a) Garantire il monitoraggio e valutare il processo e le attività del partenariato. In altre parole, bisogna valutare la strada percorsa e i cambiamenti prodotti dall'inizio dell'intervento. Ciò implica adottare uno sguardo critico sul processo svolto, sui punti forti e su quelli deboli degli interventi e sugli eventuali cambiamenti da introdurre. È importante definire indicatori di valutazione all'inizio del processo in modo da poter misurarne gli impatti e disporre di parametri convalidati che gli conferiscano valore e che permettano così di riprodurre l'iniziativa in contesti diversi.
- b) Determinare le tappe successive (orientamenti futuri).

- c) Determinare come adeguarsi e continuare o mettere fine al partenariato (revisione, rinnovo e chiusura).
- d) Preparare la conclusione del mandato, ovvero pianificare l'autonomizzazione dei beneficiari e, se del caso, ridefinire i ruoli o pianificare la mobilitazione di nuovi attori.

Fin dall'inizio e per tutta la durata del processo, è indispensabile tenere conto dei valori di efficacia, efficienza ed equità (quest'ultima deve essere un valore trasversale al fine di evitare qualsiasi forma di discriminazione). Analogamente, è fondamentale insistere sulla comunicazione e sulla mobilitazione sociale. Una buona comunicazione è infatti un elemento chiave affinché i beneficiari e i partner prendano coscienza dei problemi e delle soluzioni, vengano mobilitati fondi e altri gruppi possano beneficiare delle esperienze acquisite.

Il progetto «Quartiers Solidaires» di Pro Senectute

Questo esempio presenta una maniera originale di articolare le diverse tappe di cui si compone un progetto partecipativo rivolto alle persone anziane.

Oltre 15 anni fa Pro Senectute Vaud ha deciso di sviluppare un programma volto a potenziare l'integrazione degli anziani. A tal fine, l'organizzazione ha avviato un processo partecipativo per valutare i bisogni degli anziani e permettere loro di formulare delle soluzioni. Il progetto segue una metodologia basata sulle tappe elencate di seguito.

0. Analisi preliminare: presa di contatto con le organizzazioni professionali e associative attive nel comune per sondare le possibili collaborazioni ed elencare le prestazioni esistenti. In questa fase viene realizzato anche un primo sondaggio tra alcuni anziani per valutare l'interesse nei confronti del progetto.

1. Diagnosi: una volta deciso il lancio, viene realizzata una diagnosi nell'arco di un anno per redigere una panoramica sulla qualità di vita degli anziani nel quartiere, nella città o nel paese interessato. Durante i primi mesi, gli animatori s'immergono nel comune e intrecciano dei legami con gli abitanti. Dopodiché il comune invia alle persone anziane un invito personalizzato a partecipare a una riunione informativa, nel corso della quale i rappresentanti più impegnati possono partecipare al gruppo-abitanti, a cui viene affidato il compito di redigere il questionario di indagine, condurre le interviste con gli altri anziani e organizzare un forum per la comunicazione e la discussione dei risultati. In base all'insieme delle informazioni raccolte viene allestito un rapporto da sottoporre al comune. Sulla stessa base gli anziani vengono invitati, nel quadro di gruppi di lavoro, a riflettere su alcune soluzioni che rispondono ai bisogni individuati.

2. Fase di costruzione: nel corso del secondo anno del progetto vengono attuate le soluzioni e le attività. Ad esempio, facendo riferimento alla problematica della solitudine soprattutto la do-

menica citata in un comune, il gruppo-abitanti ha proposto di organizzare un incontro in caffetteria la domenica pomeriggio.

3. Fase di avvio: nel corso del terzo anno le attività vengono avviate concretamente: il progetto ha finalmente inizio e le attività diventano regolari.

4. Fase di realizzazione: nel corso del quarto anno, i promotori del progetto e i beneficiari si concentrano sul potenziamento di quanto è stato attuato. In questa fase il progetto funziona e il gruppo è organizzato.

