

A cura di
Francesco Longo
Sara Barsanti

Community building: logiche e strumenti di management

Comunità, reti sociali e salute



**Università
Bocconi**

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

**ISTITUTO
DI MANAGEMENT**



mc
management / sanità
Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

e Egea

biblioteca dell'economia d'azienda

A cura di
Francesco Longo
Sara Barsanti

Community building: logiche e strumenti di management

Comunità, reti sociali e salute

Copyright © 2021 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaeditore.it

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: ottobre 2021

ISBN volume 978-88-238-4725-5

Stampa: Logo S.r.l. – Borgoricco (PD)

Indice

Prefazione, di	
<i>Don Virginio Colmegna e Franco Riboldi, Associazione “Prima la Comunità”</i>	9
<i>Francesco Ripa di Meana, FIASO</i>	13
<i>Tiziana Frittelli, Federsanità – ANCI</i>	17
Ringraziamenti	19
Introduzione, di Francesco Longo e Sara Barsanti	21
1. Definizione e finalità del community building, di Angelica Zazzera	27
1.1 Introduzione	27
1.2 Comunità e salute: i diversi approcci in letteratura	27
1.3 Community building	34
1.4 Comunità e reti sociali	36
<i>Bibliografia</i>	39
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve il community building?, di Sara Berloto	45
2.1 Perché abbiamo bisogno di iniziative di community building?	
Uno sguardo al contesto in evoluzione	45
2.2 Le logiche di <i>sharing economy</i>	52
2.3 Quali sono i principali benefici del community building?	56
<i>Bibliografia</i>	61
3. Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali: quale ruolo possono giocare per il community building?, di Manila Bonciani	65
3.1 Introduzione	65
3.2 Come si definiscono e caratterizzano le reti sociali	65
3.3 Reti e capitale sociale: le dinamiche in gioco	69
3.4 Mappatura e clusterizzazione delle reti sociali	73

3.5 Coinvolgimento delle reti sociali per la salute e il benessere delle comunità	76
3.6 La mappatura delle reti sociali nelle Asl italiane	82
<i>Bibliografia</i>	85
4. Come si concretizzano nella realtà sanitaria, sociosanitaria e sociale le logiche di community building?, di Sara Barsanti	87
4.1 Introduzione	87
4.2 Il paradigma comunitario nei servizi pubblici	88
4.3 Verso il modello di community building nel settore sanitario e sociosanitario	90
4.4 Principi e fattori abilitanti il coinvolgimento delle comunità in salute	96
4.5 Il framework di riferimento per gli interventi di community building	97
4.6 Welfare di iniziativa	99
4.7 Reti di comunità	102
4.8 Qualche esempio di posizionamento degli interventi nella matrice	104
4.9 Come si posizionano le Asl e gli enti del terzo settore in Italia	108
<i>Bibliografia</i>	113
5. Gli strumenti di supporto manageriale per la gestione del community building, di Francesco Longo	117
5.1 La rilevanza degli strumenti manageriali per l'attuazione di iniziative di community building	117
5.2 Logiche, strumenti e processi per l'analisi dei bisogni e la definizione delle priorità	118
5.3 Governance delle reti di community building	128
5.4 Il piano strategico di community building	138
5.5 Change management per l'introduzione di logiche di community building	144
5.6 Logiche di programmazione e controllo per le iniziative di community building	148
5.7 Quanti strumenti manageriali adottare per il community building	151
<i>Bibliografia</i>	152
6. Buone pratiche di community building e classificazione delle esperienze, di Anita Bunea	153
6.1 Introduzione	153
6.2 Esperienze e interventi di community building	153

6.3 La classificazione delle esperienze di community building nel percorso di ricerca	156
6.4 Il catalogo delle buone pratiche come piattaforma di networking	164
6.5 Buone pratiche di community building: alcuni esempi	168
6.6 Un esame critico degli interventi	189
<i>Bibliografia</i>	191
Conclusioni	193
Postfazione , di <i>Sabina Nuti e Elio Borgonovi</i>	197
Gli Autori	201

Prefazione

di *Don Virginio Colmegna e Franco Riboldi**

È sempre impegnativo scrivere una prefazione a un testo e in questo caso lo è doppiamente: perché è un testo “tecnico” e perché coinvolge emotivamente chi la scrive. Il libro è, infatti, parte di una storia che racchiude esperienze di vita e di lavoro, ricerca ed emozioni.

Allora è il caso di cominciare da un’esplicitazione del contesto in cui si colloca il libro e dai significati che esso porta con sé. Dicendo subito che esso raccoglie e sistematizza una tappa importante di un cammino intrapreso da qualche tempo intorno al tema della salute come disegno di comunità e bene comune fondamentale.

Innanzitutto quindi il contesto e gli antefatti.

Nel 2015 un gruppo di volontari coordinati dalla Casa della Carità di Milano e dalla Fondazione Santa Clelia Barbieri di Vidiciatico (Appennino Bolognese), con il lancio del Manifesto “Salute bene comune”, ha avviato un percorso di costruzione di una tesi avente lo scopo di dare evidenza del fatto che la salute è un disegno sociale globale, che interessa tutta la Comunità e le sue articolazioni organizzative.

L’idea guida della “salute”, come bene collettivo, porta con sé i temi delle disuguaglianze e il loro superamento, il tema della responsabilità sociale e individuale, il tema infine della necessità di andare oltre le deleghe istituzionali nella convinzione che “non ci salva da soli” e quindi servono reti solidali e alleanze sociali. Il lavoro del gruppo ha sviluppato la sua azione su tre ambiti diversi e integrati: le alleanze, le esperienze come verifica dei principi e delle strategie dichiarate e la costruzione di nuovi saperi non solo tecnici.

Dopo tre anni di lavoro con un gruppo interregionale, con il quale si sono sperimentate nel concreto in alcuni territori le ipotesi del Manifesto, si è ritenuto da una parte di dare evidenza al lavoro fatto con una pubblicazione specifica

* Associazione “Prima la Comunità”.

(“La salute cerca casa” edito da DeriveApprodi nel 2019), dall’altra di proseguire il cammino di ricerca e sperimentazione più strutturato e con una finalità formativa dichiarata (laboratorio di formazione e ricerca). L’esito è stato un impianto coordinato tra il gruppo interregionale (poi divenuto Associazione “Prima la Comunità”), Fiaso/Federsanità ANCI/Università Bocconi e Scuola Superiore S. Anna di Pisa i cui risultati sono il patrimonio contenuto in questo libro, patrimonio che è contestualmente di metodo, di strumenti e di orientamento organizzativo. Il risultato più importante, aldilà dei contenuti evidenti, ci sembra essere la dimostrazione concreta che esistono nella società (il laboratorio ha coinvolto circa trenta istituzioni sociali e sanitarie pubbliche e una decina di organizzazioni del privato sociale e del volontariato) saperi, esperienze concrete e possibilità per un disegno di Salute di Comunità. È la dimostrazione della possibilità di dare vita a disegni di comunità che recuperino il patrimonio sociale e quindi favoriscano alleanze progettuali.

Si tratta di un contributo al disegno di comunità, che rappresenta la premessa e il senso al lavoro che viene consegnato al cammino di costruzione di un sistema di welfare in grado di sostenere lo sforzo di ogni collettività per garantirsi benessere nella sua accezione di salute bio-psico-sociale e che comprende sostegno alle diverse fragilità, coesione sociale, solidarietà e garanzia di diritti uguali per tutti.

È una grande scommessa che coinvolge l’intera umanità: l’emergenza pandemica ha fatto emergere disuguaglianze inaccettabili e limiti sostanziali alle logiche mercantili che trasformano tutto in prodotti di consumo.

Indubbiamente un cambiamento è diventato necessario ed urgente, la meta è forse chiara ma la strada, il percorso è appena all’inizio. La sfida è ritenere un tessuto sociale come condizione necessaria per la salute nell’accezione globale di benessere che ci sollecita l’OMS (1986 - 2016). La sfida è contribuire a creare condizioni per cui la comunità, il “noi” che essa sottende con le sue contraddizioni e le sue potenzialità, sia il luogo della salute, dove ognuno si ritrova e realizza il proprio disegno di vita/benessere. La Casa della Comunità è questo punto d’incontro di bisogno, attese, progetti di ogni persona e della collettività e contestualmente rende sostenibili tutte le risorse in essa presenti e possibili.

Risorse e bisogni, attese e progetti individuali e sociali vanno rese evidenti, vanno messe in rete, vanno valorizzate, soprattutto ne va riconosciuto comunque il valore sociale, cosa non semplice considerando come sia forte l’organizzazione settoriale e specialistica oggi dominante.

Il contributo e i risultati del laboratorio di “community building” che qui viene presentato ci permette di cogliere due dati fondamentali: il primo è la ricchezza di esperienze e sollecitazioni sociali presenti nelle diverse comunità e il secondo è l’evidenza che vi sono ampi spazi di confronto e di costruzione comune.

La Casa della Comunità è l'approdo del cammino del laboratorio ed è, in fondo, anche se allora non evidente, la scommessa da cui si è partiti: sembra essere una scelta di campo, come conclude il contributo specifico del prof. Longo dove trovano spazio di ricerca, d'incontro e di elaborazione e sintesi le tensioni sociali alla salute.

Certo serve andare oltre visioni settoriali che nel tempo hanno stratificato un'idea di salute identificandone le caratteristiche possibili nella risposta ad opera solo della sanità.

C'è un'esigenza profonda che è prima di tutto la condizione dell'equità e dell'uguaglianza nel ricomporre il "puzzle" sociale, immaginando una comunità come qualcosa di dinamico il cui risultato nasce da scelte globali, economiche, di gestione del territorio, di sviluppo di conoscenza e consapevolezza diffusa, di garanzia d'inclusione e riconoscimento del valore insostituibile di ogni persona. La sfida è una comunità in cui istruzione, giustizia, ricchezza, ambiente, presidio delle fragilità e delle malattie siano adeguate e accessibili a ogni persona.

Si parla nei diversi contributi contenuti nel libro di partecipazione: è necessaria e deve essere sostanziale come condizione per un vero welfare di comunità che è appunto esercizio di democrazia.

I risultati del laboratorio di community building proposti diventano non tanto un modello (cosa che potrebbe tarpare le ali alla creatività di ogni contesto) e forse neppure un metodo, ma piuttosto lo sforzo alla ricerca di un metodo, come sollecita Edgar Morin quando osserva che "Il metodo sia ciò che ci insegna ad apprendere. È un viaggio che non s'intraprende con un metodo, s'intraprende cercando un metodo". (E. Morin, *Educare per l'era planetaria*, Ed Armando 2004 pag. 38). Questo ci sembrerebbe l'atteggiamento adeguato per accostarci al testo: in questo modo gli stimoli acquistano un valore come ricerca che non si esaurisce ma prosegue nella convinzione che governare la complessità significa convivere con la contraddizione, con l'incertezza e nel frattempo con lo stupore della scoperta e il coraggio dell'auto organizzazione. È la condizione, crediamo, per l'innovazione oltre le logiche settoriali e istituzionali: la Casa della Comunità allora non sarà "una struttura" separata, una delle tante della tecnoburocrazia, sarà invece un'infrastruttura sociale, rete di reti presenti nei diversi contesti, strumento fondamentale per valorizzare le potenzialità di ognuno e forse per garantire un futuro sostenibile al sistema di welfare, oggi in affanno non tanto per mancanza di risorse ma per mancanza d'idee progettuali e capacità di governo della complessità. Di fronte alla complessità il rischio maggiore è quello di semplificare, pensando che rammendi istituzionali siano la risposta: si perde di vista la ricchezza delle relazioni e la creatività insita in ogni relazione sociale e ci si chiude nelle strutture in attesa del nemico, come nel "Deserto dei Tartari" di Dino Buzzati.

Prefazione

di *Francesco Ripa di Meana**

Nella oramai lunga storia delle aziende sanitarie esse sono state vissute quasi esclusivamente, nelle banalizzazioni dei media e di social network, come strutture esclusivamente produttrici di prestazioni, informate da logiche fordiste e occupate esclusivamente a tagliare, per rendere compatibile la sopravvivenza del SSN alla ingravescente scarsità di risorse rispetto ai bisogni attraverso i tagli. In realtà il processo evolutivo della aziendalizzazione è stato ben più ricco e articolato e popolato di esperienze che vanno al di là della tenuta del sistema.

Da anni FIASO è impegnata nel rendere invece evidente che la tenuta del SSN, pur difficile specie a fronte della crisi economico finanziaria dell'ultimo decennio, è stata ottenuta non tanto attraverso un semplice taglio lineare di servizi (e costi conseguenti) ma attraverso un processo di riorganizzazione continuo informato dall'obiettivo di "fare meglio con meno": ne sono esempio la riduzione dei letti che è stata perseguita privilegiando le strutture che garantivano maggiore standard di qualità e sicurezza, o il governo dei consumi improntato a logiche di appropriatezza e razionalità allocativa a partire dagli stessi percorsi diagnostico terapeutici.

A questo proposito le aziende hanno lavorato su due fronti: quello interno offrendo percorsi di presa in carico specie della cronicità 'patient oriented' che hanno dimostrato una maggiore efficacia e efficienza allocativa, e sul fronte esterno ricercando una maggiore integrazione con il settore sociale e sociosanitario governato insieme agli enti locali, che ha visto la partecipazione del non profit prevalentemente come un prestatore di servizi. Le esperienze delle Case della Salute hanno rappresentato, in alcuni casi un avanzamento nei progetti di integrazione con evidenti limiti specie quando si sono limitate a diventare luoghi di pura giustapposizione di servizi esistenti. È emersa impellente la necessità di dotarsi di strumenti manageriali di contrasto alla dis-equità di accesso e di co-

* Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO).

struire nuove alleanze con tutti i soggetti presenti sul territorio portatori di soluzioni costruite sulla pratica esperienziale dello stesso cittadino bisognoso e della sua rete sociale di riferimento.

È emersa quindi la necessità di coinvolgimento del microcosmo di residenza del paziente, attraverso un approccio olistico che allargasse la presa in carico a tutti gli aspetti della vita sociale, economica e di relazione, mettendo in sinergia le risorse della persona, della famiglia anche allargata e delle reti sociali con cui possono interagire.

È da questo percorso evolutivo che nasce l'interesse del management all'approccio del community building, inteso come interazione con risorse della comunità presenti nel territorio di vita dei cittadini, portatrici di forza creativa frutto di esperienze innovative che obbligano l'istituzione a uscire dal mero approccio prestazionale, inadeguato in senso quali-quantitativo all'evoluzione dei bisogni.

La testimonianza dell'esistenza di una ampia collettanea di esperienze fattuali di promozione di questa interazione è risultata evidente all'interno di un laboratorio a cui numerosi iscritti a FIASO hanno partecipato insieme ad attori del tessuto sociale dei vari territori, che ha fatto emergere la ricchezza di contenuti innovativi proposti da questo approccio e la potenzialità in termini di benchmarking e diffusione a altri territori.

Questo libro è prezioso proprio in quanto rappresenta un ulteriore tassello di questo percorso e permette di sistematizzare vari aspetti concettuali e operativi perché:

- Permette un approfondimento delle basi concettuali attraverso un confronto della letteratura nazionale e internazionale in merito alle iniziative di promozione della salute che coinvolgano la comunità, proponendo una tassonomia di riferimento;
- Prospetta un confronto di questi concetti con le pratiche applicative sviluppatesi in Italia in questi decenni dentro e fuori le istituzioni sanitarie e sociosanitarie, che permetta una classificazione e sistematizzazione delle esperienze in base al livello di complessità e evoluzione delle stesse;
- Propone una cassetta degli attrezzi per allargare l'approccio manageriale, già reso sensibile sul tema della gestione delle disuguaglianze (equity management), alle nuove necessità proposte dal community building, a partire dall'analisi dei bisogni, passando per la definizione condivisa delle strategie, definendo modelli di governance dei progetti necessariamente innovativi perché orientati dall'evoluzione dei bisogni di per sé complessi per la partecipazione di soggetti portatori di logiche e culture e esperienze così differenti;

- Pone come definitivamente centrale e sviluppa con proposte metodologiche il problema della misurazione dei risultati anche e specialmente in termini di cambiamento ottenuto.

FIASO fa proprio sia l'approccio del libro sia i suoi contenuti, che possono rappresentare un importante stimolo, non solo per il mondo delle aziende sanitarie pubbliche e degli enti locali che rappresentano, ma anche per il ricchissimo mondo del privato sociale permettendo alla interazione di questi soggetti il pieno dispiegamento delle capacità progettuali per affrontare con efficacia le nuove sfide poste dall'evoluzione dei bisogni personali.

Prefazione

di *Tiziana Frittelli**

Il tema del community building è presente da decenni nel linguaggio di chi osserva la società e il suo evolversi. Ma parlarne oggi, come si fa in questo testo, è assolutamente innovativo e necessario.

La sanità, come insegna Giorgio Cosmacini ripercorrendo la nascita delle prime istituzioni che si occuparono di salute pubblica, è sempre stata in bilico tra la necessità di curare e quella di stabilire un criterio di ordine pubblico, tanto che spesso le due aree tendevano a coincidere nella gestione e nei luoghi.

Dal momento in cui la sanità acquisisce una sua autonomia, proprie istituzioni e governo, la grande rivoluzione è rappresentata dai movimenti di cittadini che, negli anni “90 del secolo scorso, chiedono in maniera sempre più pressante di intervenire nel processo di definizione della cura del malato (la legge sui trapianti, quella sulla terapia del dolore, le lotte dei malati di HIV, solo per citare alcune delle iniziative partite dai cittadini).

Da quel momento è evidente il cambiamento di percezione della cosa pubblica e una crescita sia delle istituzioni sia dei cittadini stessi. È un processo che nasce come spinta democratica orientata alla partecipazione e al cambiamento e che trova, come descritto in questo testo, dopo anni il suo completamento nella messa a punto di conoscenze e tecniche per governare quei processi che, inseriti nel quotidiano, si sono trasformati da richiesta dei Cittadini a necessità delle Istituzioni.

Il testo è uno strumento ad uso del management delle Aziende sanitarie, ai diversi livelli, che consente di capire come interfacciarsi con una società che si è fatta più preparata (empowerment), più esigente ma anche più disponibile a collaborare con le Istituzioni.

Gli elementi di network analysis che vengono forniti consentono di comprendere, interagire e collaborare con le diverse realtà che compongono il cosid-

* Federsanità; Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI).

detto Terzo settore. La necessità, da parte delle Istituzioni, di “acquisire” esperienze e competenze diverse per governare e innovare alcune aree della sanità ha prodotto il passaggio dal fund raising al people raising, ovvero: come si individuano realtà associative disposte a collaborare, come si inseriscono nel processo di governo e attuazione delle iniziative e come si fidelizzano.

Tutto questo ha trovato la sua più evidente manifestazione – anche se, probabilmente, con strumenti più immediati e meno affinati di quelli forniti dagli autori del testo – nella gestione della pandemia da Covid-19.

Infatti, pur essendo il mondo della sanità pervaso da associazioni che a vario titolo interagiscono con le Aziende sanitarie, la pandemia ha fatto emergere quanto un processo di community building sia necessario nella società per governare processi complessi e drammatici come quelli vissuti in questi ultimi due anni.

Peraltro, è interessante notare che, se da una parte il mondo della sanità si interroga su come impiegare al meglio, secondo le proprie attitudini e carisma, risorse umane presenti sul territorio, dall'altra anche il volontariato si è interrogato nell'estate del 2020 con la sua indagine “Il volontariato e la pandemia. Pratiche, idee, propositi dei Centri di servizio a partire dalle lezioni apprese durante l'emergenza Covid-19”, su come contribuire in maniera professionale e su come chiedere alle Istituzioni un riconoscimento formale delle attività e delle competenze che un mondo così complesso come quello del Terzo settore mette in campo quotidianamente e nei momenti di crisi.

Infine, la necessità di strumenti che facilitino l'interazione tra istituzioni sanitarie e società nel suo complesso e costruiscano azioni di cambiamento e di crescita, emerge anche dal Piano nazionale di ripresa e resilienza-PNRR. All'interno del Piano il termine “comunità” ritorna molte decine di volte, declinato nelle diverse Missioni di cui si compone. Le Missioni 5 e 6, per restare in ambito socio-sanitario, sono, probabilmente, le più complesse perché sono destinate a migliorare situazioni di fragilità sul territorio con strumenti che, nella maggior parte dei casi, saranno efficaci se saranno in grado di connettersi tra loro.

“Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.” Molte delle cose previste dal PNRR sono in parte presenti nel Paese, magari con altri nomi e in forma isolata. La vera sfida sarà costruire comunità, creare reti in grado di interagire, posizionare nei “nodi” di questa rete manager capaci di interagire costantemente con le realtà locali, capaci di gestire relazioni, di valorizzare e innovare, di fare community building.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano esprimere un sincero ringraziamento alle persone e alle istituzioni che hanno permesso di arrivare alla stesura della presente pubblicazione, grazie al costante confronto reciproco, allo studio di casi, alla discussione delle suggestioni di management e di policy e all'appassionata interazione con gli stakeholder e con i policy-maker nazionali e regionali.

Tra essi teniamo a ringraziare in modo particolare i promotori del progetto di ricerca “Community Building Network a Tutela della Salute”: Don Virginio Colmegna, Franco Riboldi, Silvia Landra e Gaia Jachetti di Fondazione Casa della Carità, Fabio Cavicchi, Franco Prandi e Mara Morini di Fondazione Santa Clelia Barbieri, oggi promotori dell'Associazione “Prima la Comunità”.

Francesco Ripa di Meana e Nicola Pinelli di FIASO e Tiziana Frittelli di Federsanità ANCI hanno garantito il decisivo e costante appoggio istituzionale delle federazioni che rappresentano le aziende sanitarie pubbliche, il vero motore del SSN e quindi dei processi di community building.

Un grazie sentito va a Federcasce, per l'interessamento al tema e il contributo dato al progetto di ricerca che rispecchia il suo forte orientamento alla promozione delle comunità locali.

Si ringraziano tutte le Aziende Sanitarie e gli Enti del terzo settore che hanno partecipato con costanza ed entusiasmo ai 12 incontri di discussione e formazione del progetto di ricerca, nonché alla raccolta dei dati sulle esperienze di community building, nonostante le difficoltà causate dalla gestione dell'emergenza pandemica. In particolare si ringraziano: AOU Parma, AOU Perugia, ASFO, Asl Cuneo 1, Asl Roma 1, Asl Roma 2, Asl Torino 3, Asl Vercelli, Asp Agrigento, Asp Bologna, ASST Bergamo Est, ASST Mantova, ASST Rhodense, ASU GI, ATS Milano, ATS Val Padana, Aulss 6 Euganea, Ausl Bologna, Ausl Ferrara, Ausl Modena, Ausl Parma, Ausl Piacenza, Ausl Reggio Emilia, Ausl Toscana Centro, Ausl Toscana Nord Ovest, Ausl Toscana Sud Est, Fondazione Policlinico Tor Vergata, ISS San Marino, Usl Umbria, Casa della Carità, Centro Servizi per il volontariato Monza-Lecco-Sondrio, Cooperativa Sociale Proges, Fondazione Ebbene, Fondazione Santa Clelia Barbieri, La Bottega del Possibile, Progetto Arca, Televita, Unione Colline Matildiche.

Si ringrazia la Prof.ssa Jane South della Leeds Beckett University, che ha permesso un interessante confronto con le esperienze di community building del contesto inglese, fornendoci la possibilità di ampliare il nostro ambito di analisi.

Si ringraziano infine le ricercatrici Elisabetta Barzan e Anna Maria Murrante, per il loro prezioso contributo alle fasi iniziali del percorso di ricerca.

Introduzione

di *Francesco Longo e Sara Barsanti*

Community building, ovvero costruire comunità, è la finalità ultima delle istituzioni pubbliche, che attivano servizi, regole, meccanismi redistributivi per rispondere a bisogni individuali e collettivi, con l'intento di riuscire a costruire la società. La si vuole ricca di capitale sociale, di processi generativi ed inclusivi, di relazioni, capace di promuovere la cultura e la crescita degli individui e della collettività, efficace nell'assistere i più deboli e promuovere coloro che hanno potenziali non compiutamente espressi, in un'ottica di equità e quindi di rafforzamento del convivere insieme.

Una mal interpretata concettualizzazione del processo di aziendalizzazione delle istituzioni pubbliche ha talvolta confuso i mezzi con i fini. Il fine sembrava aumentare la soddisfazione del singolo utente fruitore di servizi pubblici, la sua *customer satisfaction*. Una comunità o una società non risultano però di tipo inclusivo, resiliente, solidale, dotata di capitale sociale in crescita perché la sommatoria dei singoli cittadini, quando utenti dei servizi pubblici, è soddisfatta. Questo è solo un mezzo per raggiungere il fine delle istituzioni pubbliche di generare e rafforzare la comunità, che richiede logiche ben più complesse, sistemiche e di orientamento al bene comune rispetto la soddisfazione del singolo utente. Ovviamente in una comunità ci si sente bene, identificati e protetti quando le logiche di promozione e protezione collettiva sono anche in grado di soddisfare i bisogni individuali, ma in ragione di ciò che è possibile, equo ed efficace rispetto alla massimizzazione del benessere complessivo della collettività, disponendo di un quadro concettuale capace di apprezzare il nostro posizionamento nella geografia dei bisogni della comunità. Il cittadino, diversamente dall'utente, è soddisfatto se vede i propri bisogni soddisfatti, ma in un perimetro di regole e servizi che garantiscono in modo uguale anche tutti gli altri. Noi vogliamo essere soddisfatti non solo come utenti, ma soprattutto come cittadini.

Nei processi di trasformazione sociale ed economica attualmente in corso vi sono alcune determinanti negative (problemi a cui rispondere) e alcune positive che sollecitano una nuova centralità della missione di community building per le istituzioni pubbliche.

Le evidenze empiriche dimostrano da anni che al crescere del capitale sociale una società risulta più resiliente e con tassi di sviluppo economico maggiore. Sappiamo anche che molte delle nostre nazioni, tra cui la nostra, si trovano in una fase di riduzione progressiva del capitale sociale disponibile, da cui la necessità di attivare politiche pubbliche capaci di invertire questa tendenza e quindi di costruire comunità. Le nostre società sono crescentemente inique, processo che determina l'aumento dei problemi sociali, della micro-criminalità e la riduzione della coesione collettiva. Il community building è visto come una prospettiva capace di ridurre alcune di queste ferite, se accompagnato da processi di progressiva riduzione delle disparità sociali. In particolare in Europa, le persone sono sempre più sole, le famiglie sono sempre meno numerose e meno reticolari, la frammentazione e rarefazione delle relazioni sociali è in crescita. Il community building è una prospettiva efficace per mitigare questi problemi, offrendo relazioni sociali frequenti ed intense a complemento di quelle familiari non più disponibili.

In una prospettiva positiva si osserva come le nuove forme del produrre e consumare, determinate dal crescere dei modelli economici di sharing o platform economy, da Airbnb al bikesharing, da Wikipedia al Crowdfunding, si basino sempre più su modelli di costruzione di nuove forme di comunità, ripensate in nuovi format di connessione, nuovi linguaggi e nuove finalità. In molti casi si creano nuovi cluster di persone in connessione tra di loro: gli utenti di Blabla-Car, la rete degli HOST di Airbnb, gli appassionati di The Fork. La creazione di comunità è ritenuta una leva fondamentale per generare un eco-sistema virtuoso per l'impresa contemporanea, che aumenta il valore prodotto per ogni stakeholder coinvolto. Se questo è vero per il mondo delle imprese commerciali, non può che risultare decisiva anche per le istituzioni pubbliche, che però hanno più difficoltà ad aggiornare i loro format di servizi, linguaggi e logiche di connessione della comunità.

Inoltre la spinta alla diffusione di logiche di co-production garantita dal processo di digitalizzazione in corso, abbinata alla raccolta automatica di big data sparsi dagli utenti durante il loro percorso di fruizione, rilancia la centralità della comunità "degli utenti", della loro capacità di segmentarsi, autodeterminarsi e raccogliere dati. Questa stessa opportunità può e deve essere sfruttata dalle istituzioni pubbliche per generare comunità, clusterizzare gli utenti per differenziare i servizi e raccogliere evidenze sui pensieri, percezioni e bisogni della popolazione.

Costruire comunità, oltre che erogare servizi, è tornato quindi prepotentemente centrale nell'agenda di policy, sia per rispondere ad alcuni problemi

cruciali ed emergenti delle società contemporanee, sia perché le nuove forme di servizi contemporanei offrono fisiologicamente e implicitamente questa opportunità, che deve essere sfruttata e guidata anche dalle istituzioni pubbliche.

A queste cruciali esigenze strutturali le istituzioni pubbliche rispondono spesso con convinti approcci valoriali e framework di policy volutamente portatori di ispirazioni ed evocativi. Ne sono ottimi esempi nell'agenda della programmazione e legiferazione del SSN: la Casa della Comunità, la valorizzazione della co-production degli utenti, la costruzione di gruppi di mutuo-auto aiuto. In ambito dei servizi sociali domina l'aspirazione al welfare di comunità, alla valorizzazione delle reti sociali, all'integrazione con il volontariato. Obiettivo del presente testo è quello di popolare di logiche e strumenti gestionali queste cornici valoriali e questi framework di policy, per rendere intellegibile sul piano operativo lo scenario di azione possibile e concretamente attivabili le conseguenti leve di management. Patrimonializziamo pertanto il dibattito politico, etico e giuridico sul bisogno di ricostruire comunità e di rendere i servizi pubblici interdipendenti e radicati in esse, cercando di discutere modelli alternativi di approcci operativi utili per i policymaker e i practitioner locali. Il nostro vuole essere pertanto un passo complementare, in avanti, rispetto ad un dibattito valoriale e di policy che riteniamo fondante ed indispensabile, ma che dobbiamo utilizzare come terreno fertile su cui piantare il seme dell'operatività pubblica possibile, nei vincoli e limiti delle risorse e competenze istituzionali disponibili. In altri termini, questo è un testo su come operationalizzare il community building, nella prospettiva di un dirigente pubblico locale, del sociale o della sanità, oppure di un policymaker locale, che intenda disegnare politiche attuative e non solo affermare framework valoriali e di contesto.

Per questi obiettivi il presente testo è frutto di un lavoro di ricerca biennale, condotto da un gruppo integrato di ricercatori del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa e del CERGAS della SDA Bocconi di Milano, che hanno avuto la fortuna di poter costruire una rete di stakeholder rilevanti, che ha coinvolto 30 AUSL del paese, 8 associazioni del III settore, le due federazioni delle aziende sanitarie pubbliche (FIASO e Federsanità ANCI) e una Banca Cooperativa legata ai territori e alle comunità. Si ritiene infatti che, metodologicamente, si debba condurre ogni ricerca sulle comunità e sulle reti che le fondano e strutturano, adottando in primis una logica di rete nel team di ricerca stesso, capace di coinvolgere in modo convinto e ingaggiato gli attori che si vogliono indagare e per i quali si intende suggerire possibili logiche e strumenti di azione manageriali. Non si possono studiare le reti sociali, senza una metrica di rete e una struttura organizzativa capace di promuovere e supportare questo approccio.

Per proporre le logiche e gli strumenti di azione manageriale locale di costruzione di comunità e di valorizzazione delle reti sociali da essa costituita, il presente testo è suddiviso nelle seguenti sei sezioni logiche.

1. *Definizione e finalità del community building.* L'obiettivo di questo Capitolo è di ricostruire il dibattito scientifico e definitorio sul community building ed esplicitare gli obiettivi di politica pubblica che si possono raggiungere con questo approccio a livello locale e generale, sia nell'ambito delle politiche di welfare che in quelle sanitarie (*partiamo dall'analisi delle finalità e non dallo strumento*).
2. *Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve il community building?* In questa sezione si discutono le problematicità emergenti delle società occidentali contemporanee e si valutano le coerenze che i finalismi potenziali del community building possono avere per rispondere all'agenda contemporanea dei gap di policy (*discutiamo se i finalismi possibili del community building coincidono, e con quale intensità, con le criticità sociali emergenti*).
3. *Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali: quale ruolo possono giocare per il community building?* Le reti sociali presenti nelle singole comunità hanno caratteristiche, dimensioni e forza collettiva molto diverse tra di loro. Vanno gestite in modo molto diversificato, per riuscire ad esercitare una azione di guida o influenza efficace. Occorre pertanto clusterizzarle, definire il portafoglio degli strumenti di guida disponibili e correlare caratteristiche a specifici strumenti e loro interpretazione (*distinguiamo e clusterizziamo, per scegliere logiche e strumenti gestionali differenti e coerenti ai contesti*).
4. *Come si concretizzano nella realtà sanitaria, sociosanitaria e sociale le logiche di community building?* Per operationalizzare il community building occorre un framework concettuale capace di rileggere l'approccio comunitario come un insieme di attori, di legami, di processi, che possono essere influenzati dalle istituzioni pubbliche, attraverso precise leve di azione, che possono essere rese più efficaci attraverso un approccio manageriale o almeno gestionale (*traduciamo il paradigma del community building in uno scenario di attori e processi influenzabili da leve nella disponibilità delle istituzioni pubbliche*).
5. *Gli strumenti di supporto manageriale per la gestione del community building.* Esiste un preciso portafoglio di strumenti manageriali per la gestione del paradigma di community building che riguardano le diverse fasi e componenti del processo (*conoscere il set degli strumenti potenzialmente disponibili, per generare la necessaria capacity e competenza locale*).

6. *Buone pratiche di community building e classificazione delle esperienze.* Per rendere il testo più operativo possibile, oltre a offrire quadri concettuali, modelli di clusterizzazione dei contesti e delle reti, portafogli di strumenti gestionali alternativamente attivabili, vengono presentate una ricca serie di good practice da cui ci si può fare utilmente ispirare localmente, anche generando processi di contaminazione e benchlearning reciproco, affinché l'innovazione raggiunta diventi patrimonio di sistema e non già di una singola realtà locale (*apprendiamo dagli altri che hanno già attuato il cambiamento*).

