Dall'*awareness* all'*empowerment* di comunità

Giovanni Coglitore, Rosa Costantino, Vanessa Vivoli

Area Reputation &Brand - Staff Direzione strategica, Azienda USL di Modena

Abstract

L'implementazione delle Case della Salute nel territorio della provincia di Modena sta determinando lo sviluppo di nuove modalità di relazione e di un nuovo modello di servizio per la comunità di riferimento. Il progetto "Praticare la partecipazione nella Casa della Salute" in Azienda USL di Modena, attraverso un modello di pratica partecipativa basata sull'integrazione di metodi e saperi diversi, si propone di co-costruire il senso e il significato del nuovo modello di costruzione della salute sul territorio al fine di rendere i cittadini consapevoli del cambiamento in un'ottica di empowerment di comunità. Utilizzando la metodologia del digital storytelling, è stato possibile integrare una moltitudine di stimoli e significati all'interno di una struttura narrativa coerente rafforzando la percezione della Casa della Salute che si concretizza come innovazione sostanziale per la comunità.

"Le Case della Salute sono una struttura territoriale di riferimento alla quale i cittadini possono rivolgersi in ogni momento della giornata per trovare risposte concrete, competenti e adeguate ai loro diversi bisogni di salute e di assistenza primaria, nella quale operano congiuntamente medici di medicina generale, specialisti, infermieri, ostetriche, operatori." (Delibera di Giunta regionale dell'Emilia Romagna n. 291 del 08/02/2010).

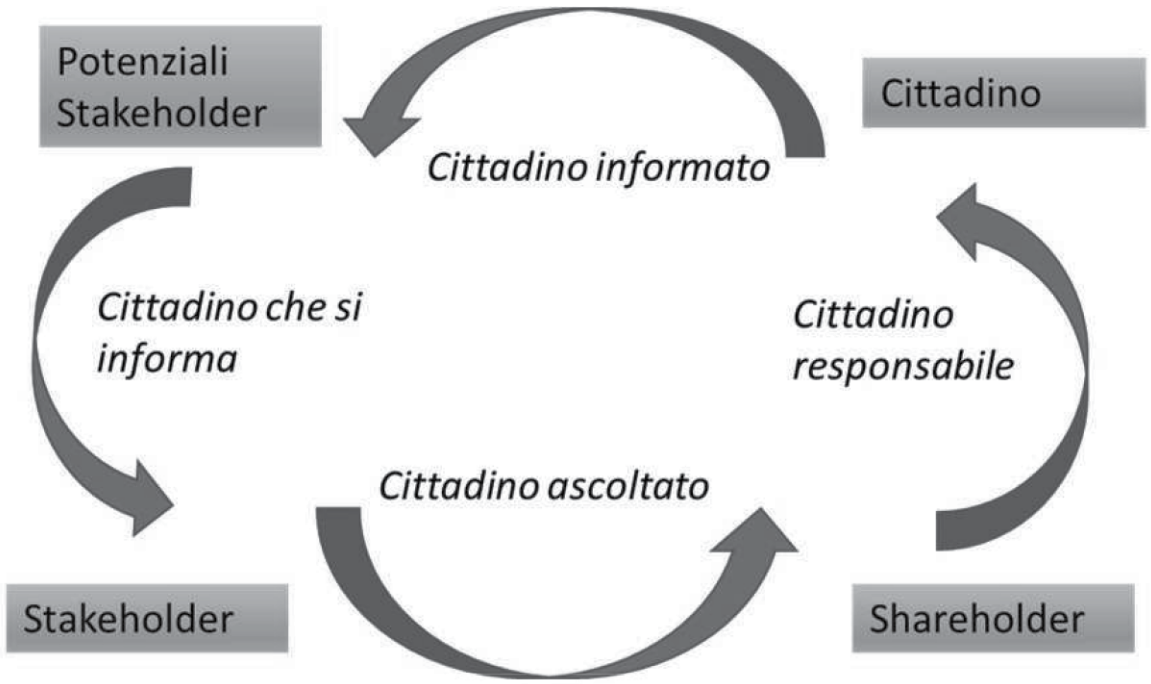
Da questa definizione risulta evidente che le Case della Salute si pongono nei confronti dei cittadini come un'esperienza nuova non solo in termini di servizi offerti ma anche come nuova modalità di relazione. Il brand "Casa della Salute" si carica di significati come la valorizzazione della comunità locale, l'integrazione delle politiche per la salute, il coinvolgimento attivo e proattivo dei professionisti sanitari, sociosanitari e sociali. Un "nuovo luogo" nato per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra i servizi e i cittadini, per restituire alla popolazione una visione unitaria della salute, non solo come diritto del singolo ma anche come interesse della collettività.