5. Fase di autonomizzazione: il progetto arriva alla fase conclusiva; l'animatore responsabile del progetto si ritira progressivamente e una struttura (generalmente di tipo associativo) viene costituita per permettere agli anziani di riprendere l'organizzazione delle attività per conto loro. Viene organizzata una cerimonia ufficiale con le autorità comunali per il passaggio delle consegne e per celebrare simbolicamente l'autonomizzazione del progetto.

6. Monitoraggio del progetto: dal 2016 il cantone sovvenziona un posto per assicurare l'accompagnamento dei progetti autonomi. Pro Senectute rimane dunque una risorsa a cui i beneficiari possono fare riferimento se incontrano delle difficoltà, soprattutto nel funzionamento dell'associazione (ripartizione dei ruoli, finanze, rapporti con gli altri organismi presenti nel comune ecc.). L'animazione delle attività, invece, viene interamente assicurata dagli anziani.

7. Valutazione degli impatti del progetto attraverso una serie di indicatori: nel corso dell'intero progetto vengono stabiliti obiettivi standard, conformemente alla metodologia, e specifici, in funzione del luogo e dei partecipanti. Vengono utilizzati degli indicatori di performance che permettono di misurare l'avanzamento del progetto (*output*) e, per quanto possibile, i suoi effetti sul pubblico target (*outcome*) e sul tessuto sociale in generale (*impact*).

7 Gli ostacoli, le difficoltà e le condizioni di fattibilità

È opportuno segnalare che la partecipazione può rivelarsi inadeguata e non rispondere direttamente ai bisogni del gruppo. In effetti, come sostengono Fournier e Potvin, «un'altra dimensione di natura più strumentale prevale presso numerosi promotori della partecipazione comunitaria e figura in vari modelli, ovvero la preoccupazione di vedere gli interventi o i programmi raccogliere l'adesione della popolazione per massimizzare il numero di utenti e far sì che l'intervento venga giudicato efficace sotto il profilo dei costi» (Fournier & Potvin 1995, 48).

A ciò si aggiungono altre difficoltà che possono concretamente ostacolare i processi partecipativi. Le riflessioni di Mouterde *et al.* (2011) nonché i colloqui realizzati consentono di evidenziare i seguenti ostacoli:

- 1) Per arrivare all'autonomizzazione del gruppo sono spesso necessari **tempi lunghi**; la salute comunitaria non può essere pensata a breve termine e quindi i suoi effetti devono essere valutati sul lungo periodo. Può essere difficile suscitare un impegno durevole dei partecipanti e un sostegno degli organi decisionali. Ecco perché bisogna presentare progetti molto precisi, fornire una «cassetta degli attrezzi» adeguata, essere attenti alle esigenze delle persone e accompagnarle nel processo.
- 2) Un'iniziativa partecipativa può rappresentare un **costo finanziario** che alcuni enti amministrativi o alcune istituzioni non sono in grado di assumersi.
- 3) Il **perimetro di efficacia delle azioni** di salute comunitaria è limitato dalle dimensioni e dalla grandezza del gruppo di persone interessate. Inoltre questo perimetro, che deve essere chiaramente definito fin dall'inizio, molto spesso è locale e sembra scarsamente trasponibile a contesti più ampi, a livello comunale o cantonale e men che meno nazionale. Tuttavia, sebbene i risultati di una partecipazione in ambito di promozione della salute realizzata in un contesto particolare siano scarsamente replicabili, la metodologia può essere applicata ad altre scale geografiche e in contesti diversi.
- 4) Le eventuali **discordanze tra interessi individuali e collettivi**, in cui i primi prevalgono spesso sui secondi. La motivazione sarà più duratura per i bisogni costanti e comuni a tutti (scuola, maternità, lutti, crediti ecc.) che per quelli più occasionali (trasporto in casi di emergenza, cure ai malati ecc.).
- 5) Le azioni di salute comunitaria **rimettono in discussione le posizioni tradizionali**: lo status di esperto deve cedere il passo a una posizione di coproduttore del sapere, mentre l'eletto può sentirsi privato della sua capacità di decidere a nome della comunità. Talvolta, dunque, bisogna convincere le persone a lanciarsi in un'iniziativa che può rivelarsi inusuale.
- 6) Può risultare difficile **far collaborare persone** che hanno valori, storie o che provengono da contesti socioculturali diversi. Creare un gruppo autonomo e dinamico non è sempre facile. Spetta all'animatore sensibilizzare i partecipanti al fatto che i meccanismi di esclusione sono completamente banditi.
- 7) Alcune **popolazioni vulnerabili possono rimanere invisibili**, tanto più che la «scelta illuminata» democratica può presentare dei limiti e impedire l'accesso all'informazione e alla conoscenza. La scarsa capacità partecipativa delle popolazioni vulnerabili può accentuare la loro esclusione dalle decisioni. Per questo è importante incoraggiarle a prendere la parola, offrendo loro un sostegno. Analogamente, alcune persone – soprattutto quelle a mobilità ridotta – hanno difficoltà a spostarsi e non possono partecipare al progetto.
- 8) Alcuni promotori di progetti possono manifestare la volontà di mettere in atto delle iniziative partecipative, ma **si sentono incapaci di condurle in maniera ottimale**. Gli attori che hanno dimestichezza con i metodi e gli strumenti necessari per l'attuazione di questi processi devono quindi essere inclusi. Inoltre, è molto importante che una persona venga coinvolta almeno parzialmente nel progetto per garantirne il coordinamento fino al processo di autonomizzazione. L'ideale sarebbe che questa persona potesse essere retribuita.