1. Definizione e logiche di community building

di Angelica Zazzera

1.1. Introduzione

La salute pubblica contemporanea enfatizza gli approcci di coinvolgimento della comunità nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. L'integrazione di volontari, pari (*peers*), pazienti e organizzazioni finanziate in modo indipendente con alcuni aspetti dell'erogazione di servizi sanitari ha rafforzato il concetto di iniziative comunitarie. Questo approccio peculiare riconosce che la salute è guidata da molteplici fattori, con influenze culturali, economiche, sociali e ambientali interrelate, che sono difficili da comprendere e affrontare in modo completo. Vi è un filone crescente di ricerche che documentano una relazione diretta tra capitale sociale e iniziative che coinvolgono la comunità (Newman et al, 2008; Igalla et al, 2020), in cui le reti sociali sono concepite come determinante fondamentale per il benessere della comunità. In questo quadro, il coinvolgimento della comunità è una strategia fondamentale per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie a più livelli (ad esempio, individuo, famiglia, comunità), attraverso più settori (ad esempio, scuola, posto di lavoro, quartiere) e all'interno di reti multidimensionali (ad esempio, individuali, professionali, sociali). Tuttavia, attualmente, determinare le caratteristiche e l'efficacia delle iniziative che coinvolgono la comunità per raggiungere *outcome* di salute pone sfide sia a livello della ricerca sia per i *policy makers*.

1.2. Comunità e salute: i diversi approcci in letteratura

Esiste un'ampia letteratura a livello internazionale in merito alle iniziative che coinvolgono la comunità per promuovere la salute. Da un'analisi della letteratura grigia e della letteratura accademica è possibile affermare che gli interventi in cui la comunità è coinvolta per raggiungere obiettivi di salute possono essere organizzati con approcci diversi, a seconda delle caratteristiche di ciascun intervento e a seconda del diverso grado di coinvolgimento della comunità, che può

dipendere dal raggio di azione della pubblica amministrazione. Di seguito vengono riportati i principali risultati della disamina della letteratura, che ha preso in considerazione diverse correnti riguardanti il coinvolgimento della comunità nei progetti di salute pubblica. I principali filoni individuati in letteratura, di cui si riporta sia la definizione originale in lingua inglese sia la traduzione in italiano, possono essere riassunti in: partecipazione della comunità (*community participation*), sviluppo della comunità (*community development*), responsabilizzazione della comunità (*community empowerment*), approcci incentrati sulla comunità (*community-centred approaches*), costruzione della comunità (*community building*), organizzazione della comunità (*community organizing*), iniziative basate sulla comunità (*community-based initiatives*) e coinvolgimento della comunità (*community engagement*). Di seguito si riporta una breve descrizione di ciascun filone, completata da una tabella che riassume i principali temi e gli autori che hanno contribuito alla loro definizione.

A partire dagli anni '80, la salute pubblica ha assunto un nuovo significato, passando da un modello di pratica e ricerca sulla comunità a uno di pratica e ricerca con la comunità (Butterfoss, 2006). La Carta di Ottawa¹ considera la partecipazione della comunità (*community participation*) essenziale negli interventi per promuovere la salute e definisce il concetto di partecipazione comunitaria come lo “*stabilire priorità, prendere decisioni e pianificare strategie con la comunità*” (WHO, 1986). Coerentemente con tale definizione, la *community participation* è stata descritta pochi anni dopo come un processo sociale che coinvolge persone che vivono in una certa area geografica e che agiscono per identificare bisogni comuni, prendere decisioni e impostare meccanismi per ottenere soluzioni (Bichmann et al, 1989). Negli anni successivi, la definizione di partecipazione della comunità ha incluso anche il concetto di “*partecipazione ad attività, programmi elo discussioni formali o informali che portassero cambiamenti o miglioramenti pianificati nella comunità, nei servizi elo nelle risorse*” (Bracht, 1990), massimizzando il potenziale della comunità e il progresso dall'azione individuale al cambiamento sociale e politico collettivo (Israel et al, 1998). Si può quindi riassumere che il concetto di *community participation* vede la comunità come un'entità che individua i propri bisogni, sviluppa delle decisioni e agisce per creare un cambiamento o un miglioramento per la comunità stessa. La promozione della *community participation* contribuisce a politiche che reinvestono nelle comunità, costruiscono e sostengono il capitale sociale e rafforzano famiglie e quartieri (Blackwell & Colmenar, 2000). Questo approccio strategico è

¹ La Carta di Ottawa è un documento presentato al primo Congresso Internazionale sulla Promozione della salute, svolto il 21 novembre 1986 a Ottawa (Ottawa Charter for Health Promotion) e incentrato sul conseguimento della Strategia della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre.

molto vicino alla corrente del *community building*, approfondita nel paragrafo 1.3.

Insieme al concetto di *community participation*, negli anni si è evoluta la corrente dello sviluppo della comunità (*community development*). La Better Health Commission (1986) ha definito lo sviluppo comunitario legato alla salute o al benessere come lo “*sviluppo, o la costruzione, di comunità per essere più autosufficienti, assertive o coinvolte ... [e] include il coinvolgimento della comunità così come i movimenti che mirano a dare alle comunità competenze e conoscenze*”. Più tardi, nel 1994, Petersen afferma che “*la letteratura sullo sviluppo della comunità si basa fortemente sulla retorica dei nuovi movimenti sociali: appelli alla partecipazione, equità, empowerment, azione collettiva e community building*”. Infine, il *community development* è definito dall'OMS come “*un modo di lavorare sostenuto da un impegno per l'equità, la giustizia sociale e la partecipazione, che consente alle persone di rafforzare le reti, identificare le preoccupazioni comuni e supportarsi nell'agire in relazione alle reti*”. Questo approccio rispetta le priorità definite dalla comunità, ne riconosce le risorse così come i problemi e dà priorità al rafforzamento delle capacità (WHO, 2002). Lo sviluppo comunitario sembra quindi essere un approccio strategico spesso associato a comunità deboli che hanno bisogno del supporto delle istituzioni pubbliche per diventare più indipendenti e forti. Mentre le definizioni di *community participation* si concentrano maggiormente sulla descrizione del tipo di processo in cui la comunità è coinvolta (identificazione del problema, proposta di soluzioni), il focus del *community development* appare essere sullo sviluppo della comunità come obiettivo della partecipazione, facendo riferimento a concetti come equità, *empowerment*, autosufficienza e rafforzamento delle capacità.

Lo sviluppo della comunità promuove il concetto di *community empowerment*, inteso come “*l'espansione delle risorse e delle capacità delle persone povere di partecipare, negoziare, influenzare, controllare e ritenere responsabili le istituzioni che influenzano le loro vite*” (Narayan, 2002). L'*empowerment* di una comunità fa riferimento al passaggio del controllo da coloro che ne sono in possesso a coloro che non lo sono; in questo senso è un gioco a somma zero, con la quantità totale di potenza che rimane costante (O'Mara-Eves et al, 2013). Nella tassonomia dell'*empowerment* di Arnstein (1969), sono considerati tre livelli di potere comunitario: la non partecipazione della comunità consiste nella manipolazione e nella terapia; il tokenismo consiste nell'informazione, nella consultazione e nella pacificazione; il potere dei cittadini consiste nella collaborazione, nel potere delegato e nel controllo da parte dei cittadini. La corrente di *community empowerment* evidenzia come il coinvolgimento della comunità sia un mezzo per il raggiungimento di un fine (l'*empowerment*), affinché la comunità acquisisca maggior legittimazione e potere.

Infine, il concetto correlato di organizzazione della comunità (*community organization*) è un processo organizzativo che mira a creare collegamenti e partnership tra le organizzazioni della comunità e altre istituzioni (Blackwell & Colmenar, 2000) per raggiungere gli obiettivi della comunità. Lo sviluppo organizzativo consente di identificare e rafforzare le risorse della comunità, mobilitarle e attuare strategie per affrontare i problemi della comunità (Minkler & Wallerstein, 2004; Wallerstein et al, 2015).

Oltre agli approcci di strategia e *policy*, ci sono alcune correnti in letteratura che affrontano il concetto di coinvolgimento della comunità nei progetti relativi alla salute in una prospettiva più operativa. Tra questi, possiamo includere gli interventi basati sulla comunità, gli approcci incentrati sulla comunità e gli interventi di coinvolgimento della comunità.

La letteratura più recente si è concentrata su un fenomeno specifico finalizzato all'auto-organizzazione dei servizi pubblici da parte di gruppi di comunità (Igalla et al, 2019). Queste iniziative basate sulla comunità (*community-based initiatives*) stanno emergendo nei paesi occidentali (Haeley, 2015) e identificano i cittadini e altri utenti dei servizi come parte del processo di produzione in linea con la corrente di co-creazione e co-produzione (Brandsen et al, 2017; Osborne et al, 2016). Nelle *community-based initiatives* i cittadini non sono solo coinvolti nella produzione di servizi pubblici nell'ambito di quadri stabiliti dal governo in base a regolari contributi di co-produzione, ma generano nuove iniziative, mentre i governi agiscono come facilitatori (Alford, 2002; Arnstein, 1969; Boonstra & Boelens, 2011). Questo approccio *bottom-up* allo sviluppo socioeconomico affronta i determinanti sociali della salute attraverso l'empowerment della comunità e il coordinamento intersettoriale. Pertanto, le iniziative centrate sulla comunità adottano un approccio integrato con la collaborazione di vari attori: governo, organizzazioni finanziatrici e/o organizzazioni del terzo settore (Haeley, 2015). Indipendentemente dal livello di formalizzazione delle iniziative, esse condividono le seguenti caratteristiche comuni: sono una forma di iniziative comunitarie di auto-organizzazione senza scopo di lucro, finalizzate alla fornitura di servizi o beni pubblici (Igalla et al, 2019). Inoltre, i cittadini controllano gli obiettivi, i mezzi e l'effettiva attuazione delle loro attività (Haeley, 2015) e hanno il controllo della fornitura di servizi pubblici, guidando una rete ibrida di sostegno attraverso legami, ponti e collegamenti (Voorberg et al, 2015). Appare in questo caso in modo evidente la concezione di comunità come parte della filiera dei servizi pubblici, con la quale in modo integrato collabora nei processi di erogazione.

Gli approcci centrati sulla comunità (*community-centred approaches*) “cercano di mobilitare le risorse all'interno delle comunità, promuovere l'equità e aumentare il controllo delle persone sulla loro salute e vita” (South, 2015). La “famiglia di approcci centrati sulla comunità per la salute e il benessere” include: a) il rafforzamento delle comunità (sviluppo della comunità, metodi basati sulle

risorse e approcci di reti sociali); b) ruoli di volontariato e pari (ruoli di collegamento, intervento tra pari in termini di supporto, istruzione e tutoraggio e ruoli di volontariato e salute); c) collaborazioni e partenariati (ricerca partecipativa basata sulla comunità, iniziative territoriali, impegno della comunità nella pianificazione e progetti di co-produzione); d) accesso alle risorse della comunità (percorsi di partecipazione, hub della comunità). La famiglia di approcci centrati sulla comunità mira a mostrare quanto possano essere eterogenei gli interventi con la comunità e la varietà di modelli e metodi che possono essere applicati. Secondo Avelieng et al (2012), i *community-centred approaches* mettono in primo piano il valore dei collegamenti orizzontali tra pari e il potere dei processi sociali dal basso guidati dai pari, piuttosto che da leader o manager all'apice di una gerarchia. Si può quindi dire che l'approccio centrato sulla comunità abbia un significato ampio in quanto si riferisce allo stesso tempo ai concetti di sviluppo della comunità, partecipazione della comunità e iniziative basate sulla comunità.

Il Clinical and Translational Science Awards Consortium (2011) definisce il coinvolgimento della comunità (*community engagement*) come “*il processo di lavorare in collaborazione con e attraverso gruppi di persone affiliate per vicinanza geografica, interesse speciale o situazioni simili per affrontare le questioni che riguardano il loro benessere*”. Secondo il National Institute for Health and Care Excellence (2016) del Regno Unito, il *community engagement* è “*il processo per coinvolgere le comunità nelle decisioni che le riguardano, inclusa la pianificazione, lo sviluppo e la gestione dei servizi, nonché le attività che mirano a migliorare la salute o ridurre le disuguaglianze sanitarie*”. Diversi livelli e tipi di coinvolgimento della comunità possono avere impatti differenti sia sul processo di implementazione degli interventi sia su alcuni risultati. Ci si può aspettare che alcuni approcci, che comportano l'informazione o la consultazione delle comunità, ad esempio, abbiano un impatto relativamente limitato sui risultati a livello individuale o di popolazione. Al contrario, più i membri della comunità sono supportati a prendere il controllo, essendo coinvolti nella progettazione, sviluppo e implementazione di attività per migliorare le loro vite (cioè co-produzione, potere delegato o controllo della comunità), più è probabile che la loro salute migliori (Popay et al, 2007). Il *community engagement* è “*un termine generico che comprende un continuum di approcci per coinvolgere le comunità del luogo e/o l'interesse in attività volte a migliorare la salute della popolazione e/o ridurre le disuguaglianze sanitarie*”, indipendentemente dal fatto che siano attività guidate dal governo o iniziative generate dai cittadini. Inoltre, il *community engagement* è usato in letteratura come un “*termine inclusivo per coprire l'ampiezza e la complessità degli approcci partecipativi, dal minimo coinvolgimento alla consultazione fino agli approcci in cui le comunità prendono il controllo*” (Popay et al, 2007).

Questa panoramica mostra l'ampiezza, a livello internazionale, di approcci che trattano del coinvolgimento comunitario per migliorare gli *outcome*

di salute. Essi variano sia a seconda del ruolo della comunità (che può promuovere e guidare le iniziative in modo informale o può essere coinvolta in un secondo momento in modo formale dalla pubblica amministrazione), sia a seconda dello scopo per cui la comunità viene coinvolta (per la pubblica amministrazione, il coinvolgimento della comunità può essere strumentale al raggiungimento di un preciso obiettivo oppure può essere il fine per creare sviluppo, legittimazione, organizzazione della comunità stessa).

Nella tabella seguente vengono presentate le principali correnti di letteratura che trattano il tema di comunità e salute, insieme agli autori che ne hanno scritto.

Tabella 1.1. Comunità e salute in letteratura: diversi filoni e principali autori

Corrente	Significato	Principali autori
Community participation	Dalla "pratica e ricerca sulla comunità" alla "pratica e ricerca con la comunità". Stabilire priorità, prendere decisioni e pianificare strategie. Processo sociale che coinvolge persone che vivono in una determinata area geografica e che agiscono per identificare bisogni comuni, prendere decisioni e impostare meccanismi per ottenere soluzioni.	Butterfoss, 2006 WHO, 1986 Bichmann et al, 1989 Bracht, 1990 Israel et al, 1998
Community development	Sviluppare o costruire comunità per essere più autosufficienti, assertive o coinvolte. Include il coinvolgimento della comunità così come i movimenti che mirano a fornire alle comunità abilità e conoscenze. La letteratura sullo sviluppo della comunità si basa fortemente sulla retorica dei nuovi movimenti sociali: appelli alla partecipazione, equità, empowerment, azione collettiva, costruzione della comunità.	Better Health Commission, 1986 Petersen, 1994 WHO, 2002
Community empowerment	Espansione delle risorse e delle capacità delle persone povere di partecipare, negoziare, influenzare, controllare e ritenere responsabili le istituzioni che influenzano le loro vite. Passaggio di controllo da chi attualmente ne è in possesso a chi attualmente non lo è.	Narayan, 2002 O'Mara-Eves et al, 2013 Arnstein, 1969

Community building	I principi di base della costruzione di una comunità sono: i) rafforzare le comunità in modo olistico; ii) costruire capacità e relazioni locali tra comunità e istituzioni delle risorse; iii) promuovere la partecipazione della comunità allo sviluppo e all'attuazione delle politiche; iv) affrontare i problemi delle minoranze etniche per creare risultati equi per tutti i gruppi; v) abbattere l'isolamento delle comunità povere; vi) adattare i programmi alle condizioni locali; vii) costruire meccanismi di responsabilità per mantenere i miglioramenti e monitorare il progresso della comunità.	Blackwell & Colmenar, 2000 Walter et al, 2012 Ponzo, 2014 Razavi, 2007 Fisher & Tronto, 1990 Brennan et al, 2012
Community organizing	Processo organizzativo che mira a creare collegamenti e partnership tra organizzazioni comunitarie e altre istituzioni. Identificare e rafforzare le risorse della comunità, mobilitare le risorse e attuare strategie per affrontare i problemi della comunità.	Blackwell & Colmenar, 2000 Minkler, Wallerstein, 2004 Wallerstein et al, 2015
Community-based initiatives	Auto-organizzazione dei servizi pubblici da parte di gruppi di comunità. Cittadini e altri utenti del servizio come parte del processo di produzione in linea con la corrente di co-creazione e coproduzione. I cittadini non sono solo coinvolti nella produzione di servizi pubblici nell'ambito di quadri stabiliti dal governo in base a regolari contributi di co-produzione, ma generano nuove iniziative mentre i governi agiscono come facilitatori. Iniziative di auto-organizzazione a carattere comunitario senza scopo di lucro, finalizzate alla fornitura di servizi o beni pubblici. I cittadini controllano gli obiettivi, i mezzi e l'effettiva attuazione delle loro attività. I cittadini hanno il controllo della fornitura di servizi pubblici, guidando una rete ibrida di supporto attraverso legami, ponti e collegamenti.	Igalla et al, 2019 Haeley, 2015 Brandsen et al, 2017 Osborne et al, 2016 Alford, 2002 Arnstein, 1969; Boonstra & Boelens, 2011 Igalla et al, 2020 Voorberg et al, 2015
Community-centred approaches	Mobilitare le risorse all'interno delle comunità, promuovere l'equità e aumentare il controllo delle persone sulla propria salute e sulla propria vita.	South, 2015 Avelieng et al, 2012

	Famiglia di approcci centrati sulla comunità per la salute e il benessere: a) il rafforzamento delle comunità; b) ruoli di volontariato e pari; c) collaborazioni e partenariati; d) accesso alle risorse della comunità. Collegamenti orizzontali tra pari e potere dei processi sociali dal basso verso l'alto guidati da quei pari piuttosto che da leader o manager all'apice di una gerarchia.	
Community engagement	Termine generico che comprende un continuum di approcci per coinvolgere le comunità del luogo e/o l'interesse in attività volte a migliorare la salute della popolazione e/o ridurre le disuguaglianze di salute. Termine inclusivo per coprire l'ampiezza e la complessità degli approcci partecipativi, dal minimo coinvolgimento alla consultazione fino agli approcci in cui le comunità assumono il controllo. Definizione ampia che copre attività che variano notevolmente per portata e impatto, dallo scambio di informazioni con poco coinvolgimento a vari modelli di consultazione dei cittadini, alla delega di potere e controllo delle organizzazioni da parte della comunità.	Popay et al, 2007 WHO, 2011 O'Mara-Eves et al, 2013 NICE, 2016

Fonte: Elaborazione degli autori

1.3. Community building*

Tra tutti i filoni presenti in letteratura ed esposti nel paragrafo precedente che trattano il tema della relazione tra il coinvolgimento della comunità, la salute e l'inclusione sociale, nel presente lavoro si fa riferimento alla corrente del *community building*.

Il *community building* rispecchia l'orientamento per il quale i soggetti facenti parte di una comunità si impegnano a operare congiuntamente nel processo di evoluzione della comunità stessa (Blackwell & Colmenar, 2000; Walter, 2004). La logica propria del *community building* si propone di sperimentare forme di

* Nel presente libro verrà utilizzata l'abbreviazione "CB" per indicare il termine "community building".

partecipazione attiva di attori di natura diversa (enti pubblici, privati, singoli cittadini, etc), volte a innovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi, attraverso forme attive di partecipazione delle comunità locali (Ponzo, 2014). Questo permette la costituzione di percorsi strutturati di empowerment di comunità, che mirano auspicabilmente a rifondare legami di fiducia, di condivisione, di assunzione di un'ottica di comunità che va oltre all'interesse individuale. Nel *community building*, a mischiarsi sono sia gli attori, sia i sistemi di regole e le logiche di azione (Razavi 2007; Fisher & Tronto 1990; Brennan et al, 2012).

Secondo le particolarità del luogo, i principi di base del *community building* sono: i) rafforzare le comunità in modo olistico; ii) costruire capacità e relazioni locali tra comunità e istituzioni delle risorse; iii) promuovere la partecipazione della comunità allo sviluppo e all'attuazione delle politiche; iv) affrontare i problemi delle minoranze etniche per creare risultati equi per tutti i gruppi; v) abbattere l'isolamento delle comunità povere; vi) adattare i programmi alle condizioni locali; vii) costruire meccanismi di responsabilità per mantenere i miglioramenti e monitorare il progresso della comunità (Blackwell & Colmenar, 2000).

Nel contesto italiano riteniamo l'approccio del *community building* particolarmente fertile e promettente perché:

- permette di valorizzare le componenti già attive della società, rendendo esplicito e socialmente visibile il loro contributo, offrendo loro l'opportunità di integrarsi con il welfare tradizionale e di guadagnare eventualmente ulteriore partecipazione grazie all'accreditamento pubblico;
- sostiene l'acquisizione di consapevolezza del proprio ruolo e rilevanza a gruppi di socialità o di mutuo aiuto spontanei o naturali, che in questo modo possono assumere delle missioni più esplicite, sentendo un riconoscimento e un sostegno da parte del sistema istituzionale, che ne promuove anche la replica e il rafforzamento;
- promuove la nascita di nuove forme di comunità attiva, obiettivo particolarmente rilevante in un'epoca di decremento del capitale sociale disponibile e obiettivo di grande pregio per i territori storicamente poco dotati di forme di civismo.

In altri termini, il *community building* riscopre le finalità ultime dell'azione delle istituzioni pubbliche, ovvero quelle di promuovere e sostenere la genesi e lo sviluppo della comunità organizzata, obiettivo primario rispetto al quale l'erogazione di servizi di welfare è in parte solo strumentale. Il *community building* è pensato in modo inclusivo per adattarsi a tutti contesti sociali: quelli ricchi di attivismo e vitalità comunitaria, in cui è sufficiente valorizzare l'azione sociale volontaria e integrarla a quella dei servizi pubblici; quelli poveri di capitale sociale, in cui l'azione delle istituzioni deve contribuire a far nascere e sviluppare

nuove reti di collaborazione civica diffuse, per infra-strutturare la società in senso collaborativo e di mutuo riconoscimento reciproco, il che costituisce la premessa per ogni solidarietà possibile.

Obiettivo del presente libro è riuscire ad operationalizzare il framework del *community building* per offrire a *practitioner*, *policymaker* e studiosi un quadro concettuale e un portafoglio di strumenti manageriali che rendano possibile organizzare e gestire questo approccio che integra le risorse delle istituzioni pubbliche con quelle della comunità. Il prossimo paragrafo rappresenta un passo decisivo in questa direzione.

1.4. Comunità e reti sociali

La società moderna è una complessa interazione di reti sociali. I modelli ecologici di salute si basano sulla premessa che il comportamento di un individuo è modellato da un'interazione dinamica con l'ambiente sociale, che include influenze a livello di reti interpersonali, organizzative, comunitarie e politiche (Merzel, 2003; Simplican, 2015). Lo studio delle reti sociali che collegano individui, organizzazioni comunitarie e leader è un argomento ampio e maturo in letteratura. Secondo la letteratura, gli individui possono avere vari livelli di integrazione sociale: il livello complessivo di coinvolgimento in relazioni sociali informali, come avere un coniuge, e relazioni sociali formali, come quelle con istituzioni religiose e organizzazioni di volontariato, può cambiare notevolmente tra le persone (Umberson & Montez, 2010). Gli scienziati sociali hanno studiato diverse caratteristiche distinte della connessione sociale (Smith & Christakis, 2009), ad esempio, Granovetter in “The Strength of Weak Ties” (1973) ha studiato il tipo di connessioni all'interno di una rete, e in particolare quelle utilizzate per muoversi attraverso le reti. Ha distinto tra legami deboli definiti come contatti che hanno meno probabilità di essere “socialmente coinvolti” tra loro rispetto ai legami forti o agli amici intimi. La ricerca di Granovetter (1973, 1983) è stata poi sviluppata da Ronald Burt (1992), il quale sostiene che i legami deboli possono fungere da ponte tra le reti, consentendo alle persone di avere accesso a informazioni e conoscenze che esistono al di fuori della propria rete di legami forti costituita da amici intimi e famiglia. Nel 2004, Burt si concentra sul “buco” all'interno delle reti che descrive come l'intermediazione che fornisce il capitale sociale: “*L'opinione e il comportamento sono più omogenei all'interno dei gruppi piuttosto che tra diversi gruppi, quindi le persone connesse tra gruppi distinti hanno più familiarità con modi alternativi di pensare e comportarsi* (p. 349)”. Inoltre Lin (2017), sostiene che “*il capitale sociale è catturato nelle relazioni sociali*”, spiegando come il capitale sociale si riferisca ai guadagni realizzati grazie all'interazione tra attori in una rete sociale. Per facilità di discussione, i termini “ambiente sociale”, “relazioni sociali”, “reti sociali” e “legami sociali” sono trattati in modo intercambiabile nel presente lavoro.

Diversi studi hanno analizzato la relazione tra ambiente sociale e salute, dimostrando che il coinvolgimento nelle relazioni sociali è correlato ad *outcome* di salute positivi. Le persone con reti sociali più ampie di solito vivono una vita più sana e più lunga rispetto a coloro che sono soli e socialmente isolati (Berkman & Syme, 1979; Ansari et al, 2012; Elovainio et al, 2017). I risultati mostrano che i legami sociali danno un contributo ai risultati di salute tanto significativo quanto quello che deriva dai tradizionali fattori di rischio, come il fumo, il consumo di alcol e l'inattività fisica (Ansari et al, 2012; Kemp et al, 2017). Inoltre, gli ambienti sociali possono essere modificati o costruiti per avere un maggiore impatto sul comportamento in relazione alla personalità, agli atteggiamenti e ad altri fattori a livello individuale (Latkin & Knowlton, 2015). Di conseguenza, i legami sociali possono facilitare o ostacolare i risultati di salute desiderati all'interno delle comunità (Umberson & Montez, 2010). Ad esempio, le relazioni interpersonali possono influenzare le abitudini di salute di un individuo (US Department of Health and Human Services, 2000) attraverso l'influenza sociale e la regolamentazione del comportamento (ad esempio, la disapprovazione normativa del fumo), offrire supporto sociale che riduce lo stress psicosociale e avere implicazioni fisiologiche come il potenziamento delle funzioni immunitaria, endocrina e cardiovascolare (Brummett et al, 2001). In conclusione, nella relazione tra reti sociali e salute agiscono una varietà di meccanismi comportamentali, psicosociali e fisiologici (Umberson & Montez, 2010), tra cui a) la fornitura di supporto sociale (sia percepito che effettivo), b) l'influenza sociale (ad esempio norme e controllo sociale), c) l'impegno sociale, d) i contatti da persona a persona (ad esempio esposizione a patogeni, fumo passivo) e e) l'accesso alle risorse (denaro, lavoro, informazioni) (Berkman & Glass, 2000).

Poiché l'impatto dei legami sociali sui risultati e sulle abitudini di salute è evidenziato in un'ampia letteratura, gli interventi con le reti sociali sono stati utilizzati con successo per promuovere programmi di salute. Tali interventi, che rafforzano e supportano i legami sociali degli individui, si sono concentrati sulla riduzione del peso, la prevenzione dell'HIV, il diabete, la cessazione del fumo, l'esercizio fisico e il miglioramento del benessere delle persone con schizofrenia (Shaya et al, 2014; Latkin et al, 2013, Saul et al, 2007; Sorkin et al, 2014; Terzian et al, 2013; Valente, 2012). Secondo la teoria dei buchi strutturali di Burt, gli interventi e le politiche sulle reti sociali hanno un effetto di amplificazione correlato alla tendenza naturale di atteggiamenti e comportamenti legati alla salute a diffondersi attraverso le reti sociali. Gli interventi sulle reti sociali influenzano direttamente i risultati di salute e le abitudini dei nodi delle reti, ma hanno anche il potenziale per migliorare la salute degli altri individui collegati ai nodi (Umberson & Montez, 2010). Pertanto, una politica incentrata sui legami sociali tra gli individui può rivelarsi una strategia conveniente per migliorare la salute e il

benessere a livello di popolazione o di comunità (McGinnis et al, 2002; Mechanic & Tanner 2007, Latkin & Knowlton, 2015). Poiché tracciare i legami sociali può aiutare a identificare la leadership di una comunità, comprendere i modelli di comportamento, identificare i gruppi ad alto rischio e rafforzare le reti (Minckler, 1997), la comprensione delle reti sociali è fondamentale nelle iniziative di community building per la promozione della salute.

Le iniziative di community building sembrano coinvolgere una serie più ampia di parti interessate, inclusi membri della comunità generale, reti sociali informali e formali, fornitori di servizi sanitari, organizzazioni di servizi alla comunità e altri rappresentanti. Tali iniziative fanno affidamento su reti sociali esistenti - promuovendo le loro capacità e competenze - supportando lo sviluppo di ulteriori connessioni sociali. Inoltre, affrontano esplicitamente il contesto sociale in cui si verificano i comportamenti e hanno il potenziale per modificare norme, valori e per implementare nuovi formati di servizi e caratteristiche rilevanti per i risultati di salute. Livelli migliori di coesione sociale e accesso al supporto sociale informale e formale e al capitale sociale sono i risultati fondamentali delle iniziative di community building che possono competere con l'attuale difficile scenario (Merzel, 2003). In questo senso, il potenziale più significativo delle iniziative di community building è quello di migliorare la qualità della vita della comunità, che può emergere dall'impegno con le comunità in un processo di cambiamento sociale in corso, considerando sia i comportamenti individuali che le relazioni delle reti (Merzel, 2003).

Bibliografia

- Alford, J. (2002). Why Do Public-Sector Clients Coproduce? toward a Contingency Theory. *Administration & Society* 34 (1): 32–56. doi:10.1177/0095399702034001004
- Ansari, S., Munir, K., Gregg, T. (2012). Impact at the ‘bottom of the pyramid’: The role of social capital in capability development and community empowerment. *Journal of Management Studies*, 49(4), 813-842.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35 (4): 216–224. doi: 10.1080/01944366908977225
- Aveling E.L., Martin G.P., Armstrong N., Banerjee J., Dixon-Woods M. (2012). Quality improvement through clinical communities: eight lessons for practice. *J. Health Organ. Manag.*; 26(2):158–174.
- Berkman, L.F., Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman, L.F. and Kawachi, I., Eds., *Social Epidemiology*, Oxford University Press, New York, 158-162
- Berkman, L. F., Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Better Health Commission. (1986). *Looking forward to better health*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Bichmann, W., Rifkin, S.B., Shrestha, M. (1989). Towards the measurement of community participation. *World Health Forum* 10 (3–4):467–72
- Blackwell, A.G., Colmenar, R.A. (2000). Community building: from local wisdom to public policy. *Public Health Rep.* 115:161–66
- Boonstra, B., Boelens, L. (2011). Self-Organization in Urban Development: Towards a New Perspective on Spatial Planning. *Urban Research & Practice* 4 (2): 99–122. doi:10.1080/17535069.2011.579767
- Bracht, N., Tsouros, A. (1990). Principles and strategies of effective community participation. *Health promotion international*, 5(3), 199-208.
- Branden, T., Trommel, W., Verschuere, B. (2017). The state and the reconstruction of civil society. *International Review of Administrative Sciences*, 83(4), 676-693
- Brennan D, Cass B., Himmelweit S., Szebehely M. (2012). The Maketization of care: Rationales and Consequences in Nordic and liberal care regimes, *Journal of European Social Policy*, 22, 4, pp. 377–391.

- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., ... Mark, D. B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 267-272.
- Burt, R. (1992). *Structural holes: The social structure of competition*. Cambridge: Harvard.
- Burt, R. S. (2004). Structural Holes and Good Ideas. *American Journal of Sociology*, 110(2), 349–399.
- Butterfoss, F. D. (2006). Process evaluation for community participation. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 323-340
- Clinical and Translational Science Awards Consortium. (2011). *Principles of community engagement*. NIH publication, 11-7782. Retrieved from: https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_508_FI-NAL.pdf
- Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., ... & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health*, 2(6), e260-e266.
- Fisher, B., Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, 35-62.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *The American Journal of Sociology*, 78 (6), 1360-1380.
- Granovetter, M. (1983). The strength of weak ties: A network theory revisited. *Sociological theory*, 201-233.
- Healey, P. (2015). Citizen-Generated Local Development Initiative: Recent English Experience. *International Journal of Urban Sciences* 19 (2): 109–118. doi:10.1080/12265934.2014.989892
- Igalla, M., J. Edelenbos, I. Van Meerkerk. (2019). Citizens in Action, What Do They Accomplish? A Systematic Literature Review of Citizen Initiatives, Their Main Characteristics, Outcomes, and Factors. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 30(5), 1176-1194.
- Igalla, M., Edelenbos, J., Van Meerkerk, I. (2020). What explains the performance of community-based initiatives? Testing the impact of leadership, social capital, organizational capacity, and government support. *Public Management Review*, 22:4, 602-632, DOI: 10.1080/14719037.2019.1604796

- Israel, B.A., Schultz, A.J., Parker, E.A., Becker, A.B. (1998). Review of community based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu. Rev. Public Health* 19:173–202
- Kemp, A. H., Arias, J. A., Fisher, Z. (2017). Social ties, health and wellbeing: a literature review and model. *Neuroscience and Social Science*, 397-427
- Latkin, C., Donnell, D., Liu, T.Y., Davey-Rothwell, M., Celentano, D., Metzger, D. (2013). The dynamic relationship between social norms and behaviors: The results of an HIV prevention network intervention for injection drug users. *Addiction*, 108(5):934–943. doi: 10.1111/add.12095
- Latkin, C. A., Knowlton, A. R. (2015). Social network assessments and interventions for health behavior change: a critical review. *Behavioral Medicine*, 41(3), 90-97.
- Lin, N. (2017). Building a Network Theory of Social Capital. *Social capital*, 3-28
- McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health affairs*, 21(2), 78-93.
- Mechanic, D., Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Affairs*, 26(5), 1220-1230.
- Merzel, C., D’Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American journal of public health*, 93(4), 557-574.
- Minkler, M., Pies, C. (1997). Ethical Issues in community organization and community participation. In: Minkler M (editor) *Community organizing and community building for health* (1st ed, pp 116-133) Piscataway (NJ): Rutgers University
- Minkler, M., Wallerstein, N. (2004). Improving health through community organization. In: Minkler M (editor). *Community organizing and community building for health* (2nd ed., pp. 26-50). Piscataway (NJ): Rutgers University.
- Narayan, D. (2002). *Empowerment and poverty reduction: a sourcebook*. Washington, DC: World Bank
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Community engagement: Improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. Retrived June 12, 2020, from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018) *Community engagement to improve health*. London: NICE

- Newman, L., L. Waldron, A. Dale, K. Carriere. (2008). Sustainable Urban Community Development from the Grassroots: Challenges and Opportunities in a Pedestrian Street Initiative. *Local Environment* 13 (2): 129–139. doi:10.1080/13549830701581879.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, D., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., Matosevic, T., Harden, A., Thomas, J. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research* 1:1-526. <http://doi.org/10.3310/phr01040>
- Osborne, S. P., Radnor, Z., Strokosch, K. (2016). Co-production and the co-creation of value in public services: a suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639-653.
- Petersen, A. R. (1994). Community development in health promotion: empowerment or regulation? *Australian Journal of Public Health*, 18(2), 213-217.
- Ponzo, I. (2014). Il welfare di comunità applicato alla cura. *Paper presentato al convegno ESPANET, Torino*.
- Popay, J., Attree, P., Hornby, D., Milton, B., Whitehead, M., French, B., ... & Povall, S. (2007). Community engagement in initiatives addressing the wider social determinants of health: a rapid review of evidence on impact, experience and process. *Lancaster: University of Lancaster*.
- Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options. *Trabajo y empleo*.
- Saul, J., Schillo, B., Everred, S., Luxenberg, M., Kavanaugh, A., Cobb, N., An, L. (2007). Impact of a statewide Internet-based tobacco cessation intervention. *Journal of medical Internet research*, 9(3), e928.
- Shaya, F. T., Chirikov, V. V., Howard, D., Foster, C., Costas, J., Snitker, S., ... Kucharski, K. (2014). Effect of social networks intervention in type 2 diabetes: a partial randomised study. *J Epidemiol Community Health*, 68(4), 326-332.
- Simplican, S. C., Leader, G., Kosciulek, J., Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in developmental disabilities*, 38, 18-29.
- Smith, K. P., Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annu. Rev. Sociol*, 34, 405-429.
- Sorkin, D. H., Mavandadi, S., Rook, K. S., Biegler, K. A., Kilgore, D., Dow, E., Ngo-Metzger, Q. (2014). Dyadic collaboration in shared health behavior change: the effects of a randomized trial to test a lifestyle intervention for high-risk Latinas. *Health Psychology*, 33(6), 566.