Sulla base di queste premesse nasce il progetto "Praticare la partecipazione nello sviluppo delle Case della Salute" in Azienda USL di Modena, dove attraverso la pratica della partecipazione si perseguono al tempo stesso consapevolezza e ingaggio dei cittadini affinché non siano solo informati del cambiamento – in termini di servizi erogati – ma diventino contemporaneamente consapevoli del valore potenziale che le Case della Salute aggiungono nel loro territorio sentendosi inclusi nel progetto di cambiamento. Il progetto è stato, ad oggi, attuato nelle Case della Salute di Castelfranco Emilia, Spilamberto e Guiglia.

Di fronte, infatti, alla complessità reale, ci si è resi conto di quanto gli approcci comunicativi tradizionali, che si basano spesso su strategie esclusive – decisione tecnica, scelta migliore per i cittadini e annuncio alla comunità – possano creare un vuoto di significato ed essere ad elevato rischio di polemica e controversia.

Da questo punto di vista, la partecipazione, intesa come leva strategica inclusiva, apre alla co-costruzione di senso, rafforza *l'accountability* delle scelte, e attiva anche azioni di ascolto e consultazione al fine di individuare nuovi bisogni e fragilità, attuando o ricalibrando progettualità. La partecipazione resta tuttavia non solo un *mezzo* ma anche un *fine* che in termini di risultati può portare sia a scelte migliori ma anche a migliori relazioni, rafforzando quindi il legame di fiducia tra istituzioni pubbliche e cittadini. In senso longitudinale, si può infatti affermare

Fig. 1. *Rappresentazione del processo di sviluppo dei soggetti che partecipano al policy making (Palumbo, Torrigiani 2009)*



che un processo partecipativo contribuisce a sviluppare un percorso di crescita, quindi di apprendimento dei soggetti coinvolti, prevedendo anche il processo evolutivo di cittadini, da potenziali *stakeholder*, informati o che si informano, a *stakeholder* consultatati e ascoltati, che a loro volta possano diventare *shareholder*, cioè cittadini responsabili non solo della propria salute ma anche responsabili della salute della propria comunità (Fig. 1), attivando processi di *empowerment* (Palumbo, Torrigiani 2009).
Nello stesso tempo, la stessa organizzazione apprende, allontanandosi dall'idea che esista un *one best way* determinato dal sapere tecnico-specialistico e riconoscendo come nelle società complesse sia impossibile una netta separazione tra "sapere esperto" e "sapere profano", portando nei processi decisionali anche le conoscenze esperienziali dei cittadini, considerati anche nelle loro forme di rappresentanza (Cervia, 2014).

L'impianto metodologico

La partecipazione rischia di essere considerata positiva in sé ma spesso vaga e con poche ricadute in termini di risultati.
Per tale ragione, siamo partiti da un impianto concettuale che considera le dimensioni sociali della partecipazione, definita come un insieme categoriale di azioni che ripropongono le "pratiche che intervengono nel percorso partecipativo", nello specifico: comunicazione, animazione (*engagement*), ascolto ed *empowerment*. (Fig. 2).
L'individuazione di categorie, tuttavia, non deve indurre a pensare la partecipazione come sommatoria di azioni, in modo particolare per l'impossibilità di individuare confini netti che separino inequivocabilmente una categoria dall'altra e consentano in questo modo di isolare e considerare distintamente ciascuna pratica. Al contrario, all'interno del processo partecipativo, le azioni di comunicazione, di animazione, di consultazione e di *empowerment* non solo si alimentano a vicenda, ma si richiamano di continuo (Ciaffi, Mela, 2006).
Affinché questo "richiamo" non produca ridondanza e confusione è altresì necessario che dietro un progetto partecipativo così concepito ci sia sempre una strategia intenzionale e condivisa con tutti gli attori interessati e che le azioni siano agite in modo coordinato, tempestivo e riflessivo sui risultati prodotti.
In particolare due sono le questioni sui cui porre attenzione durante tutto il processo: i soggetti da coinvolgere e l'orchestrazione degli strumenti operativi che si intende proporre nelle diverse fasi.
In riferimento agli attori, è importante sottolineare l'atten-