8 Elenco delle domande da porsi prima di avviare un'iniziativa partecipativa

Prima di avviare un'iniziativa partecipativa, è consigliabile porsi una serie di domande. Ecco alcune proposte⁷.

DOMANDE DA PORSI PRIMA DI AVVIARE UN'INIZIATIVA PARTECIPATIVA

Domande

- 1) Quale obiettivo si persegue con l'attuazione di un processo partecipativo? Per quali ragioni e a quale scopo si vuole attuare questo processo?
 - a. Un'iniziativa partecipativa è davvero pertinente?
 - b. Si tratta di una richiesta dei finanziatori che esortano a «praticare la partecipazione»?
 - c. Si tratta di un tentativo di miglioramento della qualità di vita della popolazione?
- 2) Qual è l'obiettivo della partecipazione?
- 3) Si tratta di un'iniziativa effimera o duratura?
- 4) In quale misura l'iniziativa è riproducibile in altri contesti?
- 5) Quali mezzi finanziari e umani devono essere stanziati?
- 6) Chi può prendere parte al processo partecipativo? E come?
 - a. Chi sono gli attori importanti?
 - b. In che modo i partecipanti sono coinvolti nel processo?
 - c. Quale rete di partenariato istituzionale si può mobilitare?
 - d. Come far partecipare le categorie svantaggiate?
- 7) Chi definisce e circoscrive il gruppo di partecipanti?
 - a. In che misura gli individui sentono di appartenere a questo gruppo?
- 8) Qual è il grado di partecipazione dei beneficiari atteso dal cantone o dal comune (informazione, consultazione, co-costruzione o co-decisione)?
- 9) Qual è il ruolo dei vari attori coinvolti?
- 10) La composizione dei partecipanti garantisce che vengano espressi tutti gli interessi e tutti i punti di vista importanti? Le persone che rappresentano il gruppo target sono davvero rappresentative?

⁷ Queste domande sono state formulate prendendo spunto da Giorgis (2016) e dalla guida pubblicata dal Centro degli spazi pubblici dell'Unione delle città svizzere – CEP (2016).