- South, J. (2015). A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. London, Public Health England. Retrieved from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768979/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_full_report_.pdf
- Terzian, E., Tognoni, G., Bracco, R., De Ruggieri, E., Ficociello, R. A., Mezzina, R., Pillo, G. (2013). Social network intervention in patients with schizophrenia and marked social withdrawal: a randomized controlled study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(11), 622-631.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2000). US Department of Health and Human Services: Healthy People 2010. <http://www.health.gov/healthypeople/>
- Umberson, D., Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), S54-S66
- Valente, T. W. (2012). Network interventions. *Science*, 337(6090):49–53. doi: 10.1126/science.1217330
- Voorberg, W. H., V. J. J. M. Bekkers, L. G. Tummers. (2015). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the Social Innovation Journey. *Public Management Review* 17 (9): 1333–1357. doi:10.1080/14719037.2014.930505.
- Wallerstein, N., Minkler, M., Carter-Edwards, L., Avila, M., Sanchez, V. (2015). Improving health through community engagement, community organization, and community building. *Health behavior: theory, research and practice*, 5.
- Walter, C. (2004). Community Building Practice. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. (2nd ed.) New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press
- Walter, C., Hyde, C. (2012). Community building practice: An expanded conceptual framework. In M. Minkler (Ed.) *Community organizing and community building for health welfare* (3rd ed.). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press
- Watt, A. (1986). Community health initiatives and their relationship to general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 36(283), 72.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (2002). Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107341/9789289010849-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve il community building?

di Sara Berloto

2.1. Perché abbiamo bisogno di iniziative di community building? Uno sguardo al contesto in evoluzione

Le società in cui viviamo sono da sempre soggette a cambiamenti ed evoluzioni che ne mutano le componenti e ne determinano le principali sfide. L'elemento di partenza di una analisi a tutto tondo sulle logiche e sulle iniziative che vengono a porsi in essere in un determinato momento storico, non può prescindere infatti da una attenta analisi e comprensione dei principali fenomeni in atto in un dato contesto territoriale. Dalla mappatura di queste dinamiche – spesso in dialogo, interazione e interdipendenza tra loro più di quanto si è soliti pensare – è possibile cogliere le origini e le ragioni fondanti che sottendono l'emergere di certi fenomeni. In questo quadro, interrogarsi e chiedersi perché sono nate a diverse altitudini iniziative di community building (CB) e da dove scaturisca il bisogno di questo particolare assetto, nasce dal sapere leggere le principali sfide che le società sono chiamate ad affrontare.

A questo riguardo, i paesi occidentali sono attualmente alle prese con due transizionali epocali: da un lato i profondi cambiamenti che stanno interessando il tessuto demografico – si pensi solo a titolo esemplificativo all'innalzamento dell'età media e all'aumento percentuale della popolazione cosiddetta dei *Silver Age* (individui over65) – sociale (aumento della diversificazione delle strutture familiari, aumento dell'instabilità del mercato del lavoro, aumento dei flussi dei migranti, rifugiati e richiedenti asilo, nuove povertà, solitudine ecc.) ed epidemiologico (cronicità, quadri clinici complessi, aumento di talune patologie ecc.). Dall'altro, il memorabile e dirompente impatto che la digitalizzazione ha determinato e sta continuando ad avere nelle nostre vite: si pensi solo a quanto la logica “sharing” abbia oggi permeato i sistemi di welfare e stia rivoluzionando i servizi e la loro fruizione (es. ambito dell'assistenza al domicilio di persone fragili e non autosufficienti), sia dal lato dell'offerta che dal lato del consumo (Botsman & Roger, 2010). Il paradigma della “sharing economy”, o condivisione

peer-to-peer dell'accesso a beni e servizi, si è infatti espanso rapidamente negli ultimi anni poiché si caratterizza per un impegno attivo dei consumatori in attività congiunte (fino ad arrivare alla co-produzione degli utenti, di cui si dirà successivamente nel Capitolo al Paragrafo 2.2.1), condivisione di interessi, informazioni ed esperienze la cui interfaccia è esclusivamente online, senza bisogno di incontri fisici.

I fenomeni precedentemente descritti, come già detto, non sono una peculiarità italiana, in quanto rispecchiano macro-tendenze che stanno interessando l'intero panorama continentale e che rappresentano importanti cambiamenti in atto in tutti i sistemi di welfare europei. Una ricerca recente ha individuato i trend che verosimilmente avranno un impatto significativo sui sistemi di welfare del prossimo futuro, basandosi su una rassegna della letteratura internazionale. La figura 2.1 sintetizza i dieci trend che questa ricerca ha individuato come i temi nevralgici del welfare futuro: dall'erosione delle risorse pubbliche alle diseguaglianze, passando per i cambiamenti epidemiologici e il fenomeno dell'urbanizzazione. Tra questi, spicca anche il fenomeno della digitalizzazione, i cui principali effetti stanno portando a consistenti cambiamenti anche nel mercato del lavoro e, a seguito dell'applicazione delle innovazioni digitali nei sistemi di welfare, porterà sempre più alla progettazione di nuovi modelli di servizio.

Figura 2.1. I dieci trend europei del welfare futuro



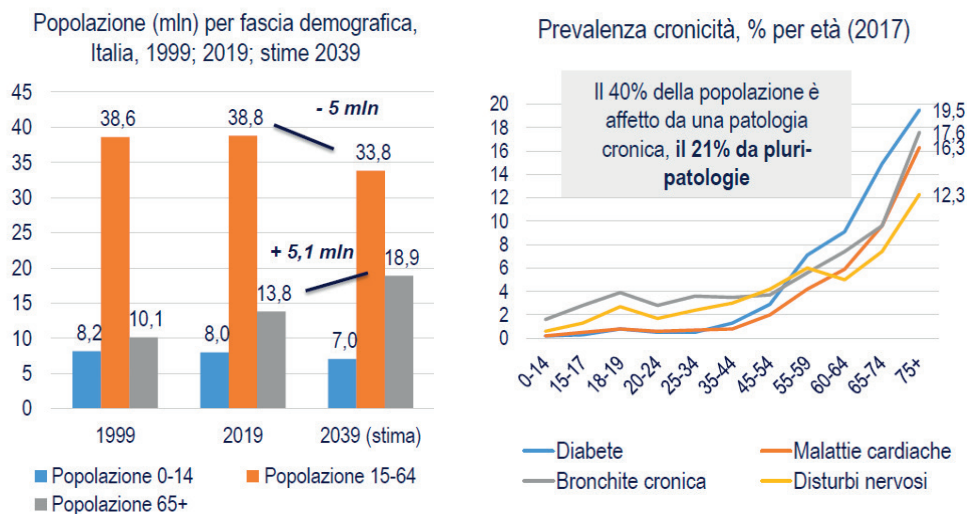
Fonte: Future of Welfare, CERGAS SDA Bocconi e KPMG

2.1.1 Le caratteristiche del bisogno e della domanda

Oltre alla mappatura dei fenomeni e alle principali transizionali sociali in atto, di cui si è già detto, è importante interrogarsi sui numeri che interessano attualmente il nostro Paese, sia dal punto di vista dei bisogni e della domanda dei servizi che dell'offerta che il nostro Paese è in grado di fornire ai suoi cittadini. Dal punto di vista dei principali indicatori che permettono di decodificare l'ampiezza e l'eterogeneità della domanda presente, dal 2008 in Italia si è assistito ad un costante declino demografico: il numero di nati all'anno è diminuito del -29,9% negli ultimi dieci anni e il numero aggregato di decessi è aumentato. Allo stesso tempo, altri indicatori demografici mostrano un saldo negativo e quindi una diminuzione del numero di immigrati a cui si associa però una crescita del numero di emigrati (ISTAT, 2020). Questi pochi dati letti in combinato disposto restituiscono la fotografia di un Paese che si caratterizza per un trend demografico in declino, la cui popolazione e l'età media della stessa si fa ogni anno più anziana.

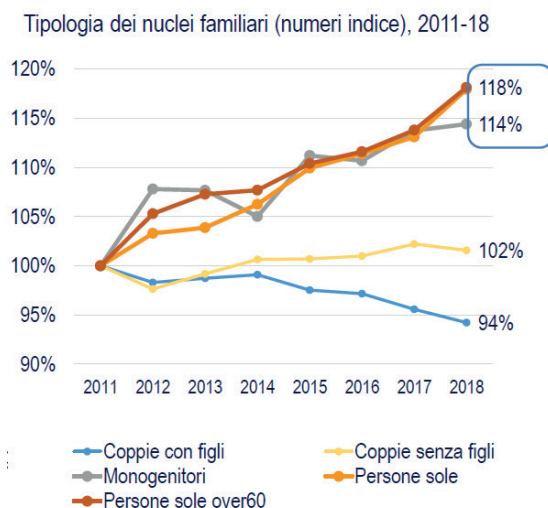
Ad uno sguardo più attento rispetto alla composizione della popolazione e alla numerosità per fasce di età, i dati italiani per il 2019 riportano che circa 8 milioni di persone nel nostro Paese si collocano nella fascia di età 0-14, 38 milioni sono le persone nella fascia di età 15-64 anni e 13,8 milioni sono persone che sorpassano i 65 anni di età. Se guardassimo agli stessi dati con una prospettiva temporale ventennale, le proiezioni mostrerebbero che nel prossimo futuro si assisterà ad una variazione importante della composizione delle fasce di popolazione: le stime infatti prevedono una diminuzione della fascia 15-64 di almeno 5 milioni di individui, che sarà compensata quasi totalmente dalla crescita della fetta di popolazione over 65 (la cui crescita relativa è stimata intorno ai 5,1 milioni di individui) (ISTAT, 2020). I dati di dettaglio sulle diverse fasce di età e la loro proiezione futura, quindi, confermano un cambiamento importante nella configurazione della popolazione italiana: l'età media è destinata ad aumentare il che inevitabilmente andrà a tradursi in un aumento dei bisogni di salute.

La combinazione di bassa natalità e un'alta aspettativa di vita stanno alimentando un saldo positivo sull'invecchiamento della popolazione, dinamica che impatta sulle principali patologie che colpiscono la popolazione: attualmente vi è una prevalenza di patologie croniche, che si attesta al 40%, con il 21% degli italiani che ha più di una patologia cronica. Tali patologie sembrano avere qualche forma di correlazione con il titolo di studio (il 63% dei cronici pluripatologici over65 ha la licenza elementare) e alla zona di residenza (la diffusione di patologie croniche è maggiore in comuni con meno di 2.000 abitanti) (ISTAT, 2020) Per maggiori dettagli si veda la figura 2.2.

Figura 2.2. Invecchiamento e cronicità

Fonte: Rapporto OASI 2020

Infine, per cogliere appieno i diversi cambiamenti che stanno interessando la conformazione della domanda è necessario includere anche una riflessione sui mutamenti che le strutture familiari hanno vissuto negli anni. In vent'anni il numero medio di componenti in famiglia è sceso da 2,7 (media 1995-1996) a 2,4 (media 2015-2016). Attualmente, solo un terzo delle famiglie (il 34%) è formato da coppie con figli (la cosiddetta "famiglia tradizionale"). Il 21% delle famiglie sono costituite da coppie senza figli, l'11% delle famiglie è costituita da un genitore e il 33% delle famiglie è rappresentata da una sola persona. Di questo 33% di "famiglie mono-personali", 4,6 milioni di persone hanno più di 60 anni (ISTAT, 2020). La struttura familiare che nel corso degli anni è venuta affermandosi ha causato l'aumento di persone sole e un indebolimento del supporto di caregiver e reti sociali. Sempre nel contesto familiare, anche il ruolo della donna ha cambiato radicalmente i propri connotati negli ultimi cinquant'anni (le madri over40 sono oggi raddoppiate rispetto al solo 2002), anche se a questo cambiamento non sono seguiti adeguati adeguamenti nel welfare italiano che continua ad avere una visione parziale e sbilanciato sul ruolo della donna nel fornire assistenza ai bambini, agli anziani e anche agli altri familiari. Per maggiori dettagli si veda la figura 2.3.

Figura 2.3. Il tessuto familiare italiano si trasforma

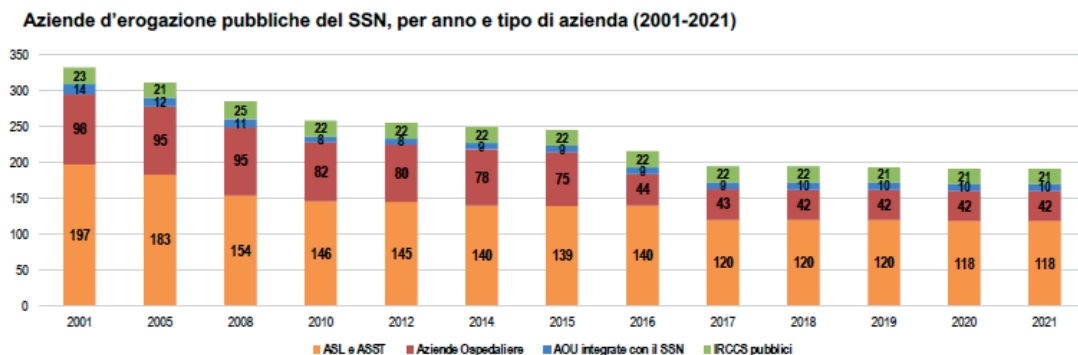
Fonte: Rapporto OASI 2020

2.1.2 L'articolazione e le dinamiche dell'offerta

Dal punto di vista delle caratteristiche dell'offerta invece il nostro paese ha assistito negli ultimi 20 anni (più precisamente nell'arco temporale tra il 2001 e il 2019) a profondi cambiamenti negli assetti istituzionali delle aziende sanitarie. Più nello specifico, il numero di aziende sanitarie territoriali presenti in tutto il territorio si è fortemente ridotto, passando dalle 197 del 2001 alle 118 di oggi (un netto -40%), a causa di numerosi accorpamenti avviati dal livello regionale al fine di ricercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende. Questo processo ha subito una prima accelerazione tra il 2007 e il 2012, in particolare nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro dal deficit sanitario, per poi rinvigorire a cavallo tra 2015 e 2017 con i riordini di molti SSR anche del Nord Italia (Cinelli et al, 2020). La serie di riorganizzazioni regionali intercorse e la conseguente riduzione del numero di aziende implica una loro notevole crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media per ASL pari a 510.548 abitanti registrata a gennaio 2020 (Cinelli et al, 2020). A fronte dei processi di riordino sopra elencati, coesistono ora molteplici modelli regionali in termini di assetti istituzionali prevalenti e architetture dei gruppi regionali sanitari pubblici. Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e ri-attribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 42 (-57%) (Cinelli et al, 2020).

Parallelamente, per quanto riguarda il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia, gli ultimi dati disponibili al riguardo (aggiornati al 31/12/2018) registrano 484 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 564 strutture private accreditate. Per quanto riguarda le strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (410 in totale). Questi sono stati nel tempo accorpati in “Presidi Ospedalieri Unici” come frutto delle operazioni di “ingegneria istituzionale” che hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema (Cinelli et al, 2020). Dal confronto con i dati degli anni precedenti, risulta chiaro che l’assetto dell’offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l’ultimo ventennio di politiche sanitarie: la razionalizzazione è stata introdotta già dai processi di riforma degli anni Novanta e Duemila e questa impostazione è stata ribadita dal Patto per la Salute 2014-2016²⁷ e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie. Oltre che nel numero di strutture, a partire dal 2000 si è registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di PL in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta, la cui crescita dimensionale (+19,1%) è conseguenza diretta sia delle dinamiche di accorpamento dei presidi conseguenti ai vari processi di riordino regionale, sia del passaggio dei presidi delle ASST lombarde all’interno del conteggio dei presidi a gestione diretta (Cinelli et al, 2020).

Figura 2.4. Evoluzione degli assetti e delle logiche organizzative



Fonte: Rapporto OASI 2020

Sul piano dell’offerta è parimenti importante citare i numerosi cambiamenti che hanno riguardato più nello specifico l’offerta territoriale.

In primis, le trasformazioni che hanno avuto luogo per la medicina generale, dove la normativa nazionale a partire dall’ACN del 2000 fino al Patto per la Salute 2014-2016 si è mossa lungo tre traiettorie principali per: i) organizzare l’attività dei MMG tramite la diffusione di forme associative come associazioni semplici, medicina in rete, medicina di gruppo e società di servizi (cooperative);

ii) gestire lo scambio tra professionisti a livello funzionale con le équipes territoriali prima e le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) poi; iii) sviluppare un'erogazione integrata dei servizi a livello strutturale con le UTAP (Unità di Assistenza Primaria) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) (Barzan et al, 2019; Barsanti et al, 2016).

Parallelamente, si è assistito alla creazione e allo sviluppo delle Case della Salute. Esse sono state in un primo momento definite dal DM 296 del 2007 come strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme di prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. Le Case della Salute avrebbero dovuto rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie. Esse sono state individuate come luogo di innovazione e sperimentazione della medicina di iniziativa, di assistenza primaria e presa in carico della cronicità e di sviluppo di progetti di prevenzione e promozione della salute (Morando et al, 2017) e si caratterizzano per essere comunità multi-professionali e multi-disciplinari con un ruolo fondamentale di MMG, PLS e infermieri. Le Case della Salute si sono distribuite su tutto il territorio nazionale con diverse caratteristiche e denominazioni (dai PTA – Presidi Territoriali di Assistenza tipici del meridione ai POT – Presidi Ospedalieri Territoriali della Lombardia) e la loro diffusione si è intensificata a partire dal 2011, con almeno 20 nuove strutture territoriali nel periodo 2012-2016 (Morando et al, 2017; Bonciani et al, 2015).

Al fianco della Case della Salute il territorio è stato popolato da soluzioni innovative per prendere in carico la molteplicità dei bisogni della popolazione cronica in costante aumento con la diffusione, ad esempio, degli Ospedali di Comunità e di altre strutture intermedie, e ancora l'ideazione dei modelli di integrazione socio-sanitaria e del comparto settoriale della Long-Term Care (Berloto & Perobelli, 2019).

Più di recente, il PNRR² sviluppato per la gestione dei fondi del Next Generation EU con la Missione 6 pone enfasi sullo sviluppo dell'assistenza territoriale tramite il potenziamento della rete delle Case della Salute (è prevista l'attivazione di 1288 Case della Salute entro la metà del 2026), lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, delle cure di transizione (previste 602 Centrali Operative Territoriali) e la creazione di 381 nuovi Ospedali della Comunità, intesi come strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

² <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

2.2. Le logiche di *sharing economy*

In questo contesto di forti spinte evolutive a tutto tondo, i sistemi educativi, i sistemi sanitari, l'accesso ai servizi di welfare e non da ultimo i servizi fiscali, sono chiamati ad agire e affrontare il cambiamento. I sistemi sanitari, ad esempio, ben prima dello scoppio dell'attuale emergenza pandemica, erano chiamati a innovarsi e adattarsi per continuare a fornire cure complesse efficaci ad un bacino ampio di pazienti a fronte di risorse pubbliche limitate, talvolta trasformando la natura dell'assistenza. La transizione epidemiologica implica importanti cambiamenti nei bisogni sanitari e sociali, considerando il già citato invecchiamento della popolazione, la crescente domanda di servizi di assistenza a lungo termine e la frammentazione dell'assistenza e delle reti sociali. In questo quadro di bisogni si inseriscono le possibilità che oggi sono messe in campo dalla *sharing economy* e della trasformazione digitale della salute. Più nello specifico, l'elemento nevralgico attorno al quale è stata concepita la *sharing economy* prevede la condivisione di *asset* che sarebbero sottoutilizzati se considerati con riferimento ad un singolo individuo, in cambio di benefici monetari e non monetari. In questa logica, gli individui che si trovano a vivere in una economia costruita su network diffusi condividono produzioni (*co-working*), consumi (*spotify*), risorse (*banca del tempo*), conoscenza (*wiki*).

La letteratura sull'economia della condivisione offre un variegato panorama di tentativi di definizione del fenomeno. Quando si parla di definire la *sharing economy* infatti non si può prescindere dal fare una premessa: non esiste un'unica definizione consensuale, bensì, in letteratura coesistono molteplici definizioni. Le prime manifestazioni di *sharing economy* in letteratura compaiono nel 2010. Lisa Gansky (2010, p.16) utilizza il termine “The Mesh” per parlare di questo nuovo modo di fare business, descrivendolo come “un tipo di rete che permette ad ogni nodo di collegarsi in ogni direzione con qualsiasi altro nodo nel sistema”. Gansky prosegue delineando le quattro caratteristiche principali del Mesh: condivisione, utilizzo avanzato del Web e delle reti di informazione mobile, focus sui beni fisici e coinvolgimento dei consumatori tramite i social network. La premessa alla base dei business nella *sharing economy* è che, quando l'informazione su certi beni è condivisa, il loro valore aumenta per il business, per gli individui e per la comunità (Gansky, 2010). Nello stesso anno, Botsman e Roger (2010) tracciano le caratteristiche principali della *sharing economy*, che chiamano consumo collaborativo, come segue: “*il consumo collaborativo descrive il rapido sviluppo di concetti tradizionali come condivisione, baratto, prestito, commercio, noleggio, donazione e scambio, reinventati attraverso tecnologie della rete in modi e tempi mai resi possibili prima*”. Più nel dettaglio, gli autori suddividono queste attività in tre sistemi principali di consumo collaborativo (Zazzera, 2021):

- *Product service systems*: accesso a prodotti o servizi senza la necessità di possedere tali prodotti o servizi. Questo segmento include sia modelli di business in cui il prodotto è di proprietà di una società che lo mette a disposizione dei consumatori al fine di un utilizzo condiviso, sia modelli in cui il prodotto è posseduto dalle persone e la condivisione avviene su un piano peer-to-peer, dando vita ad uno scambio tra pari. Sono inoltre comprese le situazioni di estensione della vita di un prodotto tramite servizi post-vendita.
- *Redistribution Markets*: questa categoria riguarda la riallocazione di beni usati o pre-posseduti che, tramite social networks, vengono redistribuiti da dove non sono più necessari a dove lo sono. Secondo gli autori, la redistribuzione, considerata un tipo di commercio sostenibile, è la quinta R – ridurre, riciclare, riutilizzare, riparare e ridistribuire – e può avvenire gratuitamente, con scambio di denaro o accumulazione di punti. In questo caso, l'evidente beneficio consiste nel ridurre le risorse connesse alla produzione di beni e nel prolungare il ciclo di vita dei prodotti.
- *Collaborative Lifestyles*: scambio di risorse intangibili come tempo, spazio, abilità e denaro. L'interazione umana è l'elemento chiave di questo segmento e i vantaggi sono soprattutto legati alle relazioni, come la creazione di capitale sociale.

Infine, la sharing economy viene descritta da Parker, Van Alstyne e Choudary (2016, p.5) come una rivoluzione dominata da piattaforme digitali, ovvero di *“business basati sul permettere interazioni che creano valore tra produttori e consumatori esterni. Le piattaforme offrono un'infrastruttura aperta e partecipativa per tali interazioni e pongono condizioni per governarle. Lo scopo delle piattaforme è di compiere abbinamenti tra gli utenti e facilitare lo scambio di beni, servizi o moneta sociale, permettendo così la creazione di valore per tutti i partecipanti”*.

Le caratteristiche distintive di questo paradigma partono da due elementi essenziali: la struttura di mercato e l'orientamento di mercato della piattaforma. La struttura di mercato si riferisce a chi offre il bene o servizio e divide le piattaforme in B2P (business to peer) o P2P (peer to peer) (Zazzera, 2021). L'orientamento di mercato si riferisce alla natura for-profit o no-profit dei business (Schor, 2014). Risulta inoltre utile capire il modello di ricavo delle piattaforme in cui le transazioni non avvengono in modo gratuito; le fonti di guadagno possono essere una percentuale su transazioni, abbonamenti a tempo, commercializzazione di parte del software delle piattaforme o vendita di spazi pubblicitari (Mainieri, 2013). Una consistente e sempre più diffusa fonte di guadagno per le piattaforme riguarda la vendita dei dati personali dei consumatori a società esterne, le quali li utilizzano per implementare azioni di marketing mirato sui

consumatori, tramite la comparsa di annunci personalizzati, costruiti in base ai loro gusti grazie allo storico delle ricerche e dei comportamenti online.

Nella vastità di definizioni, si possono osservare dei fattori chiave che appartengono a tutte le piattaforme di consumo collaborativo. Innanzitutto, ciò che le accomuna è la sostituzione del concetto di proprietà con quello di accesso, preferito per la maggior flessibilità e possibilità di scelta che offre ai consumatori. Al concetto di accesso si affianca quello di esperienza, spesso condivisa e vissuta in modo collaborativo, fulcro delle interazioni che le piattaforme si propongono di facilitare. In aggiunta a questi aspetti, secondo Botsman e Roger (2010) la massa critica, insieme alla capacità inutilizzata, alla credenza nei beni comuni e alla fiducia tra sconosciuti sono quattro principi alla base del consumo collaborativo. Prima di tutto, essenziale al funzionamento di tali piattaforme è la massa critica: dato che la creazione di valore avviene grazie alle interazioni tra utenti-produttori e utenti-consumatori, le piattaforme devono conseguire un numero adeguato di membri in modo da poter offrire agli utenti-consumatori un livello di scelta nell'offerta adeguato a garantirne la soddisfazione, specialmente in ottica di paragone con il mercato offline. Per credenza nei beni comuni si intende, in contrapposizione alla tragedia dei beni comuni, che ogni persona che partecipa alla sharing economy crea valore per un'altra persona, nonostante questa non sia la sua intenzione iniziale. Si crea così un effetto network molto potente per le piattaforme. L'effetto network è un circolo virtuoso che si auto rinforza e che permette alla piattaforma di ingrandirsi, per il quale più attività produttiva sulla piattaforma attrae più consumo che, a sua volta, attrae più produzione (Narayanan, 2015). L'effetto network si riferisce all'impatto che il numero di utenti della piattaforma ha sul valore creato per ogni utente. È la maggiore fonte di creazione di valore e di vantaggio competitivo nelle piattaforme digitali (Choudary, Parker & Van Alstyne, 2016). Bisogna, però, distinguere tale effetto da quello diverso, bensì connesso, di viralità, di cui le piattaforme sono contraddistinte: gli utenti di un prodotto o servizio aiutano a diffonderlo tramite la diffusione di contenuti del prodotto o servizio stesso (Narayanan, 2015). Il concetto di capacità inutilizzata accomuna tutti i tipi di economia collaborativa e riguarda sia i beni fisici sia le risorse non materiali. Grazie ad Internet e alle tecnologie digitali, attraverso le piattaforme che connettono la capacità in esubero con la domanda potenziale, le risorse inutilizzate si trasformano in risorse attive capaci di produrre valore, moltiplicando le occasioni d'uso e massimizzando così l'utilità totale. Inoltre, la creazione di fiducia tra sconosciuti che entrano in contatto grazie ad Internet è allo stesso tempo la sfida maggiore e la chiave per il successo delle piattaforme di sharing economy. Per costruire tale fiducia, sono stati creati molteplici meccanismi, come i sistemi online di creazione della reputazione tramite rating e feedback. Infine, il grande vantaggio e forse uno degli aspetti più interessanti delle piattaforme digitali rispetto ai modelli di business tradizionali sta nei costi marginali di distribuzione e di creazione

quasi nulli. È proprio grazie alla mancanza di magazzino e alla semplicità nella distribuzione che le dimensioni dei business collaborativi digitali aumentano così facilmente.

Dall'apparizione di questo paradigma, un quesito ricorrente si interroga sulla possibile applicazione della logica sharing nel contesto pubblico per superare i limiti del welfare tradizionale. Stanti tutte le dinamiche e le traiettorie evolutive sopra citate, le iniziative di CB si inseriscono quindi come uno strumento in grado di cogliere le opportunità offerte dalla contemporaneità – digitalizzazione e logica sharing *in primis* – ponendole in interconnessione e dialogo con la comunità tutta. I principali assi attorno a cui ruota il bisogno di iniziative di CB e community engagement fa perno su queste quattro sfide del presente:

- Fragilità, vulnerabilità e solitudine: l'incapacità di trasformare il bisogno in domanda
- Clusterizzazioni culturali e rischio iniquità
- Gap tra bisogni e risorse
- Co-production nella platform economy.

È doveroso ricordare, tuttavia, che l'applicazione di queste logiche innovative e digitali può portare a possibili conseguenze indesiderate, in particolare per le persone (e i pazienti) non solo con meno risorse e competenze digitali, ma anche con condizioni socioeconomiche sfavorevoli e con elevati bisogni sociali e assistenziali (Ricciardi, 2019).

2.2.1 La co-produzione

Il coinvolgimento dei pazienti all'interno dei processi che riguardano la tutela della salute è un fenomeno che si sta sviluppando con sempre maggiore intensità. Nell'ambito della co-produzione pensare ad alcune attività che i pazienti possono gestire insieme agli specialisti può diventare strategico per migliorare la loro aderenza alle cure. Il concetto di co-produzione è in continua evoluzione ed esistono molti tentativi di definizione della co-produzione in letteratura. Gli elementi che accomunano le varie definizioni sono: primo che la co-produzione fa parte del processo produttivo dei servizi; secondo che si riferisce alla collaborazione tra fornitori di servizi professionisti e cittadini/utenti; terzo che è presente un input attivo da parte dei cittadini per dare forma al servizio (Brandsen & Honingh, 2018). La parte normativa in alcune definizioni fa riferimento al fatto che la co-produzione o co-creazione porterebbero ad un maggior valore, ad esempio nel senso di una miglior qualità o maggior quantità di servizi pubblici (Parks et al, 1981). La co-produzione si può sviluppare attraverso vari meccanismi e molte sono le riflessioni sviluppate in merito. Ad esempio, Lember et

al (2019) riflettono sulle possibili sfide di una particolare applicazione della co-produzione attraverso la tecnologia.

2.3. Quali sono i principali benefici del community building?

Questo Capitolo ha posto in essere un excursus su tutti gli elementi che è doveroso tenere in considerazione quando si approccia il tema del CB. Vi sono sfaccettate e plurime ragioni che elevano questo paradigma come in grado di cogliere molti elementi della nostra contemporaneità e non come mero retaggio partecipativo. Le radici che hanno portato il paradigma del community building ad imporsi soprattutto nell'arco degli ultimi anni infatti vanno ricercate nella sua capacità di leggere i bisogni dell'oggi, di nascere a partire dalle conseguenze di tali bisogni e di intercettare, al tempo stesso, i bisogni primari del settore sanitario e socio-sanitario. Obiettivo di questo Capitolo è di sintetizzare principali benefici che in questa scansione logica di bisogni e conseguenze il CB è in grado di mettere in campo.

In primis, i numerosi elementi di cambiamento del contesto contemporaneo (invecchiamento ed evoluzioni epidemiologiche) sono destinati a porre importanti quesiti e sfide ai sistemi sanitari europei, con particolare riferimento ad alcuni comparti del settore, si pensi al caso della Long-Term Care. In questo quadro in cui la necessità di integrazione sanitaria e sociale è positivamente correlata con l'invecchiamento, gli interventi di CB aprono ad un perimetro più ampio di individui, permettono di raggiungere le persone su scala ampia e quindi, in potenza, avere un impatto sui principali problemi di salute pubblica. Oltre che sul piano dei cambiamenti demografici, le iniziative di CB sono anche in grado di cogliere importanti elementi connessi al cambiamento dei quadri clinici e delle malattie croniche della popolazione (che si fa ogni anno più anziana). Corretti stili di vita e *compliance* individuale possono essere elementi importanti per intervenire sulla prevenzione di talune malattie: in questo quadro le iniziative di CB hanno la forza di innescare processi di impegno e sensibilizzazione della comunità tutta tali da creare interconnessioni tra coetanei che condividono esperienze di vita e malattie simili. Agire sulla ricomposizione sociale e sulla ricostruzione dei flebili legami sociali, è un importante *driver* per migliorare la salute dei cittadini.

Nei confronti di coloro che necessitano di cure e attenzioni, come evidenziato in precedenza, il sistema di offerta oggi non è in grado di coprire i bisogni sanitari e sociali dell'intera popolazione (l'offerta è ridimensionata rispetto alla domanda e persistono dei "vuoti" rispetto ai nuovi bisogni), delegando quindi alle famiglie e alle reti amicali dei singoli individui di fare acquisti nei diversi silos del welfare, o in taluni casi, organizzandosi in autonomia per assicurare la giusta cura al proprio caro. In questa complessità, occorre tracciare percorsi assistenziali integrati per prevenire la fragilità, la perdita di autonomia e il mantenimento della

salute mentale dei pazienti anziani e dei caregiver. Da qui, deriva un ruolo primario e di responsabilità nei confronti delle reti sociali – elemento cardine di ogni iniziativa di CB – che possono inserirsi quali attori attivi in grado di supportare le famiglie nelle loro attività di assistenza e, al contempo, promuovere l'alfabetizzazione sanitaria e offrire un aiuto psicologico.