Fig. 2. *Le quattro "dimensioni sociali" della partecipazione (Ciaffi, Mela, 2006)*



zione che si è posta nel mapparne le risorse formali e informali presenti nel territorio, cercando quindi di andare al di là dei "soliti noti", allargando il coinvolgimento a soggetti diversi fra loro ma che fossero il più possibile rappresentativi dell'interesse della collettività (grado di inclusività orizzontale). Pensare a chi coinvolgere significa anche rivolgersi verso l'interno del sistema Azienda, agganciando i professionisti sanitari, protagonisti del processo e andare verso altri attori istituzionali (grado d'inclusività verticale).
Alla luce di queste ultime considerazioni una delle *conditio sine qua non* per impostare un percorso di partecipazione delle comunità alla salute risulta la sua qualità "*embedded*" che definisce quanto i risultati ottenibili siano strettamente connessi al territorio e contesto sociale in cui si vuole agire.

Le azioni (Le pratiche partecipative)

Il primo gradino, prerequisito da cui partono tutte le altre azioni che inducono all'inclusione, è quello relativo alla comunicazione. Con-dividere l'informazione è il primo passo per la definizione di un *frame* comune, al cui interno si potranno poi costruire linguaggi, conoscenze e comportamenti che contribuiranno a generare le azioni successive. Le informazioni non dovranno essere percepite come calate dall'alto, al fine di trasformare il messaggio in una risorsa personale o di gruppo utile per intervenire. Per questo, nel caso specifico del nostro progetto abbiamo ritenuto opportuno utilizzare la metodologia del *digital storytelling* (letteralmente "atto del narrare"), metodo che, attraverso le piattaforme di comunicazione digitali, usa la narrazione come mezzo creato dalla mente per inquadrare gli eventi della realtà e spiegarli secondo una logica di senso. Attraverso un processo narrativo digitale è stata posta in essere una strategia di avvicinamento all'innovazione con lo scopo di rendere comprensibile e rafforzare il significato della Casa della Salute per la comunità. Tale metodologia ha permesso di utilizzare una moltitudine di stimoli e significati all'interno di una struttura narrativa coerente "umanizzando" il *brand* (Campegiani, 2016). Il processo di umanizzazione del *brand* si basa sul convincimento che il processo narrativo dovrebbe far percepire alla comunità la consapevolezza che per costruire salute l'Azienda ha la necessità (prima e più dell'obbligo) di ascoltare la sua storia per fare in modo che la comunità stessa ne voglia diventare parte positiva e attiva.
Sul piano operativo sono stati utilizzati tutti i canali di comunicazione digitali dell'Azienda USL di Modena: portale web, intranet, pagina Facebook, profilo Twitter, canale YouTube, app MyAUSL insieme ai canali di comunicazio-

ne più tradizionali. I contenuti multimediali (immagini, video, testi) sono stati resi fruibili secondo una strategia che sul piano temporale potesse rendere il cittadino/utente il più possibile allineato in termini di *awareness* coinvolgendo i soggetti che potessero generare quello che nel linguaggio del web è definito come "*sentiment*" nel territorio di riferimento in una logica di *engagement* di comunità (Iscoe e Harris 1984; Fabbri 2009).
I soggetti coinvolti nelle iniziative di avvicinamento hanno riguardato un pool eterogeneo con l'obiettivo di raccontare il senso e il significato della Casa della Salute da più punti di vista: professionisti sanitari, mondo del volontariato, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, istituzioni. L'eterogeneità delle persone coinvolte nella produzione di materiale multimediale ha permesso al cittadino di ottenere una rappresentazione del significato e del valore della Casa della Salute da tutte le angolazioni possibili. Inoltre, i professionisti che lavoreranno in rete sono stati tutti coinvolti secondo una strategia di rafforzamento del *brand*. La strategia adottata ha permesso anche di enfatizzare il principio di trasparenza nell'utilizzo delle risorse destinate all'implementazione delle nuove strutture.
Nello specifico, la produzione di contenuti multimediali ha riguardato:

- video sullo stato di avanzamento dei lavori architettonici (utilizzando la tecnica del *Time-Lapse);*
- video-interviste ai professionisti che avrebbero lavorato nelle Case della Salute (MMG, PLS, specialisti, amministrativi);
- video-interviste a *stakeholder* significativi, quali forme di rappresentanza dei cittadini (volontariato) e agli esponenti del mondo delle istituzioni (sindaci, assessori, etc.);
- *brochure, banner* e inviti, sia in formato cartaceo che digitale, volti a spiegare nel dettaglio le iniziative di presentazione e apertura delle Case della Salute;
- immagini e video sugli eventi di inaugurazione e/o *open day* delle Case della Salute;
- videoalternanza *real* & *digital* degli spazi della nuova struttura e dei servizi da essa erogati.