9 Bibliografia

- Bantuelle, M., Dargent, D. & Morel, J. (2000). *La participation communautaire en matière de santé*. Bruxelles: Santé, Communauté, Participation.
- CEP (2016). *Participation. Guide de planification des processus participatifs dans l'aménagement et l'utilisation de l'espace public*. Bâle/Zurich: CEP – Centre de l'espace public de l'Union des villes suisses.
- Deschamps, J.-P. (2003). «Une «relecture» de la Charte d'Ottawa». *Santé Publique*, 3 (Vol. 15), pp. 313-325. https://zora-cep.ch/cmsfiles/zora_broschuere_partizipation_fr.pdf
- DoRS Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (cur.) (2012). Glossario OMS della Promozione della Salute. Torino: DoRS. <http://www.dors.it/dl.php?idalleg=991>
- Fournier, P. & Potvin, L. (1995). «Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme». *Sciences sociales et santé*, n° 2 (Vol. 13), pp. 39-59.
- Giorgis, S. (2016). «Du passé, faisons table ronde». *Revue Urbanisme*, n° 55 (hors-série), pp. 34-35.
- Hyppolite, S. R. & Parent, A.-A. (2017). «Chapitre 7. Stratégies d'action communautaire», in E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw, *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 177-208.
- Lamoureux, H., Mayer, J. & Panet-Raymond, J. (2002). *La pratique de l'action communautaire*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lannes, L. & Sanni Yaya, H. (2012). «Conclusion», in L. Lannes (sotto la dir. di), *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal: Éditions du REFIPS, pp. 83-87.
- Lorenzo, P. (2012). «Penser et agir localement dans une perspective globale ou de la promotion de la santé et des chemins qui y mènent: l'exemple d'École 21», in L. Lannes (sotto la dir. di), *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal: Éditions du REFIPS, pp. 61-67.
- Ministère de la santé du Royaume du Maroc (2013). *Guide sur la participation communautaire en santé*.
- Mouterde, F., Proult, E. & Massot, C. (2011). *Pour un débat citoyen sur la santé plus actif. Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé*. Paris: Planète Publique.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa*. Ottawa: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: OMS.
- Promotion Santé Suisse (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux*. Berne: Promotion Santé Suisse.
- ReCompose (2015). *Où se trouve le pouvoir dans un processus participatif*, in <http://www.recompose.it/2015/02/11/pouvoir-processus-participatif/>
- Rifkin, S. B., Muller, F. & Bichmann, W. (1988). «Primary health care: on measuring participation». *Social Science and Medicine*, 26(9), 931-940.
- Santé Canada (2000). *Politiques et boîte à outils concernant la participation du public à la prise de décisions*. Ottawa: Santé Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/ahc-asc/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/public-consult/2000decision-fra.pdf
- Zask, J. (2011). *Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation*. Lormont: Éditions Le Bord de l'Eau.

Allegato 1: glossario

Azioni della comunità per la salute

«Le azioni della comunità per la salute consistono negli sforzi collettivi compiuti dalle comunità per incrementare il controllo sui determinanti di salute e quindi per migliorare, di conseguenza, la salute» (Glossario OMS della Promozione della Salute, DoRS 2012, 7).

Sposando questa definizione con quella, più orientata verso il settore del lavoro sociale, di Lamoureux⁸, Hyppolite e Parent propongono la definizione seguente: «L'azione comunitaria di promozione della salute designa qualsiasi iniziativa di persone, organismi comunitari, comunità (territoriali, di interessi, di identità) avente per obiettivo fornire una soluzione collettiva e solidale a un problema sociale o a un bisogno comune, contribuendo a esercitare un maggiore controllo sui fattori determinanti per la salute, a migliorare la salute e a ridurre le disuguaglianze sociali dal punto di vista della salute.» (Hyppolite & Parent 2017, 180)

Approccio comunitario

Richiamandosi a una definizione proposta dal ministero austriaco dell'ambiente⁹, Promozione Salute Svizzera definisce l'approccio comunitario in questi termini: «L'approccio comunitario è un principio di lavoro partecipativo che, attraverso la collaborazione della popolazione e il coinvolgimento mirato di istituzioni, organizzazioni e altri attori contribuisce a migliorare le condizioni di vita delle persone, la coesione sociale e la garanzia di prestazioni sociali. In tale contesto, le attività comunitarie si rivolgono ai bisogni e agli interessi di gruppi di persone specifici e spesso socialmente sfavoriti. Le attività comu-

nitare sostengono questi gruppi e li aiutano a risolvere i loro problemi in maniera autonoma mediante il coinvolgimento di altri attori e a migliorare così la loro posizione all'interno della società (→ empowerment o autonomizzazione).» (Promozione Salute Svizzera 2016, 119)