In termini di situazioni complesse è doveroso ricordare quanto il tema della solitudine stia diventando sempre più prioritario all'interno delle nostre società: in Italia il 33% delle famiglie è composto da una sola persona (ISTAT, 2019). Se si è precedentemente detto che uno dei punti nevralgici a sostegno di situazioni di necessità di cura sono oggi responsabilità del tessuto familiare di un dato individuo, il fatto che un terzo delle persone viva da solo impone un ripensamento dei legami con la comunità. Assumere logiche di CB, significa concretamente mobilitare le risorse esistenti e il capitale sociale per migliorare i modi informali in cui le persone si connettono tra loro, arginando situazioni di solitudine ed isolamento, fornendo assistenza reciproca che è in grado di innescare un cambiamento positivo.

Anche sul piano delle sinergie presenti tra il paradigma del CB e le logiche di *sharing economy* è possibile scandire qualche considerazione. Attraverso le lenti di questo strumento, si è visto che i clienti acquisiscono maggiori poteri, imparano a personalizzare i servizi, ad adeguare le caratteristiche del servizio in un processo reciproco. In questo scenario, però, persistono potenziali impatto negativi derivanti da un utilizzo che non tenga conto e non sia in grado di filtrare parametri di uguaglianza. Questo infatti può portare ad una esacerbazione delle disuguaglianze sanitarie che possono però essere superato da un approccio di fondo che coinvolga inevitabilmente la comunità tutta. Utilizzare le lenti del CB in combinato disposto (e consapevole) con le logiche della *sharing economy* significa mitigare le disuguaglianze sanitarie mediante lo sviluppo di una capacità collettiva, o per meglio dire una alfabetizzazione sociale, che consenta alle comunità svantaggiate di accedere alle nuove modalità di servizio (es. piattaforme sanitarie).

Come evidenziato a più riprese, la contemporaneità è caratterizzata dal diffondersi di piattaforme online, dotate di tecnologia e guidate da entità aziendali, che stanno rivoluzionando il panorama economico riducendo i costi dei consumatori e collegando fornitori e fornitori di servizi più velocemente che mai. La conoscenza sociale può attraverso questi strumenti essere acquisita principalmente da società private basate su piattaforme che conservano la maggior parte del potenziale valore raggiunto. Iniziative di CB sono in grado di migliorare la reattività e la responsabilità dei fornitori di servizi, lavorando in collaborazione con agenzie pubbliche e reti sociali, partecipando alla governance delle agenzie locali o attraverso un ruolo di garanzia della qualità.

Non da ultimo, è importante tenere a mente che le disuguaglianze sociali e geografiche nell'accesso alle cure e nella qualità delle cure sono in forte aumento. In tutti i paesi OCSE, le persone nella categoria di istruzione più bassa hanno il doppio delle probabilità di avere limitazioni nelle attività quotidiane e la prevalenza di più malattie croniche (OCSE, 2019). Per governare questo fenomeno, è necessario un approccio più proattivo in materia di salute e benessere sui bisogni dei pazienti e sulle caratteristiche socioeconomiche e geografiche per affrontare eventuali disuguaglianze e ottenere una migliore alfabetizzazione sanitaria e qualità dell'assistenza. Un ripensamento a tutto tondo della pratica sanitaria guidata dalla comunità – in grado di cogliere la complessità dei problemi e le priorità di salute – consente alle comunità di definire le proprie priorità e articolare soluzioni appropriate. Iniziative di CB sono specificatamente pensate per rispondere ai bisogni della comunità nei processi decisionali e nella fornitura e valutazione di servizi e iniziative per l'intera popolazione.

Tabella 2.1. Problemi, conseguenze e possibili benefici del CB

Problemi	Conseguenze e bisogni del settore sanitario e socio-sanitario	Possibili benefici del CB
Cambiamenti nel tessuto demografico, sociale ed epidemiologico		
L'aspettativa di vita media è aumentata costantemente, con un rapido aumento dell'invecchiamento della popolazione. Nel Regno Unito, l'aspettativa di vita è di circa 79,5 anni per i maschi e 83,1 anni per le femmine; in Italia sono circa 83 anni. (OCSE, 2019).	Le spese sanitarie hanno una correlazione lineare con l'età, fino all'età di 90 anni quando diminuiscono. Le spese LTC hanno diverse dinamiche. La necessità di integrazione sanitaria e sociale è positivamente correlata con l'invecchiamento. (Leichsenring, 2004)	Gli interventi comunitari possono raggiungere le persone su una scala abbastanza ampia da avere un impatto sui principali problemi di salute pubblica, monitorando la fragilità della comunità e dando in modo proattivo l'accesso al benessere (<i>Proactive Welfare Access</i>)
A causa della maggiore longevità delle persone, la prevalenza di malattie croniche e i relativi costi sono in aumento. La prevalenza di due o più patologie croniche è di circa	In questo scenario, la compliance individuale, l'empowerment e gli stili di vita corretti autocontrollati diventano i driver dei risultati di salute. Inoltre, le	L'impegno e la sensibilizzazione della comunità sono spesso una componente vitale degli interventi di cambiamento del comportamento e il sostegno dei coetanei che

il 40% (Regno Unito) e il 60% (Italia) della popolazione sopra i 65 anni, con un consumo di bilancio intorno al 70% dei sistemi sanitari (OCSE, 2019).	malattie croniche hanno importanti conseguenze per la società (Cockerham, 2017).	condividono esperienze di vita e malattie simili può essere un potente strumento per migliorare e mantenere la salute (<i>Users' compliance support</i>)
Le esigenze di assistenza a lungo termine sono coperte solo marginalmente dai servizi sanitari e sociali, la maggior parte dell'assistenza è garantita dalle reti familiari e dalla competenza per fare acquisti nei diversi silos del welfare.	Occorrono percorsi assistenziali integrati per prevenire la fragilità, la perdita di autonomia e il mantenimento della salute mentale dei pazienti anziani e dei caregiver, considerando le risorse formali e informali delle famiglie e della società. (Dubuc, 2013)	Le reti sociali possono supportare le famiglie nella loro attività di assistenza, promuovere l'alfabetizzazione sanitaria e offrire aiuto psicologico (<i>Social and healthcare system integration</i>)
Rapida crescita della solitudine e dell'isolamento sociale delle famiglie. Nel Regno Unito 9 milioni di persone lasciano sole (Allen, 2020), in Italia il 33% delle famiglie è composto da una sola persona (ISTAT, 2019).	La solitudine è strettamente correlata alla compliance dei pazienti e l'isolamento familiare è correlato alla riduzione della conoscenza condivisa dalla comunità sull'accesso ai servizi e sull'health literacy (NASEM, 2020).	Mobilizzare le risorse esistenti e il capitale sociale per migliorare i modi informali in cui le persone si connettono tra loro e fornire assistenza reciproca apre le possibilità per un cambiamento positivo. (<i>Foster social relationships</i>)
Sharing economy e trasformazione digitale		
I clienti acquisiscono maggiori poteri, imparano a personalizzare i servizi, ad adeguare le caratteristiche del servizio in un processo reciproco complementare con i fornitori (Voorberg, 2015).	Esiste un potenziale di impatti negativi sulla salute e di esacerbazione delle disuguaglianze sanitarie, considerando una potenziale selezione di gruppi di utenti più interessati e avvantaggiati. (Curtis, 2020)	L'approccio di coinvolgimento della comunità può mitigare le disuguaglianze sanitarie mediante lo sviluppo di una capacità collettiva / alfabetizzazione sociale che consenta alle comunità svantaggiate di accedere alle nuove modalità di servizio come le piattaforme sanitarie (<i>Health education</i>)
Le piattaforme online, dotate di tecnologia e guidate da entità aziendali, stanno cambiando il pa-	I big data e la conoscenza sociale possono essere acquisiti principalmente da società private basate su piattaforme che conservano la maggior parte del	Le CEI possono migliorare la reattività e la responsabilità dei fornitori di servizi lavorando in collaborazione con agenzie

norama economico riducendo i costi dei consumatori e collegando fornitori di servizi più velocemente che mai (Botsman & Rogers, 2010).	potenziale valore aggiunto (OCSE, 2019).	pubbliche e reti sociali, partecipando alla governance delle agenzie locali o attraverso un ruolo di garanzia della qualità (<i>Service delivery support</i>)
Le disuguaglianze sociali e geografiche nell'accesso alle cure e nella qualità delle cure sono in aumento. In tutti i paesi OCSE, le persone nella categoria di istruzione più bassa hanno il doppio delle probabilità di avere limitazioni nelle attività quotidiane e la prevalenza di più malattie croniche. (OCSE, 2019).	È necessario un approccio più proattivo in materia di salute e benessere sui bisogni dei pazienti e sulle caratteristiche socioeconomiche e geografiche per affrontare eventuali disuguaglianze e ottenere una migliore alfabetizzazione sanitaria e qualità dell'assistenza. (Mayberry, 2006)	La pratica sanitaria guidata dalla comunità che raggiunge la comprensione dei problemi e delle priorità di salute consente alle comunità di definire le proprie priorità e articolare soluzioni appropriate. Le CEI rispondono ai bisogni della comunità e promuovono il coinvolgimento della comunità nei processi decisionali e nella fornitura e valutazione di servizi e iniziative per l'intera popolazione (<i>Services participatory design</i>)

Fonte: Elaborazione degli autori

Bibliografia

- Annuario Statistico Italiano (2019). Rapporto annuale 2019. La situazione del Paese. Retrieved September 3, 2020, from: <https://www.istat.it/it/archivio/230897>
- Annuario Statistico Italiano (2020). Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese. Retrieved July 20, 2020, from: <https://www.istat.it/it/archivio/230897>
- Barsanti, S., Bonciani, M., Vola, F., Pirisi, L. (2016). Innovatori, indecisi, bisognosi o autonomi. I medici di medicina generale tra integrazione e accountability. *Mecosan*, 98 (9-39), DOI: 10.3280/MESA2016-098002.
- Barzan, E., Petracca, F., Tozzi, V.D., Zazzera, A. (2019). Regione, azienda sanitaria e medicina generale: relazione in trasformazione, in CERGAS (a cura di) *Rapporto OASI 2019*, Milano, Egea.
- Berloto, S., & Perobelli, E. (2019). Dalla Silver Economy al settore LTC in Italia: Dati, sviluppi e tendenze in atto. In E., Notarnicola & G., Fosti (Ed.). *Il futuro del settore LTC: Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*: 2° rapporto Osservatorio Long Term Care (pp. 17-53). Milan, Italy: Egea.
- Bonciani, M., Barsanti, S., Mataresse, D. (2015). Esperienze di integrazione nell'assistenza primaria basate sulla co-location dei servizi: quali prospettive per il modello della Casa della Salute? *Mecosan* 96, 81-121, DOI: 10.3280/MESA2015-096005
- Botsman, R., Rogers, R. (2010). *What's mine is yours. The rise of collaborative consumption*. Collins.
- Bradsen, T., Honingh, M. (2018). Definitions of Co-production and Co-creation. In *Co-production and Co-creation. Engaging Citizens in Public Services*, edited by T. Brandsen, T. Steen, and B. Verschuere, 9–17. New York & London: Routledge.
- Cinelli, G., Gugiatti, A., Meda, F., Petracca, F. (2020). *La struttura e le attività del SSN in CERGAS* (a cura di) Rapporto OASI 2020, Egea, Milano.
- Choudary, S. P. (2017). The dangers of platform monopolies. Insead Knowledge. <https://knowledge.insead.edu/blog/insead-blog/the-dangers-of-platform-monopolies-6031>
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W., Oates, G. R. (2017). The social determinants of chronic disease. *American journal of preventive medicine*, 52(1), S5-S12.
- Curtis, S. K., Singh, J., Mont, O., Kessler, A. (2020). Systematic framework to assess social impacts of sharing platforms: Synthesising literature and stakeholder perspectives to arrive at a framework and practice-oriented tool. *PloS one*, 15(10), e0240373.

- Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., ... & Raïche, M. (2013). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International journal of integrated care*, 13.
- Gansky, L. (2010). *The mesh: Why the future of business is sharing*. Penguin.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International journal of integrated care*, 4.
- Lember, V., T. Brandsen, P. Tönurist. (2019). The Potential Impacts of Digital Technologies on Co-production and Co-creation. *Public Management Review* 21 (11): 1665–1686.
- Manieri, M. (2013). *Collaboriamo!: Come i Social Media ci aiutano a lavorare ea vivere bene in tempo di crisi*. Hoepli Editore.
- Mayberry, R. M., Nicewander, D. A., Qin, H., Ballard, D. J. (2006). Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 19, No. 2, pp. 103-118). Taylor & Francis.
- Morando, V., Prenestini, A., Rappini, V. (2017). Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale, in CERGAS (a cura di) *Rapporto OASI 2017*, Egea.
- Narayanan C. (2015). Platforms and a new age of monopolies. *Business Today* <http://www.businesstoday.in/magazine/features/how-platforms-will-become-critical-for-businesses/story/218895.html>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. *National Academies Press*.
- OECD (OCSE) (2019). *Enhancing Access to and Sharing of Data: Reconciling Risks and Benefits for Data Re-use across Societies*, OECD Publishing, Paris.
- Parker, G. G., Van Alstyne, M. W., & Choudary, S. P. (2016). *Platform revolution: How networked markets are transforming the economy and how to make them work for you*. WW Norton & Company.
- Parks, R. B., P. C. Baker, L. Kiser, R. Oakerson, E. Ostrom, V. Ostrom, S. L. Percy, M. B. Vandivort, G. P. Whitaker, and R. Wilson. (1981). Consumers as Coproducers of Public Services: Some Economic and Institutional Considerations. *Policy Studies Journal* 9: 1001–1011.
- Ricciardi, W. (2019). Assessing the impact of digital transformation of health services: Opinion by the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). *European Journal of Public Health*, 29 (Supplement_4), ckz185-769.

- Schor, J. (2016). Debating the sharing economy. *Journal of Self-Governance & Management Economics*, 4(3).
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M., Tummers, L. G. (2015). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the Social Innovation Journey. *Public Management Review*, 17 (9), 1333–1357.
- Zazzera, A. (2021). Sharing Economy: definition, inception, development and critical issues in *Sharing Economy and Smart Cities*, P. Bielli, F. Longo (a cura di), Egea, pp.37-53

3. Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali: quale ruolo possono giocare per il community building?

di *Manila Bonciani*

3.1. Introduzione

Rileggere il concetto di comunità attraverso, il sistema delle reti sociali formali e informali che le innerva, permette lo sviluppo di un approccio gestionale al *community building* (CB), essendo identificata all'interno della comunità stessa una struttura organizzativa - la rete sociale - con cui i soggetti istituzionali possono relazionarsi e costruire una relazione di scambio di contributi e ricompense. Si tratta quindi di un passaggio concettuale chiave, attraverso cui si può delineare e discutere le varie logiche e gli obiettivi con cui sviluppare gli interventi di CB, nonché gli strumenti manageriali inerenti al coinvolgimento delle reti sociali. Pertanto, in questo Capitolo viene proposto un approfondimento su cosa si intende per reti sociali e come si diversificano, riflettendo su quale ruolo le reti rivestono per la creazione del capitale sociale individuale e collettivo. Sono poi presentati alcuni approcci metodologici per analizzare le reti sociali e mapparle, al fine di sistematizzare le informazioni che le riguardano, poter conoscerne le caratteristiche che le contraddistinguono e quindi potersi relazionare con loro in maniera efficace per quelle che sono le finalità della tutela e promozione del benessere di una comunità. Infine, vengono discusse le finalità e la modalità di coinvolgimento delle reti sociali per la salute delle comunità.

3.2. Come si definiscono e caratterizzano le reti sociali

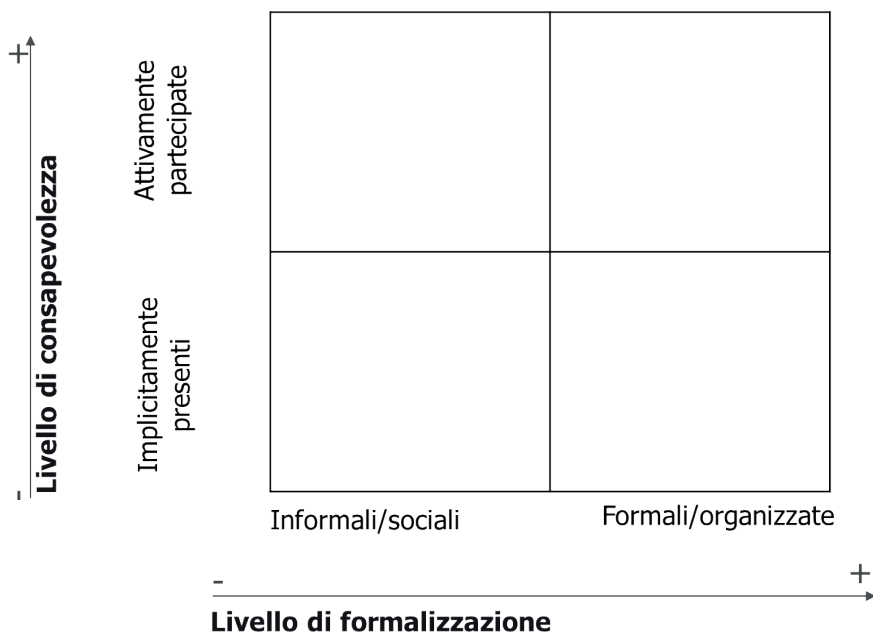
Le reti sociali sono gruppi di persone interdipendenti tra di loro, cioè connesse attraverso legami sociali di natura e intensità diverse, che variano dalla semplice conoscenza casuale, ai rapporti di lavoro, ai vincoli familiari, a relazioni basate su specifici elementi di interesse o di comunanza di esperienza. Le reti sociali fanno sentire i suoi membri parte di un gruppo sociale, in cui l'avvicinamento e

l'identificazione reciproca risulta più facile e immediata. Secondo la prospettiva sociologica, la rete sociale è definita come l'insieme delle strutture relazionali tra attori che definiscono il contesto nel quale questi si muovono e le cui caratteristiche servono per spiegare i comportamenti degli attori che compongono la rete stessa (Wellman & Berkowitz, 1988).

All'interno delle reti sociali agiscono dei meccanismi di mutuo riconoscimento e influenza reciproca, che porta gli individui che le compongono ad avvertire un senso di appartenenza, in maniera più o meno consapevole, e ad essere condizionati da quanto tali reti rappresentano per il singolo individuo. Di seguito sono riportati alcuni esempi di reti sociali e le differenti logiche di riconoscimento reciproco su cui si basano: il vicinato caratterizzato dalla condivisione dello stesso ambiente di vita; la parrocchia basata sull'appartenenza a una comunità religiosa; le comunità di immigrati che hanno la stessa identità nazionale; i genitori di una scuola in quanto frequentatori di uno stesso servizio; il gruppo dei dializzati che sono affetti dalla stessa malattia e condividono un analogo percorso terapeutico; le associazioni, i gruppi di volontariato o i circoli in cui l'attiva partecipazione delle persone è l'elemento collante; i frequentatori abituali di uno stesso luogo, ad esempio un parco, una piazza, un bar; i partecipanti ad attività sportive, culturali o ludiche quali i gruppi sportivi amatoriali, gli amici della lirica, i fungaioli; i lavoratori di una comune azienda o le reti professionali; gli iscritti a partiti, sindacati, gruppi di advocacy in virtù della vision politica condivisa. Gli esempi citati permettono di cogliere l'eterogeneità delle reti sociali e la necessità di distinguerne i tratti caratterizzanti, per poter identificare successivamente come interagire al meglio con queste.

Le reti sociali si caratterizzano per livelli diversi di formalizzazione e di consapevolezza, come si evince anche dagli esempi precedenti: si va infatti da reti informali e con un basso livello di consapevolezza come possono essere i frequentatori abituali di uno stesso luogo oppure i genitori di una scuola, a reti informali, ma con un'attiva partecipazione consapevole, come quelle della parrocchia o i gruppi di volontariato, fino alle associazioni e ai sindacati che hanno un elevato livello di formalizzazione e di attiva partecipazione. Le reti formali sono infatti quelle caratterizzate da strutturazione e riconoscibilità anche dall'esterno, in base alla presenza di documenti formalizzati (proprio statuto, protocollo d'intesa e accordo di rete) che ne dichiarano gli obiettivi e i settori di intervento ed a meccanismi ufficiali di governance per stabilire l'adesione delle persone ed i ruoli e responsabilità di chi ne fa parte, incluso l'identificazione di un interlocutore definito. Le reti informali sono invece caratterizzate da un alto livello di spontaneità, sia nella loro genesi che nel loro funzionamento, sono più difficili da identificare ed intercettare, e si basano prevalentemente su legami di tipo personale e relazioni implicite spesso molto forti, sviluppati sia attraverso interazioni dirette, che attraverso la comunicazione a distanza indipendentemente dal territorio di appartenenza.

Figura 3.1. Matrice tra livello di formalizzazione e consapevolezza delle reti sociali



Fonte: Elaborazione degli autori

Tenendo conto del livello di formalizzazione, le reti sociali possono essere distinte in:

1. Reti informali (primarie): familiari, amici, colleghi, vicini di casa, per i quali i rapporti sono basati sulla reciprocità e sull'affettività che svolgono una funzione protettiva di sostegno all'identità;
2. Reti formali: istituzioni ed enti pubblici che producono servizi e prestazioni in sostegno dei bisogni espressi, che si basano su rapporti, a differenza dei primi, di tipo asimmetrico e il cui contenuto relazionale è di tipo professionale (es. assistente sociale/utente);
3. Reti secondarie informali: volontari appartenenti alle reti informali primarie che sentono la necessità di unire le proprie forze per offrire aiuto e sostegno, facendo riferimento a principi valoriali quali la condivisione, la solidarietà e la responsabilità collettiva;
4. Reti artificiali (informali): definite come appendice delle reti informali, fanno parte di queste i gruppi di mutuo-auto-aiuto e si caratterizzano per la condivisione di una situazione comune e per dare sostegno e aiuto;

5. Reti no-profit (formali o informali): comprendono organizzazioni non profit basate su norme e regole che le istituiscono e ne condizionano i tipi di intervento e le forme di solidarietà.

Ci sono altre caratteristiche che possono connotare le reti sociali. Innanzitutto alcune reti sociali mostrano relazioni paritarie in cui si sviluppano soprattutto interazioni di tipo orizzontale in cui gli individui non hanno particolare potere o autorità gli uni sugli altri, mentre altre risultano essere più di tipo gerarchico, e non solo quelle formali e rigidamente strutturate. Anche all'interno di reti informali, infatti, può essere esercitata una marcata leadership che modella le relazioni in maniera centralizzata, con modalità comunicative e/o decisionali verticali. Se si osservano le finalità perseguite, alcune reti sociali si focalizzano sul sostegno ai membri interni, come per esempio un'associazione di pazienti, mentre altre più sul sostegno a soggetti esterni, nel caso di gruppi di volontariato. Inoltre nelle reti sociali possono agire meccanismi di sostegno e aiuto reciproco, che in alcuni casi può manifestarsi attraverso logiche redistributive, che permettono di ripartire le risorse a disposizione tra i membri della rete, mentre altre reti possono applicare piuttosto logiche di scambio equo. Un altro modo per distinguere le reti sociali fa riferimento al loro dimensionamento, contrapponendo quelle radicate in un territorio, e quindi di livello locale, a quelle che rappresentano raggruppamenti locali di reti di livello più ampio, come lo sono per esempio alcune realtà associative nazionali che hanno ramificazioni locali. Se si guarda al tipo di connessione che vengono attivate tra chi ne fa parte, si distinguono le reti che si basano su relazioni dirette da quelle che invece si fondano sull'utilizzo di strumenti di connessione ICT. Le reti sociali si caratterizzano inoltre anche per essere aperte e soggette a progressivo ampliamento oppure per mantenersi chiuse e autonome verso l'esterno. Un ultimo aspetto da tenere in considerazione è il tipo di rapporto che le reti sociali hanno con le istituzioni, che può essere di attenzione e disponibile al dialogo oppure di autonomia, se non proprio basato su un atteggiamento distante, disilluso o ostile.

La tabella sottostante riassume le caratteristiche che connotano le diverse tipologie di reti sociali.

Tabella 3.1. Caratteristiche principali delle reti sociali

Tipologia di relazioni	Gerarchiche (leader)	Paritarie (mutuo aggiustamento reciproco)
Finalità perseguite	Focalizzate sul sostegno ai membri interni	Focalizzate sul sostegno a esterni
Logiche applicate	Logiche redistributive	Logiche di scambio equo
Dimensioni	Solo locali	Reti di nodi locali (associazioni di volontariato nazionale)
Tipologia di connessione	Basate solo su relazioni	Basate su strumenti di connessione ICT
Rapporto con ambiente esterno	Reti attente	Reti autonome e chiuse
Rapporto con le istituzioni	Attente o in dialogo con le istituzioni	Autonome, disilluse o ostili alle PA

Fonte: Elaborazione degli autori

Tali caratteristiche si compongono in maniera diversa nelle singole reti sociali e la loro conoscenza è strategica per poter intraprendere un percorso di collaborazione e coinvolgimento per iniziative di CB, differenziandolo proprio in base a tali caratteristiche ed adattandolo ad esse.

3.3. Reti e capitale sociale: le dinamiche in gioco

Le reti sociali sono al centro della riflessione che negli anni si è sviluppata sul capitale sociale e che ne ha messo in evidenza la multidimensionalità, identificandone sia una componente individuale che collettiva. Secondo un approccio micro alle relazioni, il capitale sociale è rappresentato dall'insieme di risorse (materiali o simboliche, attuali o potenziali) che ogni individuo è in grado di ottenere dalla sua rete di relazioni sociali e quindi è considerato una risorsa individuale che si produce in base della configurazione delle relazioni che un individuo intesse all'interno delle reti sociali in un dato contesto (Bourdieu, 1980;

Coleman, 1994). In base ad un approccio macro alle relazioni, il capitale sociale è una risorsa collettiva ed aggregata dell'intera rete sociale rappresentato dal potenziale di interazione cooperativa, fiducia e condivisione di norme e valori all'interno della rete stessa (Putnam, 2000; Fukuyama, 1996).

Se ci sono reti sociali, non può non esserci capitale sociale. Tuttavia i diversi tipi di relazioni caratterizzanti le reti sociali determinano forme diverse di capitale sociale. Secondo Granovetter (1973), in una rete sociale sono i legami deboli che permettono il maggior scambio di interazioni utili perché più eterogenee e distanti dal patrimonio storico del singolo, più di quanto non permettano di farlo i legami forti che invece limitano lo scambio di informazioni e risorse, essendo creatori di ambienti sociali più chiusi e circoscritti, mentre assicurano maggior supporto emotivo e protezione.

Lo scambio di esperienze, la disponibilità ad aiutarsi e la fiducia verso l'altro si costruiscono in modo non formalizzato tra individui che condividono un sentire comune all'interno di reti sociali informali, che, a differenza delle reti sociali formali, permettono uno scambio di informazioni e conoscenze in modo naturale e indipendente e favoriscono più facilmente la costruzione del capitale sociale. Putnam sottolinea proprio come questo tipo di rapporti informali rappresentino un vero e proprio investimento in capitale sociale (2000) e attribuisce la possibilità di far parte di reti informali ad ogni livello della gerarchia sociale, mentre considera le reti sociali formali più caratteristiche dei gruppi istruiti e con reddito maggiore. Putnam sottolinea anche un diverso andamento dell'impegno all'interno delle reti formali ed informali: nel primo caso l'impegno, ed il capitale sociale che ne deriva, sono modesti in gioventù, aumentano progressivamente con l'età e raggiungono l'apice alla fine della mezza età, per poi diminuire nel periodo della pensione; invece il coinvolgimento sociale informale segue il percorso inverso, con uno sviluppo massimo tra i giovani adulti, un declino con l'insorgenza di maggiori impegni familiari e lavorativi ed una ripresa nella fase del pensionamento.

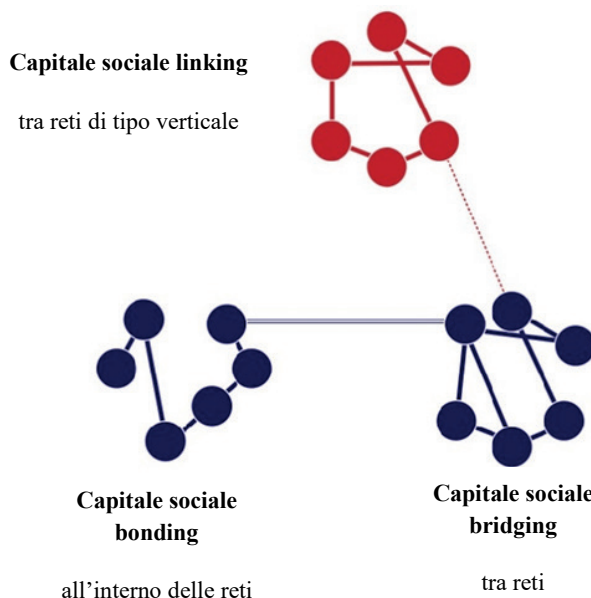
Riprendendo la riflessione sul ruolo dei legami forti e deboli per lo sviluppo di capitale sociale, Putman distingue tra capitale sociale *bonding* (vincolante) proprio delle reti sociali con legami forti e chiusi e *bridging* (ponte) che invece deriva dai legami deboli e quindi più aperti. Il capitale sociale *bonding* si sviluppa, infatti, all'interno di una rete sociale caratterizzata da alti livelli di somiglianza nelle caratteristiche demografiche, negli atteggiamenti, negli interessi e nelle informazioni e risorse disponibili, in cui le persone sono interconnesse e interagiscono frequentemente tra loro, mostrando una struttura chiusa della rete sociale di cui fanno parte (*network closure*). Il capitale sociale *bridging* riguarda relazioni che "fanno da ponte" tra comunità, gruppi, reti sociali con caratteristiche sociodemografiche o socioeconomiche diverse, e quindi implica un orientamento inclusivo, aperto, con uno sguardo verso l'esterno. Infatti questo

tipo di capitale sociale consente a diversi gruppi di condividere e scambiare informazioni, idee e innovazione e crea consenso tra i gruppi che rappresentano interessi diversi. Grazie alla presenza di buchi strutturali (*structural hole*) tra le reti sociali, che fanno riferimento all'assenza di legami tra contatti non ridondanti, si crea un'opportunità per i singoli di giocare un ruolo di broker mediando il flusso di informazioni fra soggetti ai lati opposti del buco strutturale. Il capitale sociale *bonding* può svolgere un'utile funzione sociale fornendo una fonte vitale di sostegno, aiutando le persone a "cavarsela" e condividendo le norme e la fiducia che facilitano l'azione collaborativa. Tuttavia la natura del capitale sociale *bonding*, che esclude chi non fa parte della propria rete sociale, può creare anche vincoli eccessivi e di chiusura. Al contrario il capitale sociale *bridging* è caratteristico di reti sociali inclusive e in continua evoluzione, potendo funzionare potenzialmente come leva sociale, per aiutare a "andare avanti" invece che solamente "tirare avanti", come permette di fare il capitale sociale *bonding*. Un altro aspetto che distingue i due tipi di capitale sociale per Putnam è la fiducia, che per il capitale sociale *bonding* si basa sull'esperienza personale ed è frutto proprio delle relazioni forti e frequenti che caratterizzano quel tipo di reti sociali (*thick trust*), mentre per il *bridging* la fiducia è estesa oltre le relazioni sociali della persona, in un senso più ampio di riconoscimento di reti comuni e ipotesi di reciprocità finale e collettiva (*thin trust*).

Esiste un terzo tipo di capitale sociale definito *linking* (Szreter & Woolcock, 2004; Schneider, 2006), che descrive le relazioni tra persone o istituzioni a diversi livelli di gerarchia del potere sociale, attraverso relazioni formali o istituzionalizzate. In questo caso la fiducia nelle relazioni di comunità viene strutturata e organizzata attraverso la costituzione di istituzioni pubbliche, ovvero collettive, le quali coordinano e gestiscono tali relazioni collettive, esercitando funzioni redistributive e di allineamento degli interessi tra i membri della società di riferimento. Il capitale sociale *linking* è basato su relazioni verticali, come potrebbe essere nel caso di relazioni tra un'organizzazione basata sulla comunità e il governo, attraverso forme di cessione di sovranità a istituzioni collettive. Il capitale sociale *linking* può essere visto come un'estensione del capitale sociale *bridging* che coinvolge reti e legami tra individui o gruppi rappresentati in enti pubblici, scuole, interessi economici, istituzioni legali e gruppi politici o religiosi, e presuppone un certo livello di reciprocità, come ad esempio un soggetto finanziatore si aspetta la messa a disposizione di servizi di qualità da parte del soggetto finanziato. Il livello di commitment e controllo sociale sulle istituzioni misura il livello di aspettative e fiducia nelle medesime e ne garantisce il buon funzionamento. In altri termini, è l'intensità dell'ownership della comunità sulle proprie istituzioni, che ne spiega le performance. All'opposto, in assenza di forme di controllo e responsabilità, il capitale sociale *linking* può diventare nepotistico o facilitare il favoritismo politico.

La figura seguente schematizza i vari legami che determinano i tipi diversi di capitale sociale definiti da Putnam e gli altri studiosi.

Figura 3.2. Rappresentazione grafica del capitale sociale bonding, bridging e linking



Fonte: Aldrich, 2012

È innegabile che le reti sociali comportano anche degli effetti negativi sull'individuo, quale ad esempio il senso di dipendenza che ne deriva, soprattutto nelle reti chiuse, oppure il rafforzamento dello stigma sociale qualora la rete si connota come un raggruppamento di soggetti con comportamenti devianti. Inoltre l'appartenere a reti sociali può essere anche una fonte di stress a livello individuale a causa dei vincoli nell'azione dei singoli, delle responsabilità che ricadono su chi fa parte della rete e delle aspettative degli altri componenti della rete rispetto al comportamento individuale.

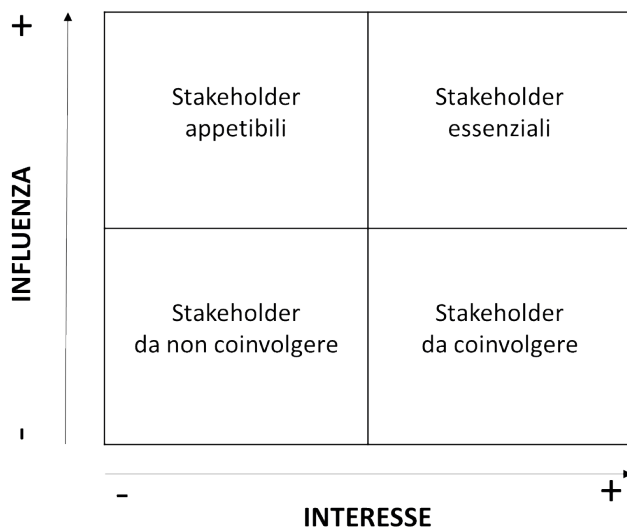
Nel bilancio tra vantaggi e svantaggi delle reti sociali, pesa tuttavia a favore della rete il bagaglio di potenziali risorse che la persona può trarre dagli scambi immateriali e materiali con le altre persone che fanno parte della rete e che rappresenta proprio il capitale sociale su cui l'individuo può contare. Oltre tutto i vantaggi delle risorse relazionali si estendono anche oltre i confini individuali, poiché stimolando il senso di appartenenza promuovono il senso civico e favoriscono la fiducia interpersonale e verso le istituzioni, con effetti importanti sulla società nel suo complesso.

3.4. Mappatura e clusterizzazione delle reti sociali

Data la rilevanza della strutturazione e delle caratteristiche delle reti sociali per comprendere quali sono le loro potenzialità, sia in termini di capitale sociale che di azione all'interno ed all'esterno della rete stessa, si rende necessario utilizzare una pluralità di logiche per mapparle ed analizzarle.

L'analisi delle reti sociali può essere svolta focalizzando su quelle che sono le caratteristiche generali della rete, senza entrare nel dettaglio del ruolo delle persone che ne fanno parte e dei legami che le interconnettono. In questo senso, può essere mutuato l'approccio proprio dell'analisi degli stakeholder, cioè dei cosiddetti "portatori di interesse" che sono soggetti individuali, gruppi di persone o organizzazioni le cui opinioni o decisioni, i cui atteggiamenti o comportamenti, possono oggettivamente favorire od ostacolare il raggiungimento di uno specifico obiettivo che si sta perseguendo. Tra gli stakeholder ci sono appunto anche singole persone e soggetti istituzionali, ma focalizzandosi soltanto sulle reti sociali, queste possono essere analizzate e mappate in base alla loro rilevanza, cioè tenendo conto della capacità di influenza e del livello di interesse che possono esprimere. Da una parte si cerca dunque di definire la capacità di influenza delle reti sociali, condizionata dalla sua dimensione, rappresentatività, risorse attuali e potenziali, conoscenze e competenze specifiche, collocazione strategica, dall'altra si guarda al livello di interesse, inteso come possibilità di incidere sull'ambito su cui si sta intervenendo, ma anche come coinvolgimento intrinseco in tale ambito.

Figura 3.3. Matrice per identificare il livello di interesse e influenza degli stakeholders



Fonte: Elaborazione degli autori

Sulla base dell'analisi di queste due dimensioni è possibile costruire una matrice e collocare le reti sociali in uno dei suoi quattro quadranti, distinguendo reti sociali con alto interesse e alta influenza rispetto all'ambito di intervento e che quindi possono essere considerati stakeholder essenziali che è necessario coinvolgere; reti sociali con basso interesse ma alta influenza che rappresentano degli stakeholder appetibili perché possono giocare un ruolo rilevante nell'ambito di intervento e quindi è opportuno coinvolgere; ed infine reti sociali con alto interesse ma bassa influenza, che spesso non hanno i mezzi per poter esprimere con forza i propri interessi e che coincidono con i destinatari stessi dell'intervento, da considerare stakeholder che pur essendo deboli, risulta doveroso coinvolgere. Quelle reti sociali che si collocano invece nell'ultimo quadrante con basso interesse e bassa influenza possono non essere prese in considerazione per l'intervento di interesse.

Arrivare ad effettuare una mappatura delle reti sociali esistenti su un territorio rappresenta un'occasione strategica di analisi del contesto e di identificazione dei potenziali attori da coinvolgere in iniziative di CB. Una simile mappatura può servire per la costruzione di un database, che per la natura stessa delle reti sociali si deve configurare necessariamente come dinamico ed aperto, e quindi presuppone che abbia un'attività redazionale che ne mantenga l'aggiornamento. Per diventare effettivamente uno strumento di lavoro, quindi, il database dovrebbe raccogliere varie informazioni sulle singole reti e poter essere interattivo, cioè consultabile in base ai diversi interessi. In particolare, le informazioni che possono essere raccolte per una efficace mappatura delle reti sociali sono:

- Missione o finalità della rete;
- Attività o servizi che svolge;
- Dimensionamento e soggetti coinvolti;
- Modalità di partecipazione alla rete;
- Target di popolazione per cui la rete può essere rilevante;
- Cosa la rete può dare e ricevere;
- Contatti, link ad eventuale sito web.

Secondo la prospettiva dell'individuo, infatti, potrebbe essere di interesse navigarlo per conoscere le reti sociali che esistono nella propria comunità, mentre un utente, un paziente o il suo caregiver potrebbero rintracciare le reti da cui poter ricevere sostegno. Pensato come strumento di lavoro per gli attori del welfare, un database delle reti sociali potrebbe essere utilizzato dal volontariato per identificare soggetti che hanno bisogno di aiuto e dai donatori per identificare invece coloro che possono sostenere. Nell'ottica delle azioni pubbliche di community building il database delle reti sociali può senz'altro essere un mezzo per conoscere i potenziali soggetti e relazioni sociali che possono essere attivati per interventi specifici.

Per la raccolta delle informazioni utili per la costruzione del database, è possibile ricorrere per le reti formali ai diversi albi delle associazioni culturali, sportive, religiose, di advocacy, così come utilizzare i siti web esistenti o gli altri canali informativi che presentano le diverse realtà più istituzionalizzate, quali ad esempio centri del volontariato, istituzioni religiose, federazioni sportive. In questi casi è possibile anche sottomettere questionari strutturati ai responsabili delle reti oppure ai loro aderenti per raccogliere in maniera strutturata le informazioni che servono. Per le reti informali, invece, è necessario utilizzare delle tecniche miste, con la realizzazione di interviste e focus group a key informant e la mappatura progressiva dei luoghi di aggregazione ed il coinvolgimento graduale dei componenti di tali reti. In alcuni casi è possibile anche promuovere una *call for collaboration*, ma alla quale le reti sociali con legami meno formalizzati potrebbero non riuscire a partecipare.

Certamente l'approccio teorico-metodologico maggiormente adottato per studiare le reti sociali in sociologia, antropologia, psicologia, economia, management è quello dell'analisi delle relazioni sociali (*social network analysis* - SNA), sviluppatosi negli anni '30 e che consente di visualizzare le reti sociali e di misurarne quantitativamente le caratteristiche rilevanti. La SNA può essere utilizzata per indagare le relazioni tra persone o organizzazioni: ai nostri fini ci concentreremo sui legami tra individui. Tale approccio analitico considera le reti sociali come un insieme di punti congiunti da linee, dove i punti (nodi) rappresentano le persone e le linee (archi) indicano quali persone stanno interagendo con ogni altra, cioè le relazioni che legano tra loro i soggetti della rete sociale, che possono essere monodirezionali, bidirezionali o multidirezionali (Barnes, 1954). Attraverso la rappresentazione in grafi, la SNA ricostruisce gli schemi che descrivono le strutture relazionali delle reti sociali. La struttura reticolare al centro dell'attenzione della SNA, infatti, è la forma ed il contenuto assunto dall'insieme complesso d'interdipendenze ed interconnessioni all'interno di una rete che esercitano una reciproca influenza sui comportamenti individuali. Considerando che le caratteristiche dei legami sociali nei quali gli attori sono inseriti hanno per questi conseguenze determinanti, la conoscenza di tali pattern grazie alla SNA permette di rilevarne le conseguenze per l'azione. Con l'utilizzo della SNA è possibile individuare gli elementi e le proprietà costitutive di una rete sociale, focalizzando su alcuni aspetti e misure rilevanti (Borgatti et al, 2013):

- Ampiezza (*range*): il numero di nodi/soggetti compresi dalla rete e quindi coinvolti nel legame. Se la rete è molto ampia, è più probabile che ogni singolo individuo abbia una visione circoscritta della rete complessiva;
- Intensità (*intensity*): il grado di coinvolgimento in un legame, che fa riferimento al contenuto sociale forte o debole del legame all'interno di

una rete. Quantitativamente può indicare la frequenza dei contatti, mentre qualitativamente indica la profondità del legame.

- **Densità (*density*):** la quantità di interrelazioni tra gli attori della rete. Indica cioè il rapporto tra il numero di legami effettivi ed il numero delle diadi (coppie), ovvero di tutti i possibili legami diadici possibili, teoricamente esistenti.
- **Centralità:** ottenuta attraverso il grado, come misura di connessione che indica il livello di dipendenza dagli altri, la prossimità, come misura di distanza (vicinanza) dagli altri attori che indica quanto una persona può essere un punto di riferimento per gli altri attori, e la *betweenness*, come misura del ruolo di connettore di altri attori, assumendo una funzione di broker ed indicando il livello di potere posseduto.
- **Multiplessità (*multiplexity*):** il numero di ruoli o di relazioni che connettono tra loro le persone.
- **Simmetria (*simmetry*):** definisce il rapporto di potere, vantaggio o svantaggio che si sviluppano tra due persone.
- **Interconnessione (*reachability*):** indica il numero minimo di legami necessari per connettere tra loro due nodi della rete.
- **Settorialità (*clustering*):** possibilità di suddividere la rete sociale in sotto-unità di legami.

Dato che la SNA si focalizza sui modelli relazionali, l'unità di base dell'analisi non è il soggetto preso singolarmente ed i relativi attributi che lo caratterizzano, ma è costituito dal legame tra soggetti. Questo comporta anche una modalità diversa di raccogliere i dati ed analizzarli, che richiede un livello di competenza che potrebbe non essere diffusamente gestibile.

3.5. Coinvolgimento delle reti sociali per la salute e il benessere delle comunità

Da quanto messo in evidenza finora rispetto alle reti sociali, si evince che il loro ruolo può essere strategico per contribuire a raggiungere gli obiettivi del welfare e del servizio sanitario pubblico.

Certamente il coinvolgimento delle reti sociali è essenziale nella co-progettazione di servizi, per includere il punto di vista dei diversi stakeholders e soprattutto partire dalle esigenze delle persone e delle loro reti. Si osservano tuttavia modalità diverse di coinvolgimento delle reti nei processi decisionali, che attribuiscono alle reti stesse un diverso livello di controllo nell'ambito delle scelte per la programmazione. Quando sono le organizzazioni pubbliche a decidere come strutturare la programmazione o progettare il singolo intervento e le reti ne vengono solo informate, il loro coinvolgimento è minimo e la possibilità di controllo da parte della comunità è bassa. Aumenta progressivamente il loro

livello di coinvolgimento quando le reti vengono consultate per fornire suggerimenti alla finalizzazione della programmazione oppure vengono coinvolte nella validazione delle decisioni prese oppure nella discussione di alcuni temi su cui decidere insieme. In questo caso si osserva una maggiore attivazione della partecipazione delle reti, che può arrivare fino a ad un approccio di vero e proprio empowerment delle reti quando viene chiesto alla comunità stessa di identificare il problema e di prendere le decisioni fondamentali. Tanto più è maggiore il coinvolgimento nelle decisioni, tanto più è maggiore il commitment della comunità e quindi la possibilità che il servizio o l'intervento progettato per la salute ed il benessere della comunità sia utile, utilizzato efficacemente ed apprezzato dalla comunità stessa.

Oltre al loro ruolo nel processo decisionale per la co-progettazione dei servizi e degli interventi, le reti possono giocare ruoli chiave nella stessa realizzazione degli interventi di CB. In particolare, le reti sociali possono aiutare a promuovere le connessioni sociali e contrastare la solitudine e gli effettivi negativi per il benessere psico-sociale, essere veicolo di messaggi di educazione sanitaria e sociale, di promozione della literacy medica, di prevenzione primaria, e supportare per presentare e diffondere la conoscenza dei servizi esistenti o comunque in generale essere un canale di comunicazione e contatto con gli utenti o con la comunità in senso più ampio. Se per esempio si vuol far fronte in maniera innovativa alle difficoltà inerenti la gestione degli anziani nei loro contesti di vita, è possibile rivolgersi ai soggetti che compongono le varie reti nelle quali gli anziani sono coinvolti direttamente o indirettamente, cioè chiedendo aiuto in un primo tempo a parenti ed amici e parallelamente attivare qualche associazione che, a sua volta, probabilmente metterà in moto gli elementi della rete secondaria formale.

Altri contributi che possono essere offerti dalle reti sociali è quello di essere un canale di reclutamento degli utenti per gli interventi di welfare e medicina di iniziativa o comunque fare leva sulle dinamiche relazionali per avere sostegno alla compliance ed all'autocura. L'attivazione delle reti sociali aiuta inoltre nel monitorare la customer experience o comunque in generale l'esperienza degli utenti dei servizi, raccogliendone e valorizzandone la voce e prospettiva. Le reti sociali, soprattutto quelle più formali, possono infine dare talvolta anche contributi di natura operativa, come quello di offrire servizi complementari a quelli pubblici o di dare supporto ai servizi pubblici attraverso contributi economici.

Tabella 3.2. Contributi delle reti sociali per le attività di welfare promosse dalle istituzioni pubbliche

Alcuni possibili CONTRIBUTI	Esempi
Promozione ed attivazione delle connessioni sociali da parte della rete	Partecipazione alle iniziative organizzate dalle reti sociali in contrasto all'isolamento e per la creazione di relazioni che hanno ricadute positive sul benessere socio-emotivo delle persone
Interventi di educazione sanitaria	Organizzazione di incontri informativi da parte di attori del terzo settore su temi specifici (ad esempio stili di vita sani e prevenzione primaria e secondaria) utilizzando i luoghi abituali di ritrovo e collegandosi alle attività delle reti stesse
Presentazione e diffusione conoscenza dei servizi	Trasmissione di indicazioni e materiali informativi sulla presenza dei servizi (ubicazione, orari, prestazioni erogate) ai componenti delle reti
Reclutamento degli utenti in interventi di welfare di iniziativa	Identificazione all'interno dei componenti delle reti dei soggetti che rispondo ai criteri di reclutamento di interventi di welfare di iniziativa e facilitazione della loro partecipazione
Sostegno alla compliance	Attivazione della rete di supporto dei pazienti (caregivers e reti primarie) per favorire l'adesione e il corretto follow-up di indicazioni terapeutiche
Sostegno all'autocura	Attività formative di self-management organizzate in collaborazione con gli attori del terzo settore per rafforzare le competenze individuali delle persone con condizioni croniche
Monitoraggio patient experience	Coinvolgimento dei componenti delle reti sociali o di associazioni di pazienti per la somministrazione di questionari inerenti l'esperienza nell'utilizzo dei servizi socio-sanitari
Raccolta voice	Richiesta agli attori del terzo settore di esprimere formalmente loro punto di vista su bisogni, proposte o interventi in atto
Offerta di servizi complementari a quelli pubblici	Erogazione di servizi socio-sanitari o assistenziali che integrano o arricchiscono l'offerta pubblica o contribuiscono a coprire i bisogni nei contesti in cui questa è carente
Supporto in contributo economico	Stanziamiento di fondi da parte di attori del terzo settore per aiutare economicamente individui e famiglie in difficoltà
Canale di comunicazione/contatto con gli utenti o comunità	Utilizzo dei mezzi anche informali di scambio all'interno delle reti per diffondere informazioni e messaggi veicolati dalle istituzioni pubbliche

Fonte: Elaborazione degli autori

Le reti sociali possono a loro volta trarre dei benefici nella collaborazione con le istituzioni pubbliche per le realizzazioni di interventi per la salute ed il benes-

sere della comunità. Infatti l'istituzione pubblica che si rapporta con le reti sociali per interventi di CB può offrire accreditamento istituzionale e visibilità, ma anche l'occasione di fare networking con altre istituzioni e reti. Oltre al fatto che le reti potrebbero ricevere anche supporti concreti, quali ad esempio formazione, messa a disposizione di spazi pubblici oppure fondi per svolgere attività. Nella tabella seguente vengono riportati alcune ricompense che le reti sociali possono trarre dalla collaborazione con l'istituzione pubblica nella realizzazione di interventi di CB.

Tabella 3.3. Ricompense per le reti sociali dal supporto pubblico

Alcune possibili RICOMPENSE	Esempi
Promozione della rete da parte delle istituzioni pubbliche con l'obiettivo di accrescere i membri della rete	Campagna informativa multicanale (brochure e poster nelle sale d'aspetto, sezione dedicata sul sito istituzionale, etc) ad opera dell'azienda sanitaria/comune per la promozione di attività volte a prevenire l'isolamento degli over 65 organizzate da attori professionali del terzo settore o associazioni di volontariato
Riconoscimento istituzionale della rete sociale, del suo valore e della sua missione	Interlocazione periodica dell'istituzione pubblica con gli attori della comunità in quanto considerati «sensori» dei bisogni della comunità per lo sviluppo di nuove iniziative e il monitoraggio di quelle implementate.
Risorse umane o monetarie fornite dall'istituzione pubblica	Finanziamenti ad hoc per la promozione di iniziative di community building nei territori. Coinvolgimento di professionisti pubblici, come ad esempio gli infermieri di comunità, che periodicamente supervisionano le attività dei Gruppi di cammino ed AFA (Attività Fisica Adattata), promossi e gestiti dal terzo settore
Cessione gratuita di spazi e/o strumenti ad opera delle istituzioni pubbliche	Fornitura di spazi pubblici per incontri gestiti da attori del terzo settore
Attività formative organizzate dall'istituzione pubblica per la rete	Attività di formazione e supporto psicologico rivolta ai volontari di associazioni che operano porta a porta per prevenire l'isolamento degli anziani soli
Messa a disposizione di piattaforme digitali o device che facilitano la connessione dei nodi della rete	Attivazione di una APP di connessione tra volontari e tra questi e i loro utenti, distribuzione di tablet o cellulari a supporto dell'attività di volontari

Fonte: Elaborazione degli autori

Nella costruzione del rapporto di collaborazione tra l'istituzione pubblica e le reti sociali, è di estrema importanza mantenere l'equilibrio tra il tipo di contributo che questi possono dare ed il tipo di ricompensa che possono trarre dalla

collaborazione. L'attivazione di collaborazione è infatti onerosa per tutte le parti coinvolte, sia per l'istituzione che deve impiegare risorse per costruire e gestire le relazioni con attori esterni, in maniera più complessa quando si tratta di reti informali, sia per la rete sociale che deve indirizzare le attività e relazioni interne a finalità specifiche concordate con l'istituzione pubblica. Questo equilibrio tra contributi e ricompense è dunque funzionale sia alla rete per mantenere alto l'interesse e l'impegno a collaborare, sia per l'istituzione per trarre maggiori risultati in termini di promozione del benessere della comunità dalla collaborazione intrapresa.

L'ultimo aspetto chiave da considerare nel coinvolgimento delle reti sociali nelle iniziative di CB è quella di chiarire il ruolo che queste avranno nell'iniziativa. Nello specifico è possibile rapportarsi alle reti sociali attribuendo loro obiettivi distinti, ovvero considerandole «reti strumento» oppure «reti oggetto» dell'intervento. La principale distinzione tra i due ruoli è quella di essere destinatari o meno dell'intervento svolto. La rete oggetto infatti è considerata quella esistente o che si viene a creare tra le persone target dell'iniziativa, che prendono parte alle attività in virtù del fatto di appartenere alla stessa rete sociale coinvolta nell'intervento o che si conoscono e formano un gruppo grazie alle attività a cui partecipano, quale potrebbe essere ad esempio la rete di anziani fragili del quartiere che si forma grazie alla partecipazione alle attività di ginnastica dolce oppure la rete dei caregiver che si conoscono partecipando alle attività dell'Alzheimer café. La rete strumento è invece di supporto all'implementazione dell'iniziativa e permette di raggiungerne gli obiettivi. Solitamente la rete strumento viene attivata per facilitare lo svolgimento delle attività che impattano sul target, quale può essere ad esempio la rete di chi frequenta la parrocchia utilizzata per intercettare gli anziani fragili del quartiere oppure la rete dei genitori di bambini che frequentano la stessa scuola coinvolta per la diffusione di attività di promozione della salute tra i bambini.

Le reti oggetto e strumento possono essere sia di tipo formale che informale, anche se più frequentemente quelle strumento sono costituite da reti formali con cui l'istituzione ha maggiore facilità a stabilire modalità di coinvolgimento e collaborazione per concordare obiettivi comuni per il raggiungimento dei destinatari dell'iniziativa. In base invece all'intervento da svolgere, le reti oggetto possono essere sia di tipo più formale che informale, quando per esempio viene coinvolta un'associazione di pazienti oppure quando si realizza l'intervento sfruttando le relazioni informali che si costituiscono tra gli anziani che frequentano lo stesso circolo ricreativo. Anche la natura della rete sociale coinvolta nell'iniziativa, derivante dalle genesi che ha portato alla sua costruzione, può essere diversa: una rete è naturale quando deriva da una situazione di fatto (appartenenza ad un gruppo etnico, condivisione dello stesso credo religioso o coabitazione all'interno dello stesso quartiere), mentre siamo in presenza di una rete costruita quando è creata per obiettivi specifici anche

ad hoc dallo stesso promotore dell'iniziativa, andando ad agire quindi non sulla valorizzazione di relazioni già esistenti, ma facilitando l'attivazione di nuove reti. Se si pensa al coinvolgimento di un'associazione di volontari per facilitare il raggiungimento di persone senza fissa dimora con indicazioni di educazione sanitaria e l'eventuale segnalazione ed accompagnamento ai servizi delle situazioni di salute più critiche, in questo caso l'istituzione pubblica valorizza tale rete formale e costruita come una rete strumento per svolgere l'iniziativa di welfare di iniziativa.

Riprendendo la riflessione precedente sui diversi tipi di capitale sociale che si creano all'interno e tra le diverse reti (*bonding*, *bridging* e *linking*), è possibile riconoscere come le iniziative di CB risultano efficaci perché agiscono sulle reti oggetto attivando tali meccanismi che riguardano il capitale sociale. Quando infatti la rete oggetto destinataria dell'intervento è formata da persone di uno stesso cluster sociale, l'attenzione viene posta sulle dinamiche proprie del capitale sociale *bonding*, cioè la valorizzazione della connessione esistente tra le persone dello stesso gruppo sociale e il rafforzamento dei loro legami, quale può essere una rete oggetto che unisce anziani fragili. Quando invece l'intervento coinvolge una rete oggetto che unisce anziani fragili e giovani, si promuove soprattutto l'attivazione del capitale sociale *bridging*. In questo caso infatti sono presenti persone di due cluster sociali diversi che hanno un livello di intensità intermedia di connessione tra loro, e si deve principalmente creare un ponte tra i due cluster da cui entrambi i gruppi possono trarre benefici. Siamo invece in presenza di un intervento che opera sul capitale sociale *linking* quando la rete oggetto sono gli anziani affetti da Alzheimer che vengono messi in contatto insieme ai propri caregivers con l'associazione dei pazienti con Alzheimer che a sua volta è messa in contatto con l'istituzione municipale per la messa a disposizione di strutture in cui organizzare attività ricreative per questi pazienti. Si tratta di un'azione di community building che agisce in maniera diversificata su diverse connessioni sociali anche di tipo istituzionale, in cui vengono collegati in modo organizzato più nodi diversi tra di loro.

Un'ultima attenzione da parte dell'istituzione pubblica deve essere posta nella scelta delle leve da utilizzare per coinvolgere in modo efficace le diverse reti sociali come reti strumenti nelle iniziative di CB e riguarda nello specifico la diversa natura di tali reti. In particolare, tenendo conto della natura formale o informale della rete occorre prestare attenzione all'identificazione del suo leader o del gruppo di co-decisorio della rete, per dialogare con l'interlocutore più appropriato e concordare gli obiettivi da raggiungere. Inoltre si deve conoscere la caratterizzazione delle reti stesse e della cultura che sottostà alle relazioni che ci sono tra i componenti della rete, in modo da creare ed utilizzare delle metriche appropriate di dialogo. Infine tenendo conto della diversa tipologia di rete con

cui si vuole collaborare come rete strumento, si deve procedere con l'individuazione degli strumenti di contatto e comunicazione adeguati (interviste, focus group, momenti di incontro nei luoghi in cui la rete si riunisce).

3.6. La mappatura delle reti sociali nelle Asl italiane

Per offrire alcuni esempi concreti di reti sociali attivate o attivabili in iniziative di tutela e promozione del benessere di una comunità, vengono condivisi alcuni risultati emersi dal progetto di "Community Building Network a Tutela della Salute"³.

Nel box finale viene descritta un'iniziativa di promozione del benessere comunitario che è stata approfondita durante il progetto e che riguarda il caso di un'esperienza realizzata dall'organizzazione non governativa inglese Lunch Positive che ha agito su reti informali nell'ambito della promozione e tutela della salute di persone con HIV.

Inoltre vengono riportati i principali risultati della mappatura delle reti sociali che è stata svolta dalle Aziende sanitarie che hanno partecipato al progetto. La mappatura ha riguardato l'identificazione e la caratterizzazione delle reti sociali rilevanti in riferimento al target prioritario, al territorio specifico di azione ed all'intervento da realizzare. Considerando la fotografia di circa 30 Aziende sanitarie italiane che hanno identificato complessivamente 81 reti sociali, è interessante discutere delle caratteristiche delle reti di comunità che le stesse istituzioni riconoscono e con cui lavorano. Si tratta innanzitutto di realtà con cui l'Azienda sanitaria già collabora in un intervento o progetto in corso, denotando da una parte una certa abitudine alla collaborazione con reti sociali presenti nel territorio, ma dall'altra parte anche una capacità limitata di riconoscere e mappare le reti e quindi di identificare i potenziali interlocu-

³ Il "Community Building Network a Tutela della Salute" è un progetto di ricerca-azione svolto dal Cergas dell'Università Bocconi di Milano e dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con il Gruppo Interregionale (Fondazione Santa Clelia Barbieri e Fondazione Casa della Carità), FIASO e Federsanità ANCI. Il progetto, sviluppatosi da aprile 2019 a febbraio 2021, ha coinvolto un network di 29 Aziende Sanitarie Locali distribuite in 9 Regioni Italiane e un gruppo di enti del terzo settore.

Il progetto ha avuto l'obiettivo di analizzare i meccanismi di collaborazione, co-organizzazione e co-responsabilità che le logiche di Community Building possono esprimere per la tutela della salute di una comunità, offrendo stimoli e supporto metodologico per la realizzazione di processi di Community Building nei territori coinvolti.

tori che potrebbero esserci a prescindere dalle attività già in atto. Considerando la distinzione tra reti formali e reti informali, le Aziende sanitarie si concentrano nettamente verso reti di comunità formali, piuttosto che informali. Su 81 reti di comunità elencate dalle stesse Aziende, il 70% è rappresentato infatti da reti formali che prevalentemente forniscono il sostegno verso utenti esterni alla rete stessa, quali ad esempio Enti del Terzo Settore, Associazioni e altri gruppi riconosciuti. Tra i principali benefici che secondo le Aziende sanitarie le reti identificate possono apportare al target e all'intervento identificato c'è la promozione di connessioni (18%), il supporto in servizi (13%) e la presentazione e diffusione della conoscenza dei servizi all'interno della rete stessa (11%). Dall'altra parte riconoscono di poter fornire a queste reti sociali alcuni contributi rilevanti in merito al target e all'intervento identificato, quali ad esempio il networking e la possibilità di avere altri contatti, istituzionali e non (22%), l'integrazione con i servizi pubblici e un apporto di visibilità (entrambi 19%). La quasi totalità delle reti identificate (71 su 81) sono state riconosciute avere elevato interesse ed elevata influenza sul target ed intervento identificato, che potrebbe indicare sia una concentrazione di attenzione nella mappatura agli attori che comunque può essere rilevante coinvolgere, sia una non piena padronanza nel discriminare adeguatamente tra le reti sociali identificando appropriatamente quelle che possono giocare un ruolo più rilevante e su cui prioritariamente si potrebbe concentrare il lavoro di coinvolgimento nell'iniziativa di CB. In generale dalla mappatura delle reti effettuata emerge la presenza di esperimenti di coinvolgimento delle reti sociali, ma non diffusi su larga scala né strutturati e la necessità di acquisire strumenti che permettano di identificare, analizzare ed attivare le reti sociali per la promozione della salute e benessere della comunità.

Box 3.1. Esempio di Lunch Positive su come attivare reti informali per promuovere salute e coesione

L'iniziativa è promossa da Lunch Positive, un'organizzazione Non Profit inglese nata nel 2009 (<https://www.lunchpositive.org>, <https://vimeo.com/lunchpositive>).

L'iniziativa consiste nella messa a disposizione di uno spazio sicuro e di un pranzo nutriente ogni venerdì per le persone con HIV nella città di Brighton. Considerato che lo stigma verso le persone con HIV è ancora molto diffuso e può causare isolamento e solitudine, l'iniziativa cerca di contrastarlo proponendo un'occasione di conoscenza.

Lunch Positive utilizza, infatti, il momento di condivisione del pasto per permettere alle persone con HIV di incontrarsi in uno spazio informale, sicuro e accogliente per condividere le proprie esperienze con i loro pari, aiutarsi a vicenda e scambiarsi informazioni, attivando così modalità di costruzione di reti di supporto, grazie all'incoraggiamento attivo del sostegno tra pari e del senso di comunità, ma anche al coinvolgimento di specialisti per dare consigli, informazioni e supporto. Oltre a queste finalità, Lunch Positive permette alle persone con HIV di consumare un pasto salutare, considerando che spesso queste, a causa di un basso reddito, disabilità o instabilità psicologica, non riescono ad avere una corretta alimentazione. Ogni settimana vengono accolte e supportate circa 50 persone con HIV.

Lunch Positive si pone come obiettivo di avere un impatto positivo sulla vita delle persone, sul loro benessere e sul benessere generale della comunità. L'associazione raggiunge circa 160 persone all'anno.

Le attività sono svolte da un gruppo di volontari, che vengono selezionati in base ad alcuni valori come accettazione, capacità di non giudicare, essere comprensivi rispetto al bisogno di riservatezza dei partecipanti, avere dedizione e saper lavorare in gruppo.

Un ruolo fondamentale viene giocato dagli utenti peers con maggiore esperienza, che aiutano i partecipanti a guadagnare maggiore serenità e autostima e a comprendere come convivere con la malattia. Il supporto tra pari permette di coinvolgere gli utenti in modo creativo e innovativo.

Lunch Positive offre anche l'organizzazione di un Supper Group mensile per gli over 50 e di ulteriori eventi sociali, giornate all'aperto e altre attività guidate dai pari. Si tratta di un programma di volontariato accessibile e inclusivo, in cui si opera per la promozione della consapevolezza dell'HIV nella comunità più ampia, ma allo stesso tempo si offrono approvvigionamenti alimentari di emergenza nei casi di bisogno.

Nel caso di Lunch Positive, la rete strumento è costituita dall'associazione di volontari che preparano il pranzo e contribuiscono allo svolgimento delle altre attività, mentre la rete oggetto è costituita dalla rete di persone con HIV che si incontrano ogni venerdì a pranzo e durante i vari eventi sociali e le attività organizzate dalla Non Profit.

Bibliografia

- Barnes, J.A. (1954). Class and committee in a Norwegian island parish. *Human Relations*, 7, 39-58
- Borgatti, S. P., Everett, M. G., Johnson, J. C. (2018). *Analyzing social networks*. Sage.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social: notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31(1), 2-3.
- Coleman, J. S. (1994). *Foundations of social theory*. Harvard university press.
- Fukuyama, F., Lavazza, A. (1996) Fiducia. Rizzoli
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *The American Journal of Sociology*, 78 (6), 1360-1380.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster, New York
- Schneider, J. A. (2006). *Social capital and welfare reform*. Columbia University Press.
- Szreter, S., Woolcock, M. (2004). Health by Association? Social Capital, Social Theory, and the Political Economy of Public Health. *International Journal of Epidemiology*, 33, 650–667.
- Wellman, B., Berkowitz, S.D. (1988). *Social Structures: A Network Approach*. Cambridge: Cambridge University Press

4. Come si concretizzano nella realtà sanitaria, sociosanitaria e sociale le logiche di community building?

di Sara Barsanti

4.1. Introduzione

Tradizionalmente le organizzazioni, tra cui anche quelle sanitarie, quali strutture gerarchiche a silos, sono meticolosamente progettate per scomporre i problemi in frammenti più gestibili, risultando però meno efficaci nel gestire alti livelli di complessità. Per questo motivo, molte delle nostre istituzioni stanno più di recente cercando di adattarsi a un mondo sempre più complesso, fluido, dinamico e in continua evoluzione (Freire & Sangiorgi, 2010).

In questo quadro, il cambiamento delle principali cause di cattiva salute e di morte dalle malattie infettive alle malattie croniche (Geneau et al, 2014) ha necessariamente spostato l'attenzione non più su un singolo agente o singola minaccia per la salute, ma su una realtà più complessa di fattori in cui sono diventati evidenti anche i legami tra i comportamenti individuali e collettivi, ovvero i contesti sociali ed economici, e la salute. Tra le principali determinanti della salute hanno assunto un ruolo e figurano anche le reti sociali, i quartieri e le comunità di riferimento. Questo Capitolo, dopo un breve approfondimento sul paradigma comunitario nei servizi pubblici, discuterà di un possibile framework di riferimento delle strategie di community building (CB) a supporto della salute e del benessere, individuando due direttrici di sviluppo (rispettivamente l'approccio e le attività) e i relativi obiettivi e modalità applicative. In un mondo in cui le istituzioni sanitarie e sociosanitarie sono sempre più fluide e i legami tra esse sono sempre più dinamici, il framework di riferimento si pone l'obiettivo primo di facilitare la lettura e l'interpretazione di possibili interventi legati all'approccio comunitario, anche al fine di identificarne le caratteristiche principali, nonché gli strumenti operativi di supporto.

4.2. Il paradigma comunitario nei servizi pubblici

Nella società contemporanea i servizi pubblici stanno vivendo, anche a causa della recente pandemia, una sfida e al tempo stesso una opportunità (Lent & Studdert, 2019; Liu et al, 2020; Giannopoulou & Tsobanoglou, 2020).

La sfida riguarda senza dubbio l'aumento della domanda, con particolare riferimento ai servizi legati al welfare e alla salute; tale aumento dipende in larga misura da cambiamenti nei contesti economici, finanziari e politici a breve termine, ma è catalizzato da profondi cambiamenti strutturali, tra cui il cambiamento demografico (Dall et al, 2013; Beard & Bloom, 2015), l'aumento delle patologie croniche (Dall et al, 2013) e le disuguaglianze socioeconomiche ormai radicate. Queste diverse e interdipendenti tendenze rappresentano una sfida alla sostenibilità a lungo termine dei servizi pubblici così come sono attualmente organizzati.

L'opportunità riguarda, invece, il desiderio della popolazione di avere maggiore influenza nei confronti nel contesto pubblico, processo dovuto anche al rapido cambiamento delle strutture sociali tradizionali e mosso anche dalle possibilità della tecnologia e dei social network. In questo senso gli individui hanno una crescente aspettativa di maggiore influenza sulle loro vite quando si tratta di accesso e uso dei servizi pubblici. Questo trend viene quindi a determinarsi come un'opportunità per colmare il divario tra l'aumento della domanda e l'offerta di risposte ai servizi.

La sfida della crescente domanda e l'opportunità di maggior desiderio di influenza verso l'organizzazione dei servizi non hanno però caratterizzato da sempre il contesto dei servizi pubblici.

Considerando infatti le logiche fondanti dei servizi pubblici, tra cui i sistemi sanitari, è possibile cogliere i principali paradigmi di sviluppo che li hanno contraddistinti nel tempo. La tabella 4.1 mostra quattro principali paradigmi e le relative caratteristiche: civico, stato, mercato e di comunità. I paradigmi presentati sono stati concepiti con riferimento al modello inglese, ma sono tuttavia estendibili a tutti i Paesi europei dotati di un sistema di welfare forte e centralizzato, come il caso italiano (Lent & Studdert, 2019; Flora & Alber, 2017).

Il primo paradigma ad affermarsi è il paradigma civico: esso si basava su un mosaico in evoluzione di plurimi organismi indipendenti che erogavano servizi pubblici limitati e che venivano ad essere finanziati da contributi volontari e, in misura crescente, dalle imposte. Il successivo paradigma, quello statale, invece, si è venuto a determinare a seguito della centralizzazione del governo nazionale che ha altresì investito l'organizzazione dei servizi che sono stati quasi interamente finanziati dalle tasse con l'obiettivo di fornire una fornitura universale, completa e gratuita. Il paradigma statale è andato ad agire, estendendoli, sui sistemi gerarchici già evidenti sotto il paradigma civico, sulla base della ferma convinzione che funzionari ed esperti sapessero meglio come prendersi cura della popolazione. In questa logica, sia gli utenti del servizio che le comunità erano entrambi considerati destinatari passivi. A partire dalla metà degli

anni '80 poi, il nuovo paradigma di mercato affermato si è cercato di bilanciare il costo e l'efficienza dei servizi pubblici e di ampliare le scelte a disposizione degli utenti commercializzando la fornitura e coinvolgendo a intensità crescente il settore privato. Il paradigma di mercato, per quanto dirompente, non ha nel concreto smantellato le pratiche gerarchiche dei paradigmi precedenti. Piuttosto, ha introdotto un elemento fortemente transazionale nella relazione tra servizio e utente. In anni più recenti, nella società contemporanea sta emergendo un nuovo paradigma, il paradigma così definito comunitario. Tre grandi principi sono alla base del paradigma comunitario (Lent & Studdert, 2019):

1. Rafforzare il ruolo della comunità, ovvero il trasferimento del potere decisionale dalle istituzioni di servizio pubblico alle comunità con conseguenti modifiche agli accordi di governance. Questo rafforzato ruolo della comunità nel suo complesso emerge sia nel tessuto sociale - con la crescente influenza delle imprese sociali e del terzo settore - sia nei modelli di educazione emergenti che nel settore della salute;
2. Iniettare risorse nella comunità, ovvero spostare il controllo dei finanziamenti del servizio pubblico nelle mani delle comunità per garantire che il potere e la responsabilità siano realmente trasferiti;
3. Creare una cultura della collaborazione comunitaria, ovvero la rottura dei tradizionali schemi gerarchici verso un approccio più collaborativo di norme comportamentali.

Tabella 4.1. I quattro paradigmi del Servizio Pubblico

Paradigma				
Dimensioni	Civico	Stato	Mercato	Comunità
Periodo	Dal sedicesimo secolo alla metà del ventesimo secolo	Da metà anni '40 agli inizi degli anni '80	Da metà anni '80 a metà anni 2010	Emerso alla fine degli anni 2010
Principio organizzativo chiave	Servizi di base progettati e forniti da associazioni di volontariato e mutualistiche e limitato stato locale	Servizi pubblici progettati e forniti da esperti impiegati dallo stato	Servizi pubblici progettati e forniti in modo da funzionare come una transazione di affari e per agire come un mercato	Servizi pubblici progettati e forniti da e con le comunità.

Problemi chiave che cercano di risolvere	Ridurre l'indigenza e fornire istituzioni di base locali	Soddisfare i bisogni dalla culla alla tomba e abbattere i cinque "mali giganti"	Operare in modo efficiente e rispondere alla domanda di scelta degli utenti	Ridurre l'aumento della domanda attraverso la soddisfazione del desiderio di partecipazione del cittadino
Visione dell'utente dei servizi	Soggetto passivo	Cittadino legittimato e passivo	Cliente	Collaboratore creativo dei funzionari pubblici
Visione del funzionario pubblico	Volontario/burocrate illuminato	Ingranaggio di una macchina	Centro dei costi	Collaboratore creativo dei cittadini
Metodo di implementazione	Attività caritativa e mutualistica, attivismo comunale	Creazione di istituzioni	Creazione di un mercato	Cambiamento culturale
Posizione di governance	Decentrata: enti di beneficenza ed enti mutualistici, stato locale	Centralizzata: Whitehall e consigli locali diretti	Centralizzata: Whitehall e fornitori aziendali, con una riduzione del ruolo dei consigli locali	Decentralizzata: gruppi di comunità, consigli locali, servizi pubblici decentrati
Atteggiamento verso la tecnologia	Progettata per valutare, monitorare e controllare i dipendenti	Progettata per migliorare l'efficienza burocratica	Progettata per consentire un'offerta più rapida e diversificata agli utenti dei servizi	Progettata per fornire piattaforme per la collaborazione e la mobilitazione della comunità

Fonte: elaborazione degli autori da Lent & Studdert (2019)

4.3. Verso il modello di CB nel settore sanitario e sociosanitario

Nel contesto sanitario e sociale è gradualmente cresciuta la necessità di affrontare i cambiamenti ed i bisogni emergenti da una prospettiva culturale e istituzionale più ampia, tenendo conto del ruolo delle strutture organizzative e dei processi sociali (Aveling et al, 2013) e sviluppando approcci più fluidi e dinamici che più facilmente si adattano al nuovo contesto.

In questo senso, è possibile individuare un progressivo adattamento della natura e della programmazione dei servizi e percorsi sanitari e sociosanitari, che nel tempo hanno vissuto un triplice approccio che sfocia, come precedentemente scritto, verso un paradigma di tipo comunitario.

L'evoluzione dei servizi sanitari potrebbe infatti essere descritta, semplificandola, seguendo gli stessi cambiamenti di paradigma, da modelli centralizzati e sequenziali di creazione di valore a paradigmi più distribuiti e aperti, dove gli

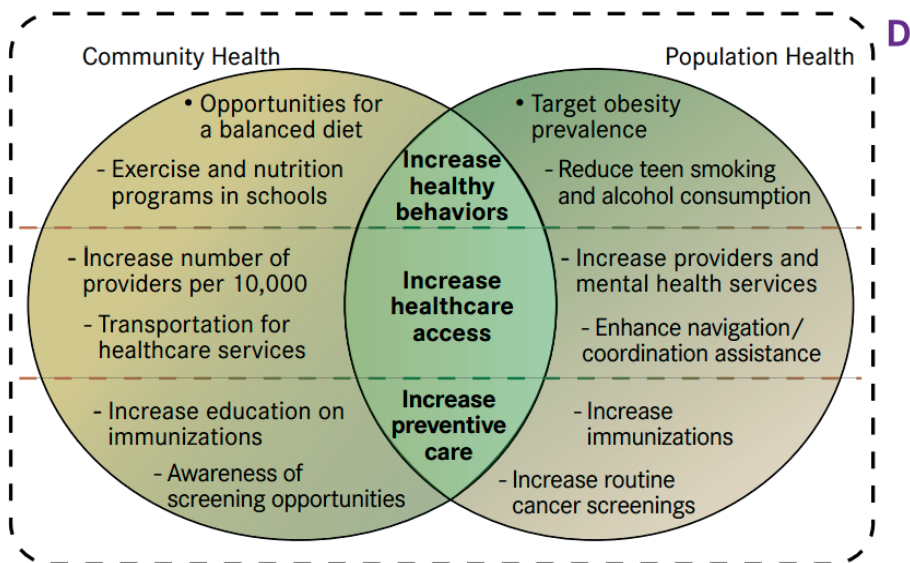
individui e le comunità sono visti come co-creatori del proprio benessere. In particolari si distinguono tre principali logiche di produzione e organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari:

1. La produzione di massa, ovvero una sorta di modello fordista di erogazione dell'assistenza sanitaria, in cui i pazienti entrano nel sistema sanitario con una malattia e i medici, con le loro conoscenze specialistiche, li curano. I punti focali di questa logica organizzativa dei servizi sono quindi l'applicazione delle conoscenze specialistiche per il trattamento delle malattie e una attenzione rivolta all'efficienza del servizio;
2. La personalizzazione di massa, ovvero un modello personalizzato di erogazione dell'assistenza sanitaria, in cui la nozione di valore dei cittadini passa dai costi alla qualità. In questo scenario, le organizzazioni hanno iniziato ad adattare l'offerta di servizi alle diverse esigenze dei cittadini, mantenendo però l'approccio sequenziale alla creazione di valore. Gli obiettivi maggiormente stressati sono lo sviluppo di "percorsi clinici" efficaci e le singole esperienze dei pazienti;
3. La collaborazione di massa, ovvero la logica che vede la spinta verso un modello partecipativo di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Le sfide dell'assistenza sanitaria sono cambiate diventando più complesse, con malattie più croniche che dipendono in modo significativo da dati demografici e stili di vita. Poiché i problemi complessi sono causati da molteplici fattori che interagiscono in modi complessi (Horne & Shirley, 2009), gli approcci lineari alla fornitura di servizi possono essere solo parzialmente efficaci (Freire & Sangiorgi, 2010). In questo modello prevale la logica delle reti, sia di professionisti che di individui e comunità, per rispondere alle diverse complessità dei contesti.

Tutte e tre i paradigmi esposti (rispettivamente produzione di massa, personalizzazione di massa e collaborazione di massa) in realtà coesistono nel SSN in quanto rispondono a esigenze diverse e il sistema è ad uno stadio troppo diversificato e maturo per poter essere cambiato radicalmente nei suoi elementi fondanti. Tuttavia, è in corso un processo di trasformazione che sta determinando uno spostamento da modelli di cura centrati sul trattamento e sulla prestazione a modelli di servizio maggiormente focalizzati sulla comunità e sulla co-produzione dei servizi stessi. Maraccini et al (2017) propongono un interessante modello di comparazione tra un approccio di implementazione di interventi per la salute basati sulla comunità e l'approccio basato sul modello della population health. Seppure infatti i due approcci, ad una prima disamina, siano molto simili, hanno caratteristiche e principi che li contraddistinguono, che se coerente sfruttati possono potenziare entrambi i modelli. Community health si traduce in: *“una prospettiva sulla salute pubblica che presuppone che la comunità sia un*

determinante essenziale della salute e che considera le caratteristiche materiali e immateriali della comunità: le sue reti formali e informali e i sistemi di supporto, le sue norme e sfumature culturali e le sue istituzioni, politiche e sistemi di credenze.” (Mobilizing for Action through Planning and Partnerships glossary. National Association of County & City Health Officials website, 2016). L’approccio della population health, invece, viene definito come *“La salute di una popolazione misurata da indicatori sullo stato di salute; considerando anche l’influenza dei fattori sociali, economici e ambienti fisici; delle abitudini sanitarie personali; delle capacità individuali e capacità di coping; della biologia umana; e dei servizi sanitari.”* (Dunn & Hayes, 2000). La figura 4.1 esplicita, tramite un esempio, le diversità tra i due approcci e le potenziali dimensioni di contatto. Seguendo l’esempio descritto, infatti se l’obiettivo generale è quello di lavorare sull’obesità e sugli stili di vita, un approccio di population health avrà come target una popolazione obesa precedentemente identificata attraverso algoritmi e database, mentre l’approccio comunitario avrà come target di riferimento la comunità attraverso la promozione generale di diete bilanciate. Se da una parte quindi si lavorerà su target ben specifici per contrastare stili di vita non salutari (giovani che fumano e/o consumano alcol), dall’altra verranno sviluppati interventi al fine potenziare corretti stili di vita (iniziative nelle scuole). Ancora se dal lato della population health si lavorerà per il potenziamento di un servizio (nell’esempio i servizi di salute mentale), attraverso un approccio comunitario si lavorerà per il potenzialmente generale dei servizi legati non solo alla salute, e ma anche al benessere con eventuali standard di riferimento, quali ad esempio il potenziamento dei mezzi di trasporto pubblici per rendere capillare l’accesso. Infine in termini di prevenzione, l’approccio sulla population health lavora sul potenziamento delle prestazioni (come ad esempio vaccinazioni e screening), mentre l’approccio comunitario si concentra sulla capacità critica della comunità, lavorando sull’educazione e sulla conoscenza e comprensione di tali programmi.

Figura 4.1 Community Health e Population Health



Fonte: Maraccini et al (2017)

Rispetto all'esempio descritto da Maraccini et al (2017), l'approccio di community building ha come leva di cambiamento (e potenziamento della salute e del benessere) quello di operare attraverso le reti sociali, siano esse il target oggetto dell'intervento (es. popolazione obesa) siano esse reti strumentali per arrivare al target (ad esempio genitori di bambini obesi). In particolare, l'approccio comunitario nei sistemi sanitari e sociosanitari (Minkler, 2005; Minkler et al, 2008) prevede la presenza di alcuni concetti chiave, che la tabella 4.2 sistematizza e dettaglia. Se infatti la presenza del capitale sociale di una comunità stimola e rafforza i legami di fiducia e collaborazione delle comunità (Minkler, 2005; Minkler et al, 2008), al fine di valorizzare il contributo della comunità stessa alla salute e al benessere della popolazione di riferimento sono necessari, da una parte, la lettura del contesto tramite l'identificazione di un particolare problema o questione (selezione del problema) e, dell'altra, la traduzione della capacità (capacità della comunità) e della responsabilità della comunità (coscienza critica) nella partecipazione allargata delle reti sociali (partecipazione e rilevanza) e nel potenziamento dell'*empowerment* sia dei singoli che dei gruppi (potenziamento).

Tabella 4.2. I concetti chiave nell'organizzazione e nella costruzione della comunità

Concetto	Definizione	Applicazione
Capitale sociale	Relazioni tra i membri della comunità, tra cui fiducia, reciprocità e impegno civico.	La collettività dei membri della comunità migliora la leadership, i social network e la qualità della vita di quartiere.
Selezione del problema	Identificare obiettivi di cambiamento vincibili e specifici che uniscono e costruiscono la forza della comunità.	Identificare i problemi attraverso la partecipazione della comunità; decidere gli obiettivi come parte di una strategia più ampia.
Capacità della comunità	Caratteristiche della comunità che influenzano la sua capacità di identificare, mobilitare e affrontare i problemi.	I membri della comunità partecipano attivamente all'identificazione e alla risoluzione dei loro problemi e diventano più capaci di affrontare i problemi futuri in modo collaborativo.
Coscienza critica	Una coscienza basata sulla riflessione e sull'azione per fare il cambiamento.	Coinvolgere le persone in un dialogo che collega le cause e le conseguenti azioni della comunità.
Partecipazione e rilevanza	L'organizzazione della comunità dovrebbe "iniziare dove sono le persone" e coinvolgere i membri della comunità come uguali.	I membri della comunità creano la propria agenda basata su bisogni percepiti, potere condiviso e consapevolezza delle risorse.
Potenziamento (empowerment)	Processo di azione sociale affinché le persone acquisiscano il controllo sulla propria vita e su quella delle proprie comunità.	I membri della comunità assumono un potere maggiore o espandono il loro potere dall'interno per creare i cambiamenti desiderati.

Fonte: elaborazione degli autori adattato da Minkler (2005) e Minkler et al (2008)

Una strategia di coinvolgimento della comunità può affrontare un'ampia gamma di preoccupazioni, problemi e sfide, tra cui (OMS, 2020):

- Condizioni comportamentali, culturali e sociali (come la vaccinazione durante la risposta alle epidemie, consapevolezza sui prodotti nocivi, esclusione, pregiudizi di genere, guida in stato di ebbrezza);
- Determinanti del sistema sanitario (come l'accesso a cure primarie appropriate e accettabili servizi di assistenza, informazioni e programmi per malattie trasmissibili e non trasmissibili, nuovi sbocchi per i servizi di salute mentale);
- Prerequisiti per la salute (come disoccupazione, mancanza di alloggi, mancanza di acqua e servizi igienico-sanitari progetti, mancanza di accesso delle ragazze all'istruzione, sicurezza alimentare);
- Forze trainanti a monte (come povertà, cattive condizioni di lavoro, cambiamento climatico, degrado ambientale, cambiamento demografico, urbanizzazione rapida e non pianificata).

È importante sottolineare l'importanza dell'equità nell'impegno della comunità. Vale la pena notare che il miglioramento della salute e la riduzione delle disuguaglianze di salute hanno maggiori probabilità di successo laddove le iniziative si rivolgono ai determinanti della salute a monte e non a valle. In questo senso l'approccio comunitario è senza dubbio più favorevole a tale successo.

Gli interventi di promozione della salute, infatti, che hanno il loro fulcro esclusivamente in strutture sanitarie hanno meno probabilità di ridurre iniquità, e invece possono emarginare ulteriormente i gruppi vulnerabili. Mentre gli interventi si spostano verso la salute della comunità, attraverso il coordinamento intersettoriale e il lavoro sui determinanti sociali della salute, mostrano con più probabilità miglioramenti sulla salute della popolazione e la diminuzione delle disparità.

Se si considera ad esempio la gestione efficace delle patologie croniche, è necessario che i percorsi di presa in carico siano continuati, di lunga durata e spesso auto-somministrati da parte del paziente (Barlow et al, 2002). Il ruolo dei pazienti cronici come *co-producer* risulta quindi fondamentale per la gestione efficace delle patologie croniche, nonché per il miglioramento della *compliance* dei pazienti e dei loro *outcome* di salute. Questo permette la costituzione di percorsi "strutturati" di *empowerment* dei pazienti e delle loro reti familiari e sociali, aumentando logiche di prevenzione e di sostegno alla *compliance* alle terapie e a correlati stili di vita grazie al supporto sociale a comportamenti corretti, all'aiuto nell'elaborazione del lutto della cronicità e al sostegno in caso di fragilità. Questi elementi favoriscono la nascita di legami di fiducia, di condivisione e di assunzione di un'ottica di comunità che va oltre l'interesse individuale.

L'approccio del CB si caratterizza quindi per la ricerca di modalità concrete di sviluppo di una cultura sociale e individuale della salute costruendo responsabilità e protagonismo sia delle persone che della comunità. Livelli migliori di coesione sociale e accesso al supporto sociale informale e formale e al capitale

sociale sono i risultati fondamentali dell'approccio CB che possono competere con l'attuale scenario difficile. Inoltre, la logica propria del CB si propone di sperimentare forme di partecipazione attiva di attori di natura diversa (enti pubblici, privati, singoli cittadini, ecc.), volte a innovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi, attraverso forme innovative di partecipazione delle comunità locali, capaci di promuovere l'*empowerment* dei pazienti e dei loro caregiver e di diffondere logiche di co-produzione. Le comunità offrono quindi un'infrastruttura per un'efficace condivisione delle conoscenze e un potente mezzo per influenzare i comportamenti e il potenziale degli approcci basati sulla comunità sta quindi ricevendo una crescente attenzione (Greenhalgh et al, 2010). Come sottolinea in un recente report l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020), “ovunque ci sia bisogno di informare, consultare, coinvolgere, collaborare o responsabilizzare le persone per migliorare la salute e i suoi determinanti, i principi e gli approcci di coinvolgimento della comunità sono utili.” Studi empirici suggeriscono, tuttavia, che il loro potenziale per il miglioramento dell'assistenza sanitaria deve ancora essere ottimizzato sia da un punto di vista istituzionale che operativo (Gabbay et al, 2003; Li et al, 2009; Nadeem et al, 2013).

4.4. Principi e fattori abilitanti il coinvolgimento delle comunità in salute

In un recente report l'OMS (2020) definisce i principi e i fattori abilitanti l'approccio comunitario in termini di promozione della salute. Ai fini della presente pubblicazione, vale la pena ricordarli, premettendo che la loro applicazione si allarga anche alla nostra definizione di CB. Se da una parte i principi valorizzando le logiche fondanti il CB, i fattori abilitanti consentono una reale traduzione operativa dell'approccio comunitario, anche in termini di possibili leve manageriali e gestionali. Tra i principi fondamentali si elencano:

- Fiducia, quale componente necessario non solo in termini di legami comunitari, ma anche come base per la collaborazione degli attori coinvolti. La fiducia può essere rafforzata attraverso interazioni faccia a faccia, co-progettazione di agende e azioni e co-decisione;
- Accessibilità, considerando che i gruppi emarginati hanno meno probabilità di impegnarsi, da qui la necessità di strategie specifiche per ridurre i divari di equità;
- Contestualizzazione, considerando che un'iniziativa ha un valore più alto quando c'è comprensione e coinvolgimento locali, coerentemente con la lingua, la cultura e il contesto. Capire cosa ha valore per la comunità e lavorare sulla percezione del valore della comunità porta a un maggiore coinvolgimento. Gli agenti del cambiamento svolgono un ruolo importante nel trovare modi efficaci per impegnarsi con la comunità e utilizzare modelli di coinvolgimento che creino un reale cambiamento e impatto;

- Equità, dato che i determinanti sociali della salute spesso si trovano al di fuori del settore sanitario, la collaborazione con le comunità, i partner sanitari e non sanitari è essenziale per raggiungere l'equità;
- Trasparenza, quale chiave per un coinvolgimento di successo della comunità ed è considerata cruciale per processi partecipativi e decisionali. La trasparenza è essenziale per la fiducia e può promuovere altri fattori abilitanti necessari per un efficace coinvolgimento della comunità;
- Autonomia, considerando che l'impegno della comunità sviluppa individui e comunità autonomi e responsabilizzati a tutti i livelli.

La stessa OMS (2020) elenca i fattori abilitanti quali fattori di maggior successo delle iniziative di CB, tra cui:

- Governance, in termini di ruoli e responsabilità. Sviluppare ruoli e responsabilità all'interno della comunità, basandosi sulle capacità esistenti, migliora la capacità comunitaria di un programma e l'adesione della comunità;
- Leadership, considerando che solitamente la leadership che emerge dalla comunità è di natura più collaborativa e sfrutta il potere di una visione comune e delle relazioni invece del "potere di posizione" di una leadership classica;
- Processo decisionale, avendo come obiettivo il coinvolgimento comunitario in tutti i processi decisionali, facilitando quindi passaggio di responsabilità e controllo decisionale;
- Comunicazione, collaborazione e partnership. Creando partnership, costruendo reti e stabilendo relazioni a lungo termine, le iniziative di coinvolgimento della comunità possono trarre vantaggio sia in termini di sostenibilità e sia in termini di efficacia;
- Risorse, in particolare, si fa riferimento a risorse in termini di capacità organizzativa che possono influenzare notevolmente il coinvolgimento delle reti di comunità, amplificando sia la capacità stessa della comunità sia l'impatto dell'intervento.

Nel Capitolo successivo vedremo la traduzione in termini di strumenti e leve mangiali dei principi e fattori abilitanti appena descritti.

4.5. Il framework di riferimento per gli interventi di CB

Al fine di identificare e costruire un framework che descriva le caratteristiche del CB nel sanitario e sociosanitario si considerano due direttrici essenziali, schematizzati nella tabella 4.3:

- La tipologia di approccio, ovvero la natura dell'ente promotore l'intervento (istituzionale o partecipativo), considerando l'importanza degli attori coinvolti o da coinvolgere al fine di valorizzare il capitale sociale da una parte e stimolare il capitale sociale nonché la partecipazione della comunità dall'altra. Tra i diversi, si identificano due tipologie di approcci, quello istituzionale e quello partecipativo, descritti nel paragrafo seguente;
- La tipologia di strumenti dell'intervento, ovvero gli obiettivi e le attività che si prefigge l'intervento (welfare di iniziativa o valorizzazione delle reti di comunità). Ciascuna tipologia di iniziativa è stata suddivisa in attività specifiche in base agli obiettivi da raggiungere e benefici rilevanti per il sistema sanitario e sociale. In termini di attività, si identificano due tipologie, gli interventi di welfare di iniziativa e gli interventi di valorizzazione delle reti sociali; che saranno descritte nei paragrafi successivi.

Tabella 4.3. La matrice del community building: attività e approcci

ATTIVITÀ		APPROCCIO			
		Istituzionale	Partecipativo		
			Professionale	Volontario	Tra pari
Welfare di iniziativa	<i>Service design</i> che raggiunga i target più fragili				
	Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi				
	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi				
Reti di Comunità	Valutazione dei servizi (<i>advocacy</i>)				
	Processi decisionali (co-progettazione)				
	Iniziative a sostegno della co-produzione				
	Iniziative per diffondere la prevenzione				
	Iniziative per il sostegno psicologico della malattia				
	Sviluppo di Collaborative Lifestyles				

Fonte: Elaborazione degli autori

4.5.1 L'approccio

La dimensione dell'approccio è strettamente interconnessa all'ente che promuove l'intervento di CB, ovvero l'ente che è responsabile della ideazione e programmazione dell'intervento stesso.

La natura del connettore sociale coinvolto negli interventi di CB può essere influenzata sia dalle radici del processo di costruzione della rete stessa (naturale/artificiale e formalizzato/informale) (Healey, 2015; Llano-Arias, 2015; Ede-lenbos & Van Meerkerk, 2016), sia dal ruolo che svolgono nell'iniziativa come promotore o seguace (Umberson & Montez, 2010). La natura dell'ente promotore può infatti influenzare la rete dei rapporti sociali e inter-organizzativi: ad esempio, le pubbliche amministrazioni possono trovarsi a svolgere un ruolo di promotori di tali iniziative per acquisire maggiore consapevolezza della loro forza sociale e delle opportunità comunitarie e per sviluppare alcune strutture di comunicazione interna o organizzative leggere. Le reti sociali possono essere formalizzate, con regole, uno status, alcune strutture organizzative o organismi di rappresentanza o un riconoscimento pubblico formale; tuttavia possono esservi anche reti sociali completamente informali, basate su relazioni e norme sociali implicite costruite all'interno di un cluster di membri. Le reti sociali, sia che si tratti di reti di tipo formale e informale richiedono logiche relazionali diverse.

Stanti queste premesse, è possibile individuare due approcci:

- Istituzionale, che fa riferimento a enti solitamente pubblici, quali le Aziende Sanitarie o gli enti locali, che per loro natura sono volti alla costruzione di tali percorsi e le reti sociali possono essere coinvolte come *follower*;
- Partecipativo, che vede quindi come ruolo primario un'organizzazione professionale (come ad esempio un ente del terzo settore), un gruppo di volontari o ancora un gruppo di pari (ad esempio i pazienti).

Una caratteristica potenzialmente preziosa delle comunità è la possibilità di avere una "infrastruttura" efficiente e a basso costo per la diffusione di innovazione e del cambiamento (Powell, 1990). Un secondo elemento costitutivo della comunità è il loro potere che si riflette nella capacità di modellare il comportamento attraverso l'influenza dei pari e le pressioni normative. Le comunità in genere mostrano una forte identità condivisa e di interdipendenza tra i membri e possono essere particolarmente potenti come "economie di rispetto" (Offer, 1997), in cui le sanzioni e le approvazioni tra pari costituiscono una valuta/scambio prezioso. L'evidenza, inoltre, suggerisce che le minacce alla stima e alla reputazione dei pari in tali comunità possono essere più efficaci degli sforzi gerarchici o legali formali (Freidson, 1984). Pertanto, in contrasto con gli approcci istituzionali o gerarchico-burocratici, gli approcci di tipo partecipativo mettono

in primo piano il valore dei collegamenti "orizzontali" tra pari e il potere dei processi sociali "dal basso verso l'alto" guidati da quei pari piuttosto che da leader o manager al vertice di una gerarchia (Aveling et al, 2012).

4.5.2 Le attività

Accanto agli approcci, le attività di CB possono fornire diversi obiettivi e benefici (come descritto nella tabella 4.3) rilevanti per le organizzazioni sanitarie e sociali, che possono essere integrate o complementari ai tradizionali servizi di welfare. Le diverse attività possono avere poi diversi target di utenti. Si distinguono, in base agli obiettivi prevalenti, due macro strumenti per lo sviluppo di percorsi di CB: il welfare di iniziativa e la valorizzazione delle reti di comunità. È utile sottolineare, prima di entrare nei dettagli, che in entrambi il ruolo delle reti sociali comunitarie è di particolare rilevanza. Le reti comunitarie, infatti, possono essere utilizzate per identificare figure di riferimento o leader all'interno di una comunità, nonché gruppi ad alto rischio di fragilità, coinvolgendo i membri della rete in maniera più efficace. La tabella 4.4 sintetizza gli strumenti, gli obiettivi e le possibili attività.

Tabella 4.4. Obiettivi e attività di welfare di iniziativa e valorizzazione reti di comunità

Strumenti di community building	Obiettivi	Attività
Welfare di iniziativa	Contrasto solitudine, fragilità, inclusione sociale	<i>Service design</i> che raggiunga i target più fragili
	Equità	Iniziative per colore che non arrivano ai servizi
	Appropriatezza e efficacia di salute	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi
Reti di comunità	Tutelare i pazienti	Valutazione dei servizi (advocacy)
	Migliorare l'esperienza del servizio	Processi decisionali (co-progettazione)
	Aumentare la <i>compliance</i>	Iniziative a sostegno della coproduzione
	Migliorare la salute	Iniziative per diffondere la prevenzione
	Migliorare il benessere	Iniziative per il sostegno psicologico alla malattia
	Creazione Capitale sociale	Sviluppo di Collaborative lifestyles

Fonte: Elaborazione degli autori

4.6. Welfare di iniziativa

L'idea di Welfare e medicina di iniziativa abbraccia l'insieme di interventi/servizi/percorsi che si rivolgono a gruppi di popolazione identificati che possono essere particolarmente fragili, vulnerabili o iniquamente trattati che hanno maggior difficoltà a raggiungere i servizi ed essere raggiunti dai servizi (Marcuson et al, 2019; Looman et al, 2019; Maciocco, 2019; Nieboer & Cramm, 2018). Tali interventi/servizi/percorsi si caratterizzano per l'adozione di un approccio proattivo di identificazione del bisogno e di proposta di una risposta prima ancora che questo bisogno si sia tradotto in domanda, seguendo la logica dell'«andare verso» l'utente e non attenderlo e, quindi, se serve, andarlo a cercare. Le progettualità legate al welfare di iniziativa possiedono una serie di dimensioni che ne caratterizzano la natura, tra cui:

- Una chiara definizione del target di riferimento (es. anziani, disabili, cronici) che permette di identificare in maniera precisa il gruppo verso cui avere un approccio proattivo; solitamente la scelta del target può dipendere dai bisogni emergenti di un determinato territorio e l'identificazione degli stessi utenti/pazienti può avvenire tramite algoritmi caratterizzanti sia il bisogno sanitario che quello sociale (si pensi, ad esempio, al caso anziani cronici soli);
- La ricerca del target precedentemente definito tramite l'applicazione degli algoritmi stabiliti ai database aziendali e locali al fine di identificare le persone a cui andare incontro;
- L'individuazione di una o più fasi del processo assistenziale come oggetto dell'intervento stesso, quali ad esempio la prevenzione, l'accesso ai servizi, la compliance, la continuità delle cure sia in termini di case management che di transitional care;
- La pianificazione degli obiettivi e il conseguente sistema di monitoraggio sistematico dei risultati dell'intervento, che prevede quindi inizialmente la definizione degli obiettivi che si intende raggiungere tramite l'intervento e lo sviluppo di un sistema di monitoraggio periodico in itinere dei risultati ottenuti; tale passaggio prevede lo sviluppo di tre fondamentali strumenti, tra cui la raccolta e valorizzazione di dati ed informazioni riferiti sia all'utente che all'intervento, l'elaborazione di indicatori, laddove possibile quantitativi, al fine di monitorare l'andamento dell'intervento e l'effettivo raggiungimento del target, e un sistema formalizzato di elaborazione, diffusione e discussione degli indicatori monitorati.

In maniera trasversale a tali strumenti e processi, il welfare di iniziativa prevede necessariamente l'utilizzo di strumenti di inclusione proattiva del target con il

duplice obiettivo di identificazione prima e di coinvolgimento durante. In particolare, come già accennato, tra gli strumenti di inclusione proattiva sono necessari algoritmi di identificazione e stratificazione della popolazione di riferimento, al fine di selezionare i gruppi di utenti bisognosi. In termini di coinvolgimento, invece, possono essere utilizzati programmi di screening specificatamente disegnati, campagne di reclutamento, il coinvolgimento di agenti di iniziativa e la valorizzazione delle reti di comunità specifiche che possono aiutare a coinvolgere utenti e pazienti che da soli difficilmente accederebbero ai servizi.

In termini di obiettivi e contenuti relativi, gli interventi di welfare di iniziativa si focalizzano su tre macro dimensioni:

1. Il service design che raggiunge i target più fragili ha come obiettivo il contrasto alla solitudine, alla fragilità e l'inclusione sociale;
2. Le iniziative per coloro che non arrivano ai servizi aventi come principale scopo la promozione dell'equità;
3. Le iniziative per raggiungere standard clinici uniformi al fine di diminuire la variabilità della qualità dei servizi sia in termini di appropriatezza che di efficacia.

In sintesi, gli obiettivi degli interventi di CB possono essere correlati a promuovere l'equità e la facilità nell'accesso ai servizi di welfare, grazie a un migliore monitoraggio delle persone bisognose o ad una loro ricerca proattiva.

4.7. Reti di comunità

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, le reti sociali all'interno di una comunità possono essere un fattore chiave nel determinare la salute della comunità stessa, creando connessioni e supporto anche in riferimento a fattori protettivi per la salute. Agire sulle connessioni dirette o indirette delle popolazioni target degli interventi può infatti determinare maggiori probabilità di successo degli interventi stessi. A New York City, ad esempio, sono stati adattati i programmi di sensibilizzazione e formazione sul cancro al seno e al collo dell'utero determinando quanto le diverse prospettive hanno influenzato le reti sociali e di conseguenza l'accesso ai servizi. Se infatti nella popolazione latino-americana le donne avevano spesso il ruolo di aiutante in situazioni di malattia, l'accesso e l'utilizzo dell'assistenza sanitaria in questa popolazione erano mediati da uomini; pertanto, hanno incluso entrambi i sessi negli interventi di sensibilizzazione (Erwin et al, 2007). È vero anche, però, che le reti sociali possono avere effetti negativi sulla salute. Alcuni studiosi (Christakis et al, 2007), ad esempio, hanno trovato un "cluster" di obesità all'interno di una rete di persone studiate nel tempo. La loro analisi longitudinale partiva dal fatto che questi gruppi non erano semplicemente il risultato di idee simili o persone in

condizioni simili che formano legami tra loro, ma piuttosto rifletteva la "diffusione" dell'obesità tra le persone che erano collegate tra loro (Christakis et al, 2007). Anche se non tutti gli studiosi sono d'accordo sul come le reti influenzano sulla salute (Cohen-Cole et al, 2008), sembrano comunque svolgere un ruolo chiave, insieme ad altri determinati sociali quali la cultura, l'economia e ad altri fattori, importanti sia per gli individui che per le comunità (Pachucki et al, 2010; Dozier et al, 2011).

Gli interventi basati sulle reti di comunità hanno quindi come triplice obiettivo quello di creare, riconoscere e rafforzare il valore delle reti sociali in un determinato territorio, lavorando sia con i pazienti che con la popolazione di riferimento della comunità. In questo senso, affinché una rete sia di valore, sono necessari alcuni fattori abilitanti la rete stessa, tra cui:

1. La capacità di lettura delle interdipendenze come dato che influenza i comportamenti, le scelte e le interazioni dei nodi;
2. La percezione di equità nel rapporto tra il dare e l'avere degli scambi tra le diverse reti ed attori;
3. La fiducia verso tutti gli attori coinvolti.

Sulla base di questi fattori abilitanti, si definiscono interventi di valorizzazione delle reti di comunità progettuali che prevedono una o più delle seguenti condizioni e azioni:

- La mappatura delle reti sociali e dei relativi processi di riproduzione sociale;
- L'analisi delle interdipendenze che le reti sociali producono;
- La valorizzazione delle interdipendenze prodotte dalle reti sociali;
- L'azione di influenza sulle reti sociali e/o l'utilizzo della rete sociale come strumento di welfare;
- La creazione e il riconoscimento di sistemi di contributi e ricompense reciproci tra l'istituzione pubblica e la rete.

Gli interventi legati alla valorizzazione delle reti di comunità identificati nel nostro framework agiscono sulle reti formali e informali di un territorio, supportandone l'attivazione, favorendone il consolidamento e promuovendone il ruolo nel processo di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi rivolti al welfare. Attraverso il lavoro sulle reti di comunità si promuove l'inclusione sociale, viene rafforzato il sentimento di appartenenza della comunità verso le istituzioni, vengono favorite dinamiche di co-produzione che migliorano anche gli outcome di salute non solo del singolo, ma anche della comunità stessa. Alcune componenti dell'erogazione del servizio possono quindi es-

sere garantite o facilitate dai social network, sia considerando ad esempio singole fasi del processo assistenziale, come a esempio la fruizione dei farmaci e i dispositivi medici attraverso la distribuzione a domicilio con attori sociali, sia l'intero percorso assistenziale attraverso il supporto alle cure mediche, come ad esempio attività di prevenzione e riabilitazione con gruppi di camminata guidati da pari per specifici target. In entrambi gli esempi le attività della rete sono sia primarie per l'intervento stesso (senza la rete non si ha intervento), sia promuovono la comunità e il benessere offrendo relazioni sociali frequenti e regolari.

In termini di obiettivi e attività specifiche, le reti di comunità prevedono:

- Tutela dei pazienti e quindi interventi di advocacy in termini di valutazione dei servizi e percorsi utilizzati; si pensi ad esempio alle attività di Cittadinanza Attiva o alle attività legate alla Patient Reported Experience Measures (PREMs) e Patients Reported Outcome Measures (PROMs) in abito sanitario;
- Migliore fruizione dei servizi, con riferimento ai processi decisionali partecipati e quindi alla co-progettazione dei percorsi stessi valorizzando i legami comunitari, al fine di un migliore partecipazione e coinvolgimento dei più fragili;
- Aumento della compliance, quindi migliore adesione ai percorsi assistenziali tramite iniziate volte alla promozione della co-produzione dei percorsi di salute e benessere;
- Attività di prevenzione della salute della popolazione, offrendo sia programmi e servizi di alfabetizzazione sanitaria che di promozione della salute;
- Attività per migliorare il benessere, anche attraverso aiuti psicologici per consentire l'auto-responsabilizzazione e il supporto alla malattia;
- Creazione di capitale sociale, promuovendo la vita sociale attraverso piattaforme fisiche o virtuali o implementando stili di vita collaborativi (ad esempio, gli alloggi sociali).

4.8. Qualche esempio di posizionamento degli interventi nella matrice

È utile infine, fornire qualche esempio reale di interventi di CB tra le due diversi componenti di welfare di iniziativa e valorizzazioni delle reti di comunità al fine di rendere la narrazione più pragmatica possibile (si veda anche il successivo Capitolo 6 che è interamente dedicato ad esempi di buone pratiche).

4.8.1 Audit civico di Cittadinanza Attiva

L'Audit civico nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanza Attiva e consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche e si configura come uno strumento a disposizione dei cittadini per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere.

Cittadini e operatori sanitari, con il supporto dell'Agenzia per la Valutazione Civica, valutano periodicamente la qualità, la sicurezza e l'umanizzazione di Ospedali, Pronto Soccorso e dei servizi territoriali tra cui l'Assistenza Domiciliare, i SerT, la Salute Mentale, ecc. in ciascuna Regione e Azienda per Azienda. Si tratta quindi di un percorso che valorizza le reti e i legami delle reti in termini di Advocacy, con un approccio partecipativo tra pari e con professionisti.

4.8.2 Il servizio di Medicina di Strada del Naga

Il servizio di Medicina di Strada del Naga, visitando settimanalmente le aree più periferiche e degradate della città e offrendo visite mediche con una clinica mobile, rende accessibile il diritto alla salute anche per i cittadini stranieri, i rom e i sinti che vivono in condizioni in cui è più difficile accedere alle cure sanitarie. Il servizio di medicina di strada è svolto da circa 25 volontari – medici, infermieri, educatori, insegnanti, studenti e impiegati – e intercetta circa 600 cittadini stranieri ogni anno. Si tratta di un intervento di welfare di iniziativa per coinvolgere coloro che non arrivano ai servizi con un approccio partecipativo di tipo volontaristico.

4.8.3 Tipi-Tapa (Paesi Baschi)

Tipi-Tapa è un programma di intervento per la promozione dell'attività fisica negli anziani. È pienamente allineato con il Piano sanitario 2013-2020 dei Paesi Baschi che affronta un invecchiamento attivo e in buona salute. L'obiettivo è quello di migliorare il benessere fisico e mentale attraverso il tempo libero attivo. Si realizza favorendo l'autonomia morale e l'indipendenza funzionale, comprendendo persone con diversi livelli di dipendenza, privilegiando l'attività fisica non strutturata e includendo il supporto informale. È progettato da un punto di vista della salute pubblica in coordinamento con i servizi sanitari e le amministrazioni locali attraverso due linee complementari: approccio comunitario e approccio individuale. L'approccio comunitario considera persone con più di 64 anni al fine di promuovere l'attività fisica di moderata intensità attraverso:

1. Attività motoria;
2. Forum di discussione;
3. Pubblicizzazione del programma presso le organizzazioni in grado di individuare potenziali beneficiari (attenzione particolare alla fragilità);
4. Meccanismi di sostegno sociale, attraverso cui i volontari vengono reclutati attraverso le associazioni locali.

L'approccio individuale ha come target gli anziani sedentari, in particolare quelli che presentano un alto grado di difficoltà (che può pregiudicare la loro partecipazione al programma comunitario). I partecipanti sono identificati attraverso un breve questionario. Le informazioni sono registrate nel loro fascicolo sanitario elettronico. Si tratta quindi di un intervento di welfare di iniziativa con l'obiettivo di promuovere stili di vita sani attraverso un approccio misto sia istituzionale che partecipativo. Inoltre l'intervento utilizza anche le reti sociali sia per attrarre potenziali beneficiari, sia per implementare il progetto stesso.

4.8.4 Ti prescrive un APP (Trento)

Nell'ambito delle strategie della Provincia Autonoma di Trento in materia di sanità digitale, si colloca lo sviluppo della piattaforma TreC (in riferimento alle iniziali di Cartella Clinica del Cittadino, ma l'acronimo evoca anche i significati del termine inglese Track = Traccia, Cammino) che è una piattaforma tecnologica basata sul concetto di Personal Health Record realizzata all'interno di un progetto promosso e finanziato dall'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento in collaborazione con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e sotto la gestione tecnico-scientifica della Fondazione Bruno Kessler (FBK). La piattaforma TreC è costituita da un ecosistema di applicazioni web e mobile attraverso le quali da un lato i cittadini possono trovare un supporto alla gestione della loro salute e cura e comunicare con gli operatori sanitari e dall'altro gli operatori sanitari possono attivare modelli di monitoraggio remoto "personalizzati" dei loro pazienti. La piattaforma è stata progettata per consentire al malato diabetico di:

- Tenere un diario su smartphone o tablet delle osservazioni personali (valori glicemici, terapia insulinica, pasti, ecc) relative alla propria malattia;
- Ricevere supporto nella gestione della propria malattia attraverso alcune funzioni "intelligenti" del diario (es. conteggio bolo, conta carboidrati, suggerimenti, ecc);
- Condividere i dati del diario con gli operatori sanitari;
- Comunicare con gli operatori sanitari attraverso un sistema di messaggistica integrato;

- Attraverso un'app educativa basata su serious game, imparare la conta dei carboidrati.

Attraverso la piattaforma, l'operatore sanitario può:

- Visualizzare il contenuto del diario in tempo reale sia per quanto riguarda i dati grezzi che dati elaborati;
- Ricevere allarmi automatici (basati su regole) legate all'andamento glicemico e alla presenza di sintomi;
- Attraverso un calendario condiviso, predisporre dei promemoria relativi alla terapia insulinica e ad azioni da far compiere al paziente (es. misurazioni glicemie, attività fisica, ecc);
- Comunicare con i propri pazienti attraverso un sistema di messaggistica integrato.

Si tratta quindi di un intervento di valorizzazione delle reti di comunità per favorire la coproduzione dei servizi attraverso un approccio istituzionale.

4.8.5 Social Prescribing (Inghilterra)⁴

La prescrizione sociale è un percorso assistenziale che consente agli operatori sanitari di indirizzare le persone a una serie di servizi locali non clinici. Gli invii generalmente, ma non esclusivamente, provengono da professionisti che lavorano in strutture di assistenza primaria, ad esempio medici di base o infermieri di comunità.

Riconoscendo che la salute e il benessere delle persone sono determinati principalmente da una serie di fattori sociali, economici e ambientali, la prescrizione sociale cerca di rispondere ai bisogni delle persone in modo olistico. Ha inoltre lo scopo di aiutare le persone ad assumere un maggiore controllo della propria salute. I programmi che forniscono prescrizioni sociali possono comportare una serie di attività che sono generalmente fornite da organizzazioni del settore del volontariato e della comunità. Gli esempi includono il volontariato, le attività artistiche, l'apprendimento di gruppo, il giardinaggio, l'amicizia, la cucina, i consigli per un'alimentazione sana e una serie di sport.

La prescrizione sociale è progettata per supportare le persone con un'ampia gamma di bisogni sociali, emotivi o pratici e molti schemi sono focalizzati sul miglioramento della salute mentale e del benessere fisico. Coloro che potrebbero beneficiare di schemi di prescrizione sociale includono persone con problemi di salute mentale lievi o a lungo termine, persone con bisogni complessi,

⁴ Da <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing>

persone che sono socialmente isolate e quelle con condizioni multiple a lungo termine che frequentano frequentemente l'assistenza sanitaria primaria o secondaria.

Ci sono diversi modelli di prescrizione sociale impiegati in tutta l'Inghilterra. La maggior parte coinvolge un connettore di comunità (link worker) che lavora con le persone per accedere a fonti di supporto locali. Ad esempio, al Bromley by Bow Centre, un centro comunitario e di cure primarie nella zona est di Londra con una lunga storia di prescrizioni sociali e altri lavori incentrati sulla comunità, il personale lavora con le persone, spesso in più sessioni, per aiutarle a essere coinvolte in servizi che vanno dalle lezioni di nuoto ai servizi di consulenza finanziaria.

La prescrizione sociale può essere intesa come uno di una famiglia di approcci, chiamati approcci centrati sulla comunità, che mirano a mobilitare il potere delle comunità per generare buona salute. Si tratta quindi di un intervento di valorizzazione delle reti sociali con l'obiettivo di migliorare la salute e il benessere attraverso un approccio misto istituzionale e partecipativo.

4.9. Come si posizionano le Asl e gli enti del terzo settore in Italia

Da un questionario online di assessment strategico che ha coinvolto in maniera volontaria un gruppo di Asl italiane e di enti del terzo settore nel corso del 2019, è emerso che logiche di CB sono considerate adatte a rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento in tutte le realtà considerate.

Box 4.1 Cosa implicano i due strumenti di CB nelle parole dei professionisti

Welfare di iniziativa

Attiva le diverse competenze dei professionisti: “Attiva in modo proattivo (anche sulla base dei dati relativi alla stratificazione della popolazione resi disponibili a livello aziendale) le competenze tecnico-professionali delle istituzioni sanitarie e degli enti locali al fine di dare risposta a rischi e bisogni della popolazione; grazie a questo approccio la medicina di iniziativa aumenta l'efficacia dei servizi e permette di avvicinarli alle persone.”;

Coinvolge, educa e rafforza le capacità: “Il bisogno è spesso di tipo relazionale e legato all'adozione e al mantenimento di corretti stili di vita. Riassumendo si tratta di coinvolgere i cittadini (engagement) e aumentare le loro capacità (empowerment). Educazione e alfabetizzazione sanitarie costituiscono le basi per un contesto abilitante”

Stimola l'adesione e l'accesso in modo contemporaneo: “Per 3 motivi principali, che proviamo a sintetizzare: - medicina o welfare di iniziativa per sollecitare adesione ai percorsi di cura, in modo da anticiparne l'aggancio a fasi in cui il bisogno, benché riconosciuto (so di essere diabetico), non è ancora nella fase conclamata o emergenziale; - medicina /welfare di iniziativa perché è 'contemporanea': risponde alle esigenze della complessità della vita contemporanea, costruendo pacchetti di risposta unitaria, senza far girare i pazienti/utenti, ma facilitando e ottimizzando la risposta; - l'approccio di

iniziativa, organizzando la risposta ad un bisogno sulla persona, vede meglio le interfacce professionali e disciplinari, uscendo da più consolidati percorsi per snodo organizzativo (per u.o.), ma ponendo intorno al cittadino e al suo bisogno una rosa di professionisti e facendo progredire il percorso modellizzabile nei PDTA verso la progettazione individualizzata."

Reti di comunità

Accorciano le distanze: "Il territorio è particolarmente ricco di associazioni di volontariato e di cooperative sociali che si occupano del benessere della collettività. La distanza tra le istituzioni e i cittadini è piccola, le reti informali sono utili per conoscere i bisogni della popolazione";

Amplificano i messaggi: "l'inserimento in una rete provoca il rafforzamento dei messaggi di salute che sono ripetuti da più soggetti con diversa autorevolezza. Il soggetto gode della forza del gruppo. Di solito un unico soggetto non dispone di tutte le risorse necessarie (economiche, tecnologiche, relazionali, ecc.) e la rete le rende disponibili proprio perché sono fornite da diverse fonti. Questo contrasta anche il rischio di duplicazione di progetti parziali aventi lo stesso obiettivo e quindi contrasta la dispersione delle risorse";

Intercettano i bisogni: "Nel nostro contesto, nel quale il volontariato si è molto sviluppato nel tempo e collabora fattivamente con le istituzioni, il coinvolgimento delle reti di comunità ci ha permesso sia di intercettare bisogni e problematiche non ancora emerse, sia di individuare nuove risorse, sia formali che informali, importanti per dare risposte più adeguate";

Attivano le risorse formali e informali: "le reti di comunità favoriscono l'integrazione di attori diversi con competenze specifiche, la costituzione di relazioni formali ed informali volte a stimolare risposte individuali o collettive da parte dei cittadini i quali sviluppano competenze motivazioni e risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della qualità di vita";

Promuovono logiche di coprogettazione coproduzione: "L'alleanza che vede istituzioni, terzo settore, società civile e cittadini nella lettura e gestione del bisogno di salute si rivela cruciale nella presa in carico dei cittadini più vulnerabili che dentro le reti informali e formali vedono accolto anche un diritto alla cittadinanza e alla salute."

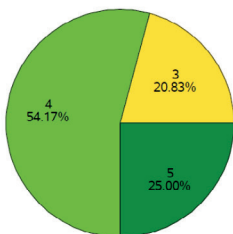
In generale, i professionisti condividono i due approcci presentati e ne identificano le possibili implicazioni come descritto nel box. Tuttavia entrambe le logiche, welfare di iniziativa e reti di comunità, sono implementate solo in parte (figura 4.2 e figura 4.3).

Figura 4.2. - Figura 4.3. Risultati del questionario di assessment strategico per le Aziende Sanitarie

1.1 Quanto nel vostro contesto Aziendale le logiche di community building (welfare/medicina di iniziativa e reti di comunità) sono adatte a rispondere ai bisogni di salute della popolazione/utenti di riferimento?

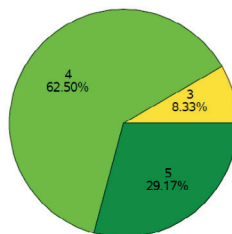
Attribuire un punteggio da 1 a 5 (1 per niente adatte - 5 totalmente adatte)

Welfare/medicina di iniziativa



Punteggio	Numero	Percentuale
3	5	20.83
4	13	54.17
5	6	25.00

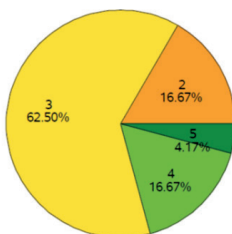
Reti di comunità



Punteggio	Numero	Percentuale
3	2	8.33
4	15	62.50
5	7	29.17

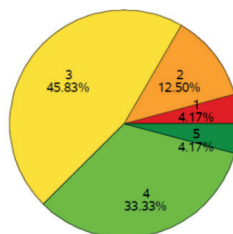
1.3.1 Quanto, in base alle vostre conoscenze e in termini generali, le logiche di community building sono già implementate nella vostra Azienda?
Attribuire un punteggio da 1 a 5 (1 per niente implementate - 5 totalmente implementate)

Welfare/medicina di iniziativa



Punteggio	Numero	Percentuale
2	4	16.67
3	15	62.50
4	4	16.67
5	1	4.17

Reti di comunità



Punteggio	Numero	Percentuale
1	1	4.17
2	3	12.50
3	11	45.83
4	8	33.33
5	1	4.17

Fonte: Elaborazione degli autori

Se da una parte quindi i professionisti del sanitario e socio-sanitario si ispirano a tali approcci, la propensione e la voglia di lavorare secondo l'approccio comunitario da parte dei professionisti stessi sovrastima il punto di partenza e la capacità delle istituzioni di plasmarsi a tale logica. Nel contesto delle Asl si evidenziano tre posizioni di rilievo:

- Una alta propensione teorica a lavorare secondo le logiche del CB, con un maggiore propensione verso la valorizzazione delle reti (figura 4.2);
- Un basso livello di implementazione delle stesse logiche di CB, paradossalmente più basso proprio sulla valorizzazione delle reti (figura 4.3);
- Laddove si riscontra un minimo di avvenuta implementazione, si segnala una forte concentrazione solo in alcuni territori, sia in termini di welfare di iniziativa, sia di valorizzazione delle reti.

Risulta infatti evidente nel contesto delle Asl coinvolte sia una scarsa presenza degli strumenti atti a valorizzare tali logiche, con specifico riferimento agli strumenti informatici, di raccolta dati e monitoraggio e valutazione dei risultati, sia una scarsa diffusione della formazione in ambito del CB. Inoltre, emerge come le reti di attori locali, ritenute dai professionisti con alte potenzialità per la valorizzazione dell'approccio comunitario, siano spesso caratterizzate da legami e connessioni storiche e poco variegate nel tempo e nello spazio, con una propensione a lavorare sempre con gli stessi attori. In termini di sviluppi degli interventi, infine, le Asl considerano faticoso costruire percorsi di questo tipo sia da un punto di vista amministrativo, sia per la numerosità di attori da coinvolgere.

Con riferimento specifico agli enti ed istituzioni del terzo settore, invece, emerge anche in questo contesto una alta propensione, almeno teorica, a lavorare con le logiche del CB in termini di welfare di iniziativa e di valorizzazione delle comunità.

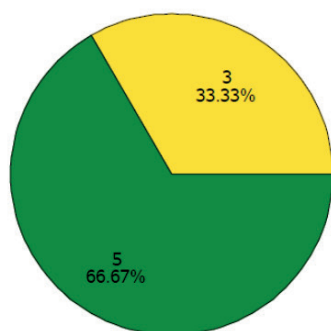
Tuttavia, tali attori manifestano difficoltà ad approcciarsi in tali termini con i professionisti delle Asl, riscontrando spesso non solo una mancanza di strumenti, ma anche di una cultura basata sul CB. La lettura quindi esterna che gli enti del terzo settore fanno del panorama delle aziende sanitarie è assai diversa dalla fotografia che invece le aziende fanno di se stesse.

Questa discrasia può essere la prova, insieme alla mancanza evidenziata di tutti di strumenti e di formazione, di una necessaria attenzione da porre verso le logiche del CB da parte del sistema sanitario e sociosanitario nel suo complesso.

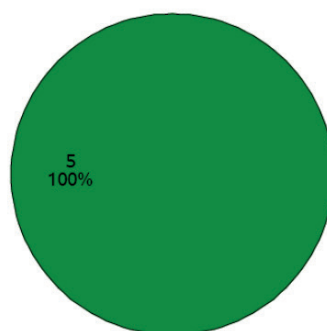
Figura 4.4. Risultati del questionario di assessment strategico per le istituzioni del terzo settore

1.1 Quanto nel vostro contesto le logiche di community building (welfare/medicina di iniziativa e reti di comunità) sono adatte a rispondere ai bisogni di salute della popolazione/utenti di riferimento?
Attribuire un punteggio da 1 a 5 (1 per niente adatte - 5 totalmente adatte)

Welfare/medicina di iniziativa



Reti di comunità



Punteggio	Numero	Percentuale
3	2	33.33
5	4	66.67

Punteggio	Numero	Percentuale
5	6	100.00

Fonte: Elaborazione degli autori

Bibliografia

- Aveling, E. L., McCulloch, P., Dixon-Woods, M. (2013). A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *BMJ open*, 3(8), e003039.
- Aveling E.L., Martin G.P., Armstrong N., Banerjee J., Dixon-Woods M. (2012) Quality improvement through clinical communities: eight lessons for practice. *J. Health Organ. Manag.*; 26(2):158–174.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- Beard, H. P. J. R., Bloom, D. E. (2015). Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet* (London, England), 385(9968), 658.
- Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S., Szebehely, M. (2012). The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 377–391. <https://doi.org/10.1177/0958928712449772>
- Christakis, N. A., Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England journal of medicine*, 357(4), 370-379.
- Cohen-Cole, E., Fletcher, J. M. (2008). Is obesity contagious? social networks vs. environmental factors in the obesity epidemic. *Journal of health economics*, 27(5), 1382-1387.
- Dall, T. M., Gallo, P. D., Chakrabarti, R., West, T., Semilla, A. P., Storm, M. V. (2013). An aging population and growing disease burden will require a large and specialized health care workforce by 2025. *Health affairs*, 32(11), 2013-2020.
- Dozier, A., Hacker, K., Silberberg, M., Ziegahn, L. (2011). The value of social networking in community engagement. *Principles of Community Engagement*, 151-160.
- Dunn, J.R., Hayes, M.V. (2000). Social inequality, population health, and housing: a study of two Vancouver neighborhoods. *Soc Sci Med*. 51(4):563-87. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00496-7.
- Edelenbos, J., I. Van Meerkerk, (2016). *Critical Reflections on Interactive Governance: Self-Organization and Participation in Public Governance*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Erwin, D. O., Johnson, V. A., Trevino, M., Duke, K., Feliciano, L., Jandorf, L. (2007). A comparison of African American and Latina social networks as indicators

- for culturally tailoring a breast and cervical cancer education intervention. *Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 109(S2), 368-377.
- Fisher B., Tronto J. (1990). Toward a feminist theory of caring, in Emily Abel and Margaret Nelson (a cura di), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany.
- Flora, P., Alber, J. (2017). Modernization, democratization, and the development of welfare states in Western Europe. In *The development of welfare states in Europe and America* (pp. 37-80). Routledge.
- Freidson, E. (1984). The changing nature of professional control. *Annual review of sociology*, 10(1), 1-20.
- Freire, K., Sangiorgi, D. (2010). Service design and healthcare innovation: from consumption, to co-production to co-creation. Paper presented at Nordic Service Design Conference, Linköping, Sweden.
- Gabbay, J., le May, A., Jefferson, H., Webb, D., Lovelock, R., Powell, J., Lathlean, J. (2003). A case study of knowledge management in multiagency consumer-informed "communities of practice": implications for evidence-based policy development in health and social services. *Health*, 7(3), 283-310.
- Geneau, R., Stuckler, D., Stachenko, S., McKee, M., Ebrahim, S., Basu, S., ... Beaglehole, R. (2010). Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *The Lancet*, 376(9753), 1689-1698.
- Giannopoulou, I., Tsobanoglou, G. O. (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 226-230.
- Greenhalgh, T., Stramer, K., Bratan, T., Byrne, E., Russell, J., Potts, H. W. (2010). Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study. *BMJ*, 340.
- Healey, P. (2015). Citizen-Generated Local Development Initiative: Recent English Experience. *International Journal of Urban Sciences*, 19 (2), 109–118.
- Horne, M., Shirley, T. (2009). *Coproduction in public services: A new partnership with citizens*. London: Cabinet Office.
- Lent, A., Studdert, J. (2019). *The community paradigm: why public services need radical change and how it can be achieved*. Retrieved from: https://www.new-local.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/The-Community-Paradigm_New-Local-2.pdf

- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., Graham, I. D. (2009). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation science*, 4(1), 1-8.
- Liu, Y., Lee, J. M., Lee, C. (2020). The challenges and opportunities of a global health crisis: the management and business implications of COVID-19 from an Asian perspective. *Asian Business & Management*, 1.
- Llano-Arias, V. (2015). Community Knowledge Sharing and Co-production of Water Services: Two Cases of Community Aqueduct Associations in Colombia. *Water Alternatives*, 8 (2): 77–98.
- Looman, W.M., Huijsman, R., Fabbricotti, I.N. (2019). The (cost-)effectiveness of preventive, integrated care for community-dwelling frail older people: A systematic review. *Health Soc Care Community*; 27(1):1-30.
- Maciocco, G. (2019). Cure primarie e servizi territoriali. Roma: Carocci Faber.
- Maraccini, A. M., Panagis, G., Mitch, H. Slonim, A. (2017). Creating Clarity: Distinguishing Between Community and Population Health. Retrieved from: [https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/33dc187cdd69f468d2e154bb95d312c58ecb8771.pdf/AJAC_0617_Maraccini%2520\(final\).pdf](https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/33dc187cdd69f468d2e154bb95d312c58ecb8771.pdf/AJAC_0617_Maraccini%2520(final).pdf)
- Marcusson, J., Nord, M., Johansson, M.M. , et al (2019). Proactive healthcare for frail elderly persons: study protocol for a prospective controlled primary care intervention in Sweden, *BMJ*. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027847
- Minkler, M. (Ed.). (2005). Community organizing and community building for health. Rutgers University Press.
- Minkler, M., Vásquez, V.B., Tajik, M., Petersen, D. (2008). Promoting Environmental Justice through Community-Based Participatory Research: The Role of Community and Partnership Capacity. *Health Education & Behavior*. 35(1):119-137. doi:10.1177/1090198106287692
- Nadeem, E., Olin, S. S., Hill, L. C., Hoagwood, K. E., Horwitz, S. M. (2013). Understanding the components of quality improvement collaboratives: a systematic literature review. *The Milbank Quarterly*, 91(2), 354-394.
- Nieboer, A.P., Cramm, J.M. (2018). How do older people achieve well-being? Validation of the Social Production Function Instrument for the Level of well-being-short (SPF-ILs). *Soc Sci Med.*; 211:304–13.
- Offer, A. (1997). Between the gift and the market: the economy of regard. *The Economic history review*, 50(3), 450-476.

- Pachucki, M. A., Breiger, R. L. (2010). Cultural holes: Beyond relationality in social networks and culture. *Annual review of sociology*, 36, 205-224.
- Powell Walter, W. (1990). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in organizational behavior*, 12(2), 295-336.
- Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options, Gender and Development Programme, Paper n. 3, United Nations Research Institute for Social Development, Geneva.
- Umberson, D., Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), S54-S66.
- Wallerstein, N., Minkler, M., Carter-Edwards, L., Avila, M., Sánchez, V. (2015). Improving health through community engagement, community organization, and community building. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. "V." Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 277–300). Jossey-Bass/Wiley.

5. Gli strumenti di supporto manageriale per la gestione del community building

di Francesco Longo

5.1. La rilevanza degli strumenti manageriali per l'attuazione di iniziative di CB

L'ispirazione valoriale del CB deve trovare utilmente concretezza grazie all'utilizzo sistematico di logiche e strumenti manageriali capaci di sostenere le reti sociali esistenti, inserendole armonicamente nel sistema di welfare locale, sia in fase di programmazione, sia in fase di gestione, riuscendo anche a rendicontare il maggiore valore aggiunto attivato per la comunità, rispetto a logiche di intervento tradizionali. L'approccio proposto in questo testo rilegge il tessuto della comunità, e in particolare della sua parte più socialmente connessa e attivabile per obiettivi collettivi, come insieme di reti sociali diffuse, naturali o artificialmente determinate. Questo permette ai soggetti che si assumono un ruolo di governo e di indirizzo di disporre di un oggetto preciso per la loro azione di programmazione e gestione: le reti sociali presenti nella comunità. Esse possono essere codificate e rilette con tutto il portafoglio degli strumenti tipici dell'approccio ai network di organizzazioni, aprendo ad una possibile concreta e fattiva azione manageriale di indirizzo e ingaggio. Il framework qui proposto rende quindi il community building (CB) una azione di welfare e di costruzione di capitale sociale operazionalizzabile, con precise logiche e strumenti di gestione, con parametri di scelta delle priorità strategiche, con metriche di misurazione dei risultati.

Sappiamo che l'azione imprenditoriale e di innovazione insita nel CB può nascere da una iniziativa promossa direttamente da una rete sociale, da un soggetto organizzato del terzo settore (professionale o volontario) o da una istituzione pubblica. In ogni caso, le logiche manageriali di programmazione e gestione possono essere le medesime, anche se ci aspettiamo da soggetti più piccoli e meno strutturati meno capacità di sistematizzarli e ingegnerizzarli, pur riuscendo a percorrere le stesse tappe logiche per la tutela degli interessi collettivi.

Allo scopo di presentare nel presente Capitolo un portafoglio più completo possibile di logiche e strumenti manageriali per il supporto e l'implementazione di modelli di CB, si articola la discussione per singoli strumenti. Gli strumenti vengono proposti in una sequenza non dissimile a quella di attivazione nei processi territoriali. A ogni strumento manageriale viene associata una precisa finalità istituzionale o di rete di nodi territoriali, rilevante per l'interesse collettivo.

Gli strumenti manageriali di CB che vengono presentati, discussi e esemplificati di seguito sono i seguenti:

- Logiche e strumenti per l'analisi dei bisogni territoriali e i loro gap di copertura a supporto della definizione delle priorità, sia in termini di target di popolazione, sia di cluster territoriale;
- Governance del sistema di rete allargata e governance delle singole iniziative di CB per un coinvolgimento efficace di tutti gli stakeholder capace di generare il necessario commitment diffuso;
- Piano strategico di CB, per definire l'insieme delle priorità di azione e le reti delle alleanze sociali e istituzionali;
- Change management nelle istituzioni pubbliche e nelle reti sociali per affiancare e ibridare i servizi pubblici di welfare tradizionali con iniziative di CB;
- Sistema di programmazione e controllo del CB per contemperare contributi e ricompense tra i nodi della rete di alleanze e per valutare il rapporto costo-efficacia complessivo delle singole iniziative e del loro complesso.

A ognuno di essi viene dedicato uno dei prossimi paragrafi.

5.2. Logiche, strumenti e processi per l'analisi dei bisogni e la definizione delle priorità

Lo spettro di azione delle potenziali iniziative di CB da generare, rafforzare o valorizzare è praticamente infinito per cui è necessario selezionare le priorità di azione. In particolare è necessario rispondere contestualmente a tre domande:

- A quale target di bisogno ci riferiamo?
- In quale ambito territoriale?
- Con quale rete di alleanze tra reti sociali e istituzioni pubbliche?

La risposta simultanea alle citate questioni permette definire i contorni strategici delle iniziative di CB che è prioritario attivare per aumentare significativamente la tutela degli interessi e dei diritti pubblici. Identificare i bisogni prioritari a cui

ci si rivolge e in quali cluster territoriali, permette di analizzare e discutere quali siano gli attori sociali e istituzionali dotati di più potenzialità per mitigare o risolvere il problema, perché portatori delle necessarie energie, prerogative di governo o risorse di influenza sociale. Si tratta pertanto di un'analisi congiunta e contemporanea di queste tre dimensioni, che qui viene suddivisa artificialmente in step successivi, solo per motivi espositivi.

5.2.1 La selezione del target di CB

Ogni processo cognitivo di selezione di un target è profondamente influenzato dall'individuazione della metrica di rappresentazione dei cluster alternativi, che rappresenta implicitamente già un meccanismo di pre-identificazione dei target possibili e di esclusione di altre possibili categorie. L'identificazione della metrica di clusterizzazione non costituisce pertanto la semplice scelta di un linguaggio di narrazione analitico, ma un processo di categorizzazione, che implicitamente sottolinea già delle viste, trascurandone altre.

Tra le molte metriche possibili per identificare i target prioritari del CB ne proponiamo due: un approccio basato su cluster epidemiologici di impronta sanitaria e un secondo basato su dimensioni rilevanti dal punto di vista sociale e socio-assistenziale.

Tabella. 5.1. Metriche per identificare i cluster di bisogni prioritari

CLUSTER CLINICI	CLUSTER SOCIALI
Malattie croniche mono-morbide	Solitudine e isolamento sociale
Malattie croniche-plurimorbide	Immigrazione e iniquità correlata
Fragilità-Long Term Care	Povertà
Malattie mentali	Working poors
Dipendenze	Povertà educativa/NEET
Disabilità	Disoccupazione cronica

Fonte: elaborazione degli autori

I cluster qui proposti, sia sul versante sanitario sia su quello sociale, hanno un valore esemplificativo e non esaustivo, anche se rappresentano alcuni dei principali e più rilevanti problemi collettivi nelle società occidentali contemporanee.

È possibile utilizzare le due metriche anche incrociandole in una matrice, che sull'asse orizzontale propone le dimensioni sanitarie e su quella verticale quelle sociali. Gli incroci risultano estremamente analitici e di dettaglio (con qualche cella anche vuota). Questo approccio è indicato in processi di analisi

particolarmente approfonditi e strutturati, sostenuti da importanti energie istituzionali di assessment e progettazione.

Quali dovrebbero essere i criteri che portano a privilegiare un target rispetto ad un altro?

L'agenda e la narrazione politica di una comunità influenzano fisiologicamente il dibattito collettivo sulle urgenze e sulle priorità percepite rispetto alle policy e agli interessi pubblici. Esso dovrebbe essere mitigato dalla capacità di socializzare evidenze quantitative sui problemi pubblici rilevanti, capaci di meglio rappresentare l'oggettiva realtà quantitativa dei fatti, che spesso diverge dalle percezioni collettive. In particolare, l'approccio quantitativo dovrebbe mettere in evidenza la prevalenza di alcuni problemi su altri, considerando la generalità della popolazione (es. la percentuale di lavoratori cosiddetti *working poors*, oppure la percentuale di persone che vive in famiglie uni-personali) e soprattutto il tasso di copertura del bisogno garantito dagli attuali servizi di welfare, dal volontariato o da sostenibili meccanismi di auto-riproduzione sociale.

I target prioritari dovrebbero essere pertanto le aree di bisogno percepite nei valori collettivi come rilevanti, con una importante incidenza quantitativa e con modesti tassi di copertura del bisogno. Le ultime due caratteristiche sono rilevabili quantitativamente, mentre la prima (i valori) emergono dal processo decisionale espressione della governace del welfare locale.

Ma quali di questi cluster di bisogno prioritari dovrebbero poi essere affrontati in particolare con modelli di CB, invece che con logiche di welfare tradizionale?

Il CB è una opzione da mettere in campo quando si ravvisa una delle seguenti condizioni o la loro concomitanza:

- Un'insufficienza di risorse pubbliche di welfare disponibili per il target identificato (es. per anziani fragili o *working poors*);
- Un'inefficacia parziale o totale dei servizi pubblici tradizionali sul target (es. abbandono scolastico e NEET, sostegno all'aderenza alle terapie dei fragili);
- La presenza di rilevanti interdipendenze tra reti sociali e welfare pubblico (es. in ambito salute mentale o rispetto al tema della solitudine e dell'isolamento sociale).

Queste condizioni di parziale o rilevante impotenza del welfare tradizionale sono molto frequenti nella complessità delle società contemporanee, caratterizzate da livelli di iniquità crescenti, da un triste deserto demografico, dalla clusterizzazione cognitiva e sociale della popolazione, dalla perdita di mobilità sociale e di capitale sociale. Si tratta di "*wicked problems*", ovvero di problemi così grandi e complessi da apparire irrisolvibili, che pertanto vengono trascurati proprio per la loro percepita irrisolvibilità. Essi sono resi oggi visibili, oltre che

dall'intensità dei fenomeni, dalle accresciute possibilità di rilevarli con big data statistici strutturati.

In particolare in questi ambiti, complessi e apparentemente irrisolvibili, un'azione congiunta tra le comunità e le istituzioni pubbliche può permettere l'adozione di una postura "adulta", in cui si cessa di cercare il "capro espiatorio", concentrandosi sulle azioni possibili e i miglioramenti generabili dall'organizzazione delle interdipendenze collettive, accettando i margini di parzialità dei successi immediati.

Scegliere di adottare logiche di CB per un problema sociale emergente ritenuto rilevante è pertanto una opzione fondata su precise evidenze legate al potenziale e all'efficacia del welfare tradizionale e non necessariamente dettata esclusivamente da opzioni di tipo valoriale. Attivare iniziative di CB per un target definito può essere ovviamente un'azione a complemento o a integrazione di un parallelo aumento dell'azione dei servizi di welfare tradizionali.

Box 5.1. Strumenti evidence-based per i processi di priority setting

Nel processo di analisi dei bisogni, identificazione del target e selezione delle priorità di intervento su cui costruire delle azioni di community building, è necessario avvalersi di strumenti che supportino in maniera evidence-based il processo decisionale. Al fine di rendere tale processo sempre più coerente con i bisogni e le risorse della comunità di riferimento, il priority setting consente lo sviluppo di un approccio sistematico, equo e basato sulle evidenze per cercare di rispondere a problemi complessi e selezionare diverse alternative. La base per tale processo sono le evidenze quantitative (es. indicatori), necessarie ma non sufficienti, a esplorare la realtà di riferimento attraverso tre possibili criteri per una data misura e indicatore: la performance che l'indicatore in oggetto ottiene in un periodo di riferimento, il suo trend temporale e la eventuale variabilità in base all'unità di osservazione.

La performance si basa sul duplice principio di 1. misurare quantitativamente un aspetto rilevante del processo di assistenza e cura in maniera multidimensionale (es. qualità di processo, efficacia, efficienza, appropriatezza, equità) e 2. di confrontare il risultato osservato con degli standard. Questi parametri possono essere degli standard internazionali, qualora presenti in letteratura o forniti come indicazioni dagli organismi internazionali, oppure dei riferimenti normativi o obiettivi assegnati a livello nazionale o regionale, oppure - in assenza dei precedenti - il valore medio/mediano dato dal confronto dei soggetti coinvolti nella valutazione (regioni, aziende sanitarie, distretto).

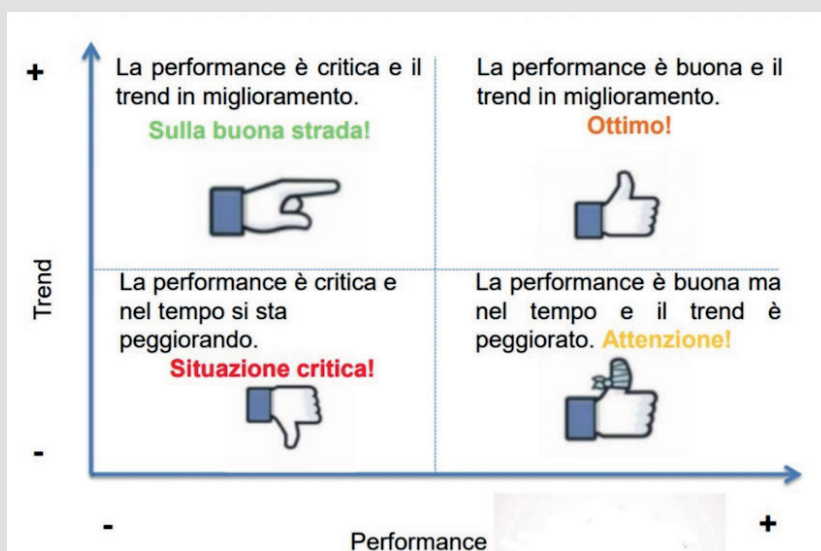
Il trend è fondamentale per osservare l'andamento delle misure in termini temporali, grazie al confronto dei propri risultati in un'unità di tempo definita (più frequentemente l'anno solare, ma anche su base trimestrale in funzione di un'attività di monitoraggio in continuo). Tale confronto permette di leggere i risultati in termini di miglioramento o peggioramento nel tempo, rispetto al quale si deve tuttavia rilevarne la significatività e rilevanza. Questo lo si fa anche analizzando i trend dei vari soggetti coinvolti nel confronto, per apprezzarne le differenze di variazione dell'indicatore nel tempo. Un ultimo aspetto di rilievo riguarda la possibilità di osservare per uno stesso soggetto la serie storica dell'indicatore, in modo da identificare ed interpretare in maniera più robusta il suo andamento.

La variabilità permette infine di tener conto della distribuzione dei valori dell'indicatore in base all'unità di osservazione ad esempio su base geografica, per identificare le differenze raggiunte sugli indicatori tra i vari contesti, oppure sulla base di caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferi-

mento, per valutare la presenza di disuguaglianze legate ai determinanti sociali, o ancora in base all'offerta, come ad esempio tra gruppi di professionisti o tra dipartimenti ospedalieri. La presenza di un'alta variabilità richiama l'attenzione su un problema di equità tra gruppi diversi e l'esigenza di intervenire per ricalibrare la situazione.

Per poter leggere in maniera congiunta gli indicatori a disposizione sulla base dei tre criteri identificati, si propone di utilizzare le mappe di performance derivanti dalla combinazione sull'asse delle ascisse del livello di performance raggiunta e sull'asse delle ordinate il trend osservato, in termini di miglioramento o peggioramento della performance. In questo modo si vengono a comporre quattro quadranti in cui vengono posizionati i diversi indicatori e che connotano immediatamente il livello di priorità di azione (si veda figura di seguito):

- Quadrante in alto a destra (performance buona e trend in miglioramento) che raccolgono gli indicatori su cui sono stati raggiunti risultati positivi;
- Quadrante in alto a sinistra (performance critica e trend in miglioramento) che raccolgono gli indicatori su cui si stanno lavorando per raggiungere progressivamente i risultati prefissati;
- Quadrante in basso a sinistra (performance critica e trend in peggioramento) che raccolgono gli indicatori su cui è necessario intervenire;
- Quadrante in basso a destra (performance buona e trend in peggioramento) che raccolgono gli indicatori su cui porre attenzione per non rischiare di arretrare rispetto ai risultati raggiunti.



È possibile poi combinare i criteri in maniera differenziale e sviluppare mappe analoghe. Tali gli strumenti possono essere di aiuto per i decision-makers per analizzare i bisogni del proprio territorio ed identificare le priorità di intervento.

Tale strumento vede la sua applicazione attraverso il Sistema di Valutazione della Performance dei sistemi sanitari regionali sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Al seguente link <https://performance.santannapisa.it/> è possibile consultare le performance e le mappe relative per un gruppo di regioni italiane che aderiscono al sistema di valutazione della performance della sanità (Nuti et al, 2020).

5.2.2 *Quanti e quali territori coinvolgere nel CB?*

Ogni comune è diviso in quartieri, ogni montagna è divisa in vallate, ogni AUSL è divisa in distretti, ogni ambito sociale è composto da una pluralità di enti locali. Ogni iniziativa di CB può essere estesa all'interezza dell'ambito geografico considerato o concentrarsi su un suo sotto-insieme. Questa scelta è molto rilevante per determinare le condizioni del successo o insuccesso attuativo. Infatti, il sistema di reti sociali da ingaggiare deve essere duplicato per l'insieme dei sotto cluster territoriali coinvolti. L'azione di CB è fisiologicamente un lavoro locale, nel perimetro di comunità relativamente piccole, la cui estensione dipende dai confini delle identità territoriali e amministrative, indicativamente tra i 15.000 e i 50.000 abitanti, a seconda delle condizioni di densità abitative storicamente date. Qualora l'azione di CB riguardasse l'intero territorio di un ambito sociale (che in Italia hanno in media 100.000 abitanti) o di una AUSL (media SSN: 500.000 abitanti (Cinelli et al, 2020)), esso deve essere fisiologicamente sotto-articolato in varie iniziative locali, localizzate in geografie limitate, per ognuna delle quali va definita una specifica e contingente rete di alleanze locali con i gruppi di comunità disponibili.

Scegliere un approccio geograficamente ampio o limitato dipende dalle energie istituzionali disponibili sul versante pubblico e dal capitale sociale presente nei singoli territori, che determina la ricchezza, la forza e l'efficacia delle reti sociali disponibili. A questo proposito, un approccio manageriale suggerisce il massimo del realismo, evitando le posizioni estreme di una programmazione troppo modesta e poco ambiziosa, quando le energie sociali e istituzionali disponibili permetterebbero una visione più estesa, ma evitando anche approcci velleitari e irrealisticamente universalistici. Nel primo caso, il rischio è che il perdurare di gap sociali profondi e dolorosi, a fronte di capacità di iniziativa pubbliche-private inutilizzate, generi sfiducia nell'azione collettiva. Nel secondo caso, all'opposto, l'annuncio di programmi universalistici, traditi immediatamente sul piano attuativo, mina alla radice la credibilità delle istituzioni e dei modelli di welfare proposti.

A questo proposito la tabella 5.2. cerca di sintetizzare, con un forte realismo attuativo, le opzioni capaci di massimizzare le probabilità di successo dell'innovazione, rispetto al numero di cluster territoriali e di iniziative di CB da attivare in ogni contesto, in funzione del capitale sociale e delle energie istituzionali disponibili. Si tratta di una lettura correlata alla fase iniziale di questo approccio, che quindi fisiologicamente si aspetta di incontrare tutte le difficoltà e le resistenze iniziali di un nuovo sistema di welfare. La stessa tabella, tra qualche anno, dovrebbe assumere una configurazione facilitata da esperienze, know how ed evidenze stratificate e cognitivamente diffuse.

Tabella. 5.2. Matrice di scelta del numero dei territori e delle iniziative di CB da attivare

FORZA ISTITUZIONALE	CAPITALE SOCIALE	
	BASSO CAPITALE SOCIALE	ALTO CAPITALE SOCIALE
SCARSE ENERGIE ISTITUZIONALI	Un solo territorio Il territorio socialmente più ricco Un solo progetto di CB	Molti territori Benchlearning tra territori Pochi progetti di CB
SIGNIFICATIVE ENERGIE ISTITUZIONALI	Due territori sperimentatori Il territorio socialmente più ricco e quello più povero Pochi progetti di CB	Tutti i territori Benchlearning tra i territori Molti progetti di CB

Fonte: Elaborazione degli autori

In un contesto a forte capitale sociale e istituzionale è opportuno provare a sperimentare iniziative di CB in tutti i territori, con un ricco portafoglio di iniziative. Attivare processi di confronto, supporto reciproco e benchlearning tra territori e tra diverse esperienze di CB può aumentare la consapevolezza e l'apprendimento reciproco, generando anche un accumulo di capitale sociale e istituzionale ulteriore. In questo scenario è probabile che molte iniziative saranno di successo e che sarà anche assorbibile culturalmente e politicamente qualche insuccesso, fisiologico in ogni fase di innovazione e cambiamento profondo. Se le energie istituzionali sono forti, ma il capitale sociale disponibile è modesto, potrebbe essere opportuno sperimentare in un numero limitato di territori, ma con poche iniziative di CB perché debbono tutte essere fortemente sostenute esternamente dall'azione pubblica. Potrebbe essere utile sperimentare in un territorio con un potenziale più alto, per avere maggiori probabilità di successo e in un territorio opposto, con povere condizioni di capitale sociale, per comprendere le dinamiche da gestire in un contesto deprivato. In questo scenario, processi di benchlearning servono soprattutto a innestare un circolo virtuoso di accumulazione di capitale sociale, per cui dovrebbero essere protagonisti soprattutto i rappresentanti e i membri delle reti sociali. Se il capitale sociale è alto e diffuso, contrariamente alle modeste energie istituzionale, è importante lasciare libere e incentivare le reti locali di ogni territorio alla loro imprenditorialità locale. La quantità di progetti di CB dipenderà dal numero di reti sociali capaci di essere autonomamente imprenditoriali. I processi di confronto reciproco tra territori e tra iniziative di CB servono soprattutto a rafforzare le consapevolezze e le competenze delle reti sociali stesse e sono una occasione di apprendimento e di crescita per le istituzioni pubbliche. Se vi è scarso capitale istituzionale e sociale è meglio limitarsi a poche/una sperimentazioni in un solo territorio, da

utilizzare come pilota, che possa mostrare nelle sue evidenze di successo il potenziale dell'approccio di CB.

Il capitale sociale disponibile è misurabile con molteplici indicatori (Lochner et al, 1999): percentuale di popolazione attiva nel volontariato o nell'associazionismo, donatori di sangue, percentuale di riciclo dei rifiuti da parte della popolazione, incidenza dell'uso di mezzi di trasporto sostenibili, indicatori di partecipazione democratica, ecc. Esistono anche indicatori statistici aggregati a livello provinciale. A loro volta, le energie istituzionali dei soggetti pubblici sono oggettivabili, non solo considerando le performance medie delle medesime nei loro ranking tra pari, ma anche valutando la quota del tempo di direzione, la percentuale di risorse umane e finanziarie dedicabili al CB. Valutare quindi la forza e il potenziale del contesto attuativo è sicuramente un esercizio che ha delle componenti soggettive, ma che può avere alla base solide evidenze quantitative. Individuare il grado di innovazione possibile in un territorio per massimizzarne il potenziale di successo attuativo è una degli esercizi e delle abilità più rilevanti per ogni decisore e stakeholder pubblico.

5.2.3 *Quali “reti oggetto” e “reti strumento” coinvolgere e attivare per il CB?*

La definizione dei target prioritari e dei territori per ogni singola iniziativa di CB è la condizione preliminare per individuare le locali “reti oggetto” e “reti strumento” da coinvolgere e attivare. Come esplicitato nel Capitolo 4, la rete oggetto è espressione diretta del target definito. Essa può già esistere naturalmente o artificialmente (es. l'associazione dei dializzati) oppure la sua nascita può essere uno degli obiettivi del CB stesso (es. la rete dei giovani NEET come piattaforma sociale per il processo di riattivazione relazionale e poi professionale). Più complesso è il processo di individuazione e selezione delle reti strumento. Dopo aver mappato le reti sociali esistenti, il processo logico da compiere è interrogarsi quali reti abbiano più possibilità di influenzare positivamente il target di CB e quali abbiano più risorse al proposito. L'assessment dell'efficacia potenziale rispetto ai bisogni del target e la valutazione delle risorse disponibili della “rete strumento” sono due passaggi logici distinti. Rispetto ad entrambe le dimensioni, eventuali gap possono essere vicariati da una azione di supporto delle istituzioni pubbliche. Esse potrebbero offrire know how, formazione, integrazione con servizi del welfare ufficiale se il deficit fosse di efficacia. Viceversa, le istituzioni pubbliche potrebbero offrire personale, spazi, tecnologie, processi di reclutamento o di accreditamento per l'aumento dei volontari, qualora il deficit fosse di risorse per la rete sociale ingaggiata.

Ciò che è rilevante sottolineare è che il lavoro di scouting e assessment delle reti deve essere replicato in ogni territorio e per ogni singola iniziativa di CB, per poi definire quali reti attivare e supportare e con quale focus (efficacia o risorse). Si tratta di un lavoro strutturale, sistematico e permanente e richiede persone dedicate e competenti. Al proposito si possono ipotizzare due modelli

organizzativi alternativi. Lo sviluppo di una funzione centrale (nell'ambito sociale, nella AUSL o nel comune) focalizzata sul management delle reti, che opera come consulente funzionale ai singoli territori e ai loro dirigenti, quando questi debbono gestire il processo di scouting, ingaggio e supporto delle reti. All'opposto i singoli territori (distretti, ambiti, quartieri) vengono dotati di un manager di reti che contemporaneamente sarà portatore delle metodologie di scouting, ingaggio e supporto, ma che anche concretamente e direttamente gestirà le relazioni con le reti. Crediamo che entrambe le soluzioni siano plausibili e potenzialmente efficaci: ciò che è importante è la consapevolezza della rilevanza della funzione e della sua necessità di (poche) risorse dedicate, altrimenti l'intero impianto del CB difficilmente può essere realizzato.

5.2.4 Fonti e criteri di analisi dei dati per la definizione delle priorità di CB

Il framework operativo fin qui proposto si riferisce costantemente alla necessità di fondare le scelte su evidenze quantitative locali: la misura degli indici di bisogno per cluster, i gap di copertura dei bisogni, il capitale sociale e istituzionale disponibile. Le istituzioni pubbliche sono ricche di dati, poco utilizzati, perché talvolta non è chiaro il finalismo e la modalità del loro utilizzo. Per la costruzione di iniziative di CB i dati servono per identificare i cluster di bisogno prioritari, gli ambiti dove l'azione pubblica è quantitativamente o qualitativamente insufficiente, i territori dove è possibile con maggiore o minore probabilità di successo sperimentare iniziative di CB e di conseguenza quali reti sociali ingaggiare. Riteniamo che la raccolta e l'analisi dei dati possa essere gestita come un esercizio relativamente semplice e contenuto se sono chiarite le finalità, le fonti e le metodologie e in ogni caso è strutturale e congenito ad ogni approccio manageriale, che deve sempre basarsi su baseline quantitative per costruire razionalmente le proprie scelte. Chiarite nei precedenti paragrafi le finalità, discutiamo le possibili fonti locali dei dati e le loro metodologie di analisi per il CB.

Ogni territorio può utilizzare utilmente numerose statistiche e banche dati nazionali aperte al libero accesso e utilizzo. Disponiamo di solidi indicatori di prevalenza e incidenza per patologia a livello nazionale e locale. Sul piano sociale molti fenomeni e problemi sono costantemente rilevati e pubblicati, con sgranature almeno provinciali, se non comunali. Alle fonti esterne nazionali si aggiunge una ricchissima disponibilità di database delle istituzioni pubbliche locali. Le AUSL conoscono i consumi sanitari di ogni cittadino, grazie ai quali riescono a stratificare l'intera popolazione per cluster patologici o di condizioni sanitarie (vedi tab. 5.1) addirittura in modo nominativo, potendo verificare chi è *over o undertreated* rispetto a degli standard assistenziali definiti. Gli enti locali hanno una fonte preziosa nell'anagrafe, nei database immobiliari e fiscali, così come negli archivi elettronici dei servizi sociali (Cucciniello & Mion, 2018). Queste fonti informative quantitative possono essere complementate sfruttando il lavoro di rilevazione sociale di molte antenne sociali distribuite sul territorio

(Caritas, mense dei poveri, associazioni di volontariato, ecc.), che a loro volta spesso costruiscono dei database di coloro che si sono rivolti ai loro servizi. Il grande vantaggio dei database locali, pubblici e privati, è che sono nominativi, individuando quindi i gruppi di persone con maggiore intensità di bisogno, generando quindi esplicitamente i target delle persone eleggibili per il welfare di iniziativa. Possono essere aggiunti dati di natura più qualitativa, qualora si sfruttasse l'interazione organizzata e sistematica con key informant della comunità, attraverso interviste strutturate o focus group.

La ricchezza di dati, sia aggregati anonimi (statistiche nazionali), sia nominativi (database locali, pubblici e privati), impone di riflettere sulla metodologia da utilizzare per analizzarli, al fine di individuare le priorità sociali su cui attivare il CB. Si ritiene fondamentale partire sempre da una analisi dei bisogni e del loro tasso di copertura reale con i servizi di welfare pubblici. Questo significa, a livello metodologico, proporre sempre un denominatore target (es. il numero dei NEET, il numero degli anziani in condizioni di LTC) e un numeratore espressione delle persone prese in carico dal sistema di welfare. Il gap dei bisogni non coperti dovrebbe agire come faro per riflettere sulle priorità per le azioni di CB. Per rendere l'analisi più raffinata, un secondo passaggio può utilmente concentrarsi sull'intensità della presa in carico, per poter valutare se è davvero definibile come tale. Ad esempio, una intensità media del SAD di tre accessi alla settimana per anziani soli e gravemente non autosufficienti, può difficilmente qualificarsi come presa in carico e quindi dovrebbe essere considerata solo come ingrediente complementare di una presa in carico. Se non esistesse però un secondo pilastro di intervento, questa modesta intensità assistenziale dovrebbe portare sostanzialmente ad annullare il numeratore e far emergere l'assenza di presa in carico. Il tasso di presa in carico e la sua intensità può essere utilmente contestualizzata all'interno di precise metodologie di analisi per disporre di quadri interpretativi più completi possibili. È possibile comparare diversi territori tra di loro, sia rispetto alla prevalenza di alcuni bisogni, sia rispetto al loro tasso di copertura, sia rispetto alla loro intensità assistenziale (analisi variabilità). Questo permette di relativizzare il problema, a seconda che sia comune e quindi elemento costitutivo della società e del welfare nazionale, oppure di mitigarlo o sottolinearlo se i dati comparativi fossero peggiori o migliori. Questi dati possono essere collocati in una prospettiva di trend inter-temporale per capire se il problema sta diventando più acuto o se si sta mitigando, rispetto al bisogno, alla sua copertura o all'intensità della copertura. Si tratta di una prospettiva che permette di rappresentare la tendenza storica. La prospettiva storica garantita dall'analisi dei trend comporta il rischio di programmare il futuro alla luce dei dati passati, che potrebbe essere pericoloso soprattutto in epoche storiche di cambiamenti rapidi e profondi come quelli contemporanei. Per ovviare questo rischio è possibile ipotizzare scenari prospettici futuri, che correlano tra di loro diverse variabili (trend futuri del bisogno, delle risorse pubbliche, della resilienza

sociale), utili per comprendere quali sono gli scenari più pericolosi e più probabili, ai quali bisogna rispondere attrezzandosi per tempo.

Potrebbe essere quasi indifferente quale metodologia si privilegia (o combinazione di metodologie). È invece rilevante darsi un metodo di analisi esplicito (analisi dei gap locali, variabilità, trend, scenari) per disporre una *baseline* decisionale condivisa, su cui costruire le scelte collettive circa le priorità locali in termini di cluster sociali di intervento, territori e reti da coinvolgere. Questo impone nei sistemi istituzionali di strutturare una funzione responsabile di questa raccolta e analisi dei dati, che alimenta la concertazione con gli stakeholder. Essa deve riuscire ad alimentare processi decentrati e locali e quindi può essere locale o centrale, ma in questo secondo caso con la capacità di articolare le analisi e le reportistiche per singoli territori.

5.3. Governance delle reti di CB

La definizione della governance del CB rappresenta un esercizio articolato e multilivello perché si tratta di costruire assetti e meccanismi istituzionali capaci di contemperare quattro esigenze complesse:

- L'integrazione tra istituzioni pubbliche: comuni, AUSL, ASP, ecc.;
- L'integrazione tra pubblico e privato formalizzato;
- L'integrazione tra welfare strutturato e informale;
- L'articolazione su due livelli di lavoro: quelli locali e quelli di area vasta.

Ognuno di questi fabbisogni di governo è imprescindibile per un approccio di CB, per cui vanno contemperati simultaneamente non potendo delineare una gerarchia o una sequenza di priorità:

- a. L'integrazione dei nodi pubblici (comuni, AUSL, aziende sociali o socio-sanitarie) è indispensabile per generare un pooling delle risorse pubbliche di welfare altrimenti troppo frammentate, per costruire politiche e strategie unitarie, per attivare interfaccia unitarie e riconoscibili per le reti sociali;
- b. L'integrazione tra welfare pubblico e terzo settore professionale è una prassi consolidata in Italia, essendo larghe quote dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari esternalizzati a queste organizzazioni (Ricciuti, 2018). La criticità consiste nel coinvolgere anche il terzo settore professionale a logiche di CB avendo esso, su indirizzo pubblico, orientato le proprie culture organizzative su logiche di ottimizzazione dei processi produttivi interni, sulla riduzione dei costi, sulla compliance alla regolazione burocratica pubblica, con uno sguardo sempre più rivolto all'interno delle proprie organizzazioni e sempre meno proiettato verso l'esterno, verso le comunità e le reti sociali. A questo proposito non vi è alcuna responsabilità specifica da

addebitare al terzo settore professionale, essendo stato il mandato pubblico quello di concentrarsi sull'efficienza e la standardizzazione produttiva, in coerenza con un'epoca storica in cui a fronte dell'aumento dei bisogni vi era una riduzione delle risorse pubbliche per il welfare;

- c. L'integrazione tra le organizzazioni formalizzate (istituzioni pubbliche e terzo settore professionale) e le reti sociali informali costituisce una sfida rilevante per il disegno della governance, proprio perché la natura fluida e non codificata delle reti sociali rende complessa la scelta del meccanismo della loro rappresentanza, la codifica delle relazioni di dare/avere tra le parti e il pieno controllo dei comportamenti della rete e dei suoi membri. Si tratta per le PA di una sfida culturale profonda, perché assumere una logica di rete, per di più con reti sociali informali, significa accettare relazioni dinamiche, concertative, di mutuo aggiustamento e adattamento reciproco, con frequenti deviazioni positive o negative dal percorso atteso, lontane dal determinismo atteso dal modello weberiano (Weber, 1922). Si allestiscono tavoli di lavoro, spazi di collaborazione, allineamenti culturali che attivano processi sociali virtuosi, la cui dinamica, velocità e intensità interna è difficilmente prevedibile e governabile. Si tratta comunque di norma di collaborazioni virtuose, che producono beneficio per la collettività, senza oneri economici rilevanti per le PA: il prezzo da pagare è un margine di incertezza e rischio, il che rappresenta l'opposto della cultura pubblica tradizionale;
- d. Le iniziative di CB avvengono a livello locale, in ambiti territoriali limitati (15.000-50.000 ab.), laddove la comunità si identifica con una identità, con un perimetro geografico e spesso amministrativo (un comune, un distretto, una comunità montana, un quartiere in una grande città). I perimetri istituzionali pubblici sono molto più ampi, sia per le aziende del SSN (500.000 ab.), sia per gli ambiti sociali (100.000 ab.). Questo permette di costruire una governance a due livelli per il CB: quella di area vasta e quella locale, assegnando compiti e funzioni distinti.

Non è possibile definire un modello di governance idealtipico di riferimento, essendo i territori troppo diversi per geografia, per ricchezze di reti sociali disponibili, per tradizioni negli assetti istituzionali del welfare socio-sanitario. È possibile invece discutere dei principi di progettazione della governance per il CB, che possono poi essere utilmente contestualizzati nei singoli scenari.

Articoliamo tali principi nei seguenti blocchi logici:

1. Perimetro degli attori, organismi e funzioni;
2. Sequenza del processo decisionale;
3. Organizzazione del supporto generale e degli strumenti operativi di CB.

5.3.1 *Il perimetro degli attori, organismi e funzioni*

La governance deve essere articolata su due livelli: il livello locale di azione e il livello centrale di coordinamento e supporto.

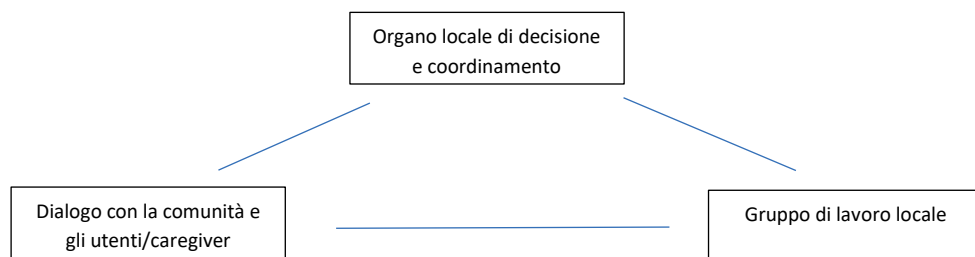
La governance del livello locale deve promuovere la partecipazione attiva delle reti sociali formali (volontariato associato) e informali (reti naturali), del terzo settore professionale, delle proiezioni locali dei servizi pubblici sanitari, sociali, ma potendo anche culturali, sportivi ed educativi. Un organismo decisionale e di coordinamento locale dovrebbe pertanto prevedere la presenza di uno o più rappresentanti di ognuno di queste componenti. Una delle difficoltà che potrebbe presentarsi è la definizione del meccanismo di rappresentanza delle reti sociali informali, le quali, per definizioni, non hanno strutture definite. A questo proposito un approccio inclusivo, adattivo e flessibile potrebbe essere opportuno per segnalare la volontà di coinvolgere e rendere protagonisti. L'organismo decisionale e di coordinamento locale fisiologicamente dovrà connettersi da logiche concertative, di dialogo e confronto, potendo difficilmente costruire un setting decisionale formalizzato, con regole di voto definite in base a maggioranze programmate, in quanto non ha alla base dei meccanismi di rappresentanza o elettivi codificati. Ogni componente manterrà prerogative di governo sulle proprie risorse, comprese quelle apportate all'integrazione di rete, potendo sempre mantenere l'"ultima parola" su di esse. L'obiettivo concertativo dell'organismo locale è proprio quello di allineare le mappe culturali, le informazioni disponibili, per convergere verso visioni comuni, evitando meccanismi di conteggio delle preferenze. L'eventuale attivazione della clausola di salvaguardia, per cui ogni componente può esercitare le fisiologiche prerogative di governo sulle proprie risorse, risulterebbe come indicatore di insuccesso del processo di allineamento cognitivo e sulle visioni.

La governance locale deve prevedere anche dei momenti codificati e programmati di dialogo con la comunità, attraverso dei momenti di incontro pubblici tra l'organismo decisionale e di coordinamento e la popolazione locale. Questi momenti possono anche essere suddivisi tra due cluster distinti, che hanno esigenze e fabbisogni specifici: l'insieme degli utenti dei servizi e dei loro caregiver e la popolazione generale. I due gruppi sono portatori di sguardi distinti, di esigenze e competenze diverse per cui potrebbe essere utile organizzare occasioni di incontro separate, anche magari aperte e in sequenza tra di loro. Le modalità e gli strumenti di dialogo possono oggi agilmente differenziarsi, senza particolari oneri economici o organizzativi. L'incontro con la comunità può avvenire *de visu* in assemblee pubbliche, ma potrebbe avvenire anche in assemblee digitali, favorendo la partecipazione di chi ha tempo o mobilità ridotto, così come si possono gestire survey digitali o blog di confronto. Questi diversi strumenti possono essere alternati e integrati tra di loro, perché hanno caratteristiche complementari. I forum di discussione on line, le survey, i blog digitali possono permettere di meglio organizzare la discussione, di fornire dati in modo

preliminare molto organizzati, mentre le assemblee de visu garantiscono spontaneità, afflato e commitment.

La governance locale attiva un gruppo