La creazione di eventi sulla pagina aziendale Facebook, insieme ad una sezione ad hoc del sito web e della App aziendale "MyAUSL", ha permesso di raggiungere, seguendo la geolocalizzazione, più utenti possibili del territorio di riferimento. Sono stati altresì promossi incontri sul territorio (circoli cittadini, Centri diurni, *etc.*) per i potenziali utenti che non utilizzano (o sotto-utilizzano) piattaforme digitali di comunicazione, rispondendo e rafforzando il principio di equità informativa.
L'*engagement* della comunità ha trovato il suo culmine nelle iniziative di presentazione e apertura delle Case della Salute ai loro cittadini.
Le attività di *engagement* fanno infatti riferimento a forme di rafforzamento del senso di comunità di un determinato territorio ad elevata valenza espressiva e si prefiggono di stimolare la popolazione non solo sul piano cognitivo ma anche emozionale, facendo leva sul senso d'appartenenza territoriale con lo scopo di ri-creare legame di fiducia tra collettività e Azienda sanitaria locale.
Gli eventi di presentazione e apertura delle Case della Salute, che abbiamo organizzato, dal punto di vista strategico hanno agito come una cassa di risonanza delle azioni e dei messaggi comunicativi realizzati fino a quel momento "centrale".
Innanzitutto, richiamando il metodo del *digital storytelling*, abbiamo scelto di raccontare la Casa della Salute attraverso "percorsi narrativi" di storie di salute con cui i cittadini, riconoscendosi, potessero identificarsi, storie che hanno consentito di mostrare non solo i luoghi nuovi ma anche come la presa in carico del bisogno fosse multiprofessionale e integrata tra servizi ospedalieri e territoriali. E proprio per questo si è agito in modo che tutti i professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali coinvolti nei percorsi fossero presenti il giorno dell'iniziativa, indipendentemente che lavorassero o meno all'interno della Casa della Salute.
Allo stesso tempo, abbiamo puntato sul messaggio che la Casa della Salute non rappresenta un riferimento solo nel momento di necessità sanitaria ma si pone come un luogo dove si produce salute. Da qui l'idea delle "Piazze del benessere", dove si è chiesto a tutti i principali *stakeholder* esterni all'Azienda ma co-produttori di benessere per la Comunità, di esserci e di mostrare le loro attività e buone prassi. In questo modo abbiamo ottenuto la presenza attiva dell'Ente locale, della Scuola e delle principali Associazioni di volontariato, partner dell'Azienda, che attraverso giochi e laboratori hanno coinvolto i cittadini.
In questo modo abbiamo puntato a due obiettivi importanti per il *brand*: il primo riguarda il consolidamento dell'immagine dell'Azienda sanitaria nel suo ruolo di *stewardship*, ovvero di guida nel campo delle relazioni tra gli attori esterni ma che operano nel sistema salute; il secondo invece riguarda il coinvolgimento anche di cittadini non propriamente abituati a riferirsi ai servizi sanitari, quali ad esempio i bambini e le loro famiglie, e gli adolescenti.

In modo contemporaneo alle azioni di comunicazione ed *engagement* si sono sviluppate anche attività di ascolto e consultazione della comunità in riferimento a specifiche progettualità che si stavano definendo per le Case della Salute nel territorio di Modena. Si è voluto così sperimentare come alla base della identificazione di priorità sulle quali agire, fossero posti non solo dati amministrativi ed epidemiologici ma anche indagini qualitative che permettessero di includere l'esperienza vissuta dai cittadini, potenziali target degli interventi, e il punto di vista, ancora una volta, di *stakeholder* esterni all'Azienda ma che a livello operativo potevano contribuire alla realizzazione della *policy.*
Abbiamo quindi realizzato specifici interventi di ricerca-azione attraverso Focus Group, interviste in profondità, *etc*, che hanno permesso ai professionisti sanitari di "guardare fuori" e ridefinire le loro progettualità, cogliendo bisogni non sempre evidenti, aspettative inattese e collaborazioni diverse.
A nostro giudizio, le diverse azioni implementate rimandano di continuo al quadrante dell'*empowerment* che, rispetto all'impianto metodologico descritto, risulta essere sia parte costituente del processo (mezzo) che risultato atteso (fine).
L'esito finale atteso del coinvolgimento vuole essere quello di migliorare l'*empowerment* individuale, avendo lavorato sulla convinzione soggettiva di poter influire sulle decisioni che riguardano la propria vita, sia quello di comunità, avendo attivato connessioni tra le organizzazione e risorse presenti nel territorio, cercando di rafforzare "comunità competenti" in cui i cittadini hanno le conoscenze, le risorse e le motivazioni per intraprendere insieme con l'Azienda sanitaria attività volte al miglioramento della loro salute.
L'incertezza sul risultato è d'obbligo, in questo caso, poiché *l'empowerment* costituisce il lascito più importante in termini formativi a conclusione di un percorso partecipativo, la cui istituzione di per sé non è però sufficiente a garantire l'accrescimento delle capacità dei cittadini. Ciò può verificarsi nei casi in cui il processo partecipativo non si concluda solo con azioni di *engagement* e adozione di scelte condivise che tengano conto delle istanze emerse, ma con azioni che rispondano più propriamente ai bisogni di salute di quella comunità e che ne possano anche favorire un esperienza più positiva e una maggiore fiducia (impatti).
E questo è quello che intendiamo valutare nel prossimo futuro.

Conclusioni

L'approccio seguito, sia da un punto di vista strategico che operativo, ha rappresentato una modalità nuova con riferimento alla metodologia di lavoro che integra metodi e saperi diversi nella costruzione di senso e nella narrazione della Casa della Salute. Con queste premesse, l'implementazione di un sistema di valutazione delle *performance* e dell'efficacia, basato sulla produzione di indicatori che riescano a valutare aspetti considerati, in larga misura, intangibili, come la comunicazione intesa come *awareness*, *l'empowerment*, *l'engagement* e la capacità di ascolto, sarà di primaria importanza, nell'immediato futuro, con l'obiettivo di rafforzare e migliorare la percezione del *brand* "Casa della Salute" che si realizza e si concretizza come innovazione sostanziale per la comunità.

Bibliografia e sitografia

Ambrosini M. *Sociologia delle migrazioni*. Il Mulino, Bologna 2005.

Bauman Z. *La società dell'incertezza*. Il Mulino, Bologna 1999.

Bobbio L. (a cura di). *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese e cittadini nei processi decisionali inclusivi*, Edizioni Scientifiche Italiane, Roma 2004.

Campegiani N. http://www.popupmag.it/come-creare-un-buon-digital-storytelling-nel-settore-medico/. (2016).

Cervia S. *La partecipazione dei cittadini in Sanità*. Franco Angeli, Milano 2014.

Ciaffi D., Mela A. *La partecipazione*, Carocci, Roma 2006.

Fabbri, M. *Empowerment e nuove tecnologie. Nuove sfide per la prevenzione e la riabilitazione della dipendenza*, Ricerche di pedagogia e didattica, 4, 2009.

Franceschini S. (a cura di). *PartecipAzioni: sostantivo, plurale. Guida metodologica per la gestione di processi di partecipazione integrati, Quaderni della Partecipazione, Regione Emilia-Romagna*. 2016.

Iscoe, I., & Harris, L.C. *Social and Community Interventions*. Annual Review of Psychology. 1984;35:333-60.

Mazzoli G., Pellegrino V., Lelli MB, et al. *Le energie rinnovabili e il Community Lab*. Agenzia Sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. 2013.

Nicoli MA, Mazzoli G, Pellegrino V, et al. *La programmazione partecipata per un welfare di comunità. Linee guida per la sperimentazione delle pratiche partecipative nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale*. Agenzia Sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. 2015.

Palumbo M, Torrigiani C (a cura di). *La partecipazione fra ricerca e valutazione*. Franco Angeli, Milano 2009.

Palumbo M. *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*. Franco Angeli, Milano 2001.