Empowerment per la salute (*Empowerment for health*)

Nel campo della promozione della salute, si definisce «empowerment» il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute (Glossario OMS della Promozione della Salute, DoRS 2012, 7).

«L'empowerment può essere un processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali bisogni. Attraverso questo processo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti. La promozione della salute, non comprende solo le azioni volte a rafforzare le life skills e le capacità fondamentali dei singoli individui, ma anche quelle volte ad influenzare le condizioni socio-economiche e gli ambienti fisici che hanno un impatto sulla salute. In questo senso la promozione della salute è finalizzata alla creazione di condizioni che offrano migliori opportunità di stabilire un legame tra gli sforzi com-

⁸ «Qualsiasi iniziativa avanzata da persone, gruppi comunitari, comunità (geografiche, di interessi, di identità) avente per obiettivo fornire una soluzione collettiva e solidale a un problema sociale o a un bisogno comune.» (Lamoureux *et al.* 2002, 4)

⁹ Visitare il sito <http://www.partizipation.at/gemeinwesenarbeit.html>.

più dai singoli e dai gruppi e i conseguenti risultati di salute ottenuti nel modo descritto in precedenza. Viene fatta una distinzione tra empowerment degli individui ed empowerment di comunità. Il primo si riferisce soprattutto alla capacità del singolo individuo di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita. L'empowerment di comunità, in-

vece, si riferisce agli individui che agiscono a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità della vita nella propria comunità. Si tratta di un obiettivo di grande rilevanza nell'ambito delle azioni della comunità per la salute.» (Glossario OMS della Promozione della Salute, DoRS 2012, 7)

Allegato 2: scala di partecipazione di Arnstein

TABELLA 3

Scala di partecipazione dei cittadini

Tipo di partecipazione	Azione	Definizione
Potere effettivo	Il controllo dei cittadini	A questo livello, i cittadini hanno il potere di decidere, acquisiscono il controllo completo e sono in grado di negoziare le condizioni alle quali le persone contestatrici potrebbero influenzare le decisioni. Sono completamente autonomi.
	La delega del potere	Attraverso la delega delle autorità, i cittadini acquisiscono l'autorità dominante sulle decisioni.
	Il partenariato	L'adozione di decisioni avviene a partire dal processo di negoziazione tra i cittadini e i detentori del potere. Le parti diventano responsabili delle decisioni attraverso strutture che raggruppano le parti stesse.
Cooperazione simbolica	La nomina	A questo livello, i cittadini cominciano a esercitare una certa influenza. Sono autorizzati e invitati a dare consigli e a fare proposte, lasciando coloro che hanno il potere essere gli unici giudici della legittimità e della fattibilità dei consigli formulati.
	La consultazione	A questo livello, i cittadini vengono consultati, ad esempio attraverso sondaggi di opinione o audizioni pubbliche. La consultazione non garantisce tuttavia ai cittadini che le loro preoccupazioni e le loro idee verranno prese in considerazione.
	L'informazione	A questo livello, i cittadini ricevono informazioni precise, senza che però possano esprimere il loro parere. In questo caso si privilegia un'informazione a senso unico delle autorità verso i cittadini senza riscontro possibile, né potere di negoziazione.
Non partecipazione	La manipolazione	L'obiettivo è quello di manipolare i cittadini per ottenere il loro sostegno. Si tratta di una partecipazione che mira a ottenere il sostegno del pubblico a vantaggio di chi detiene il potere.

Fonte: Arnstein, riprodotta da Hyppolite & Parent 2017, 188

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Losanna
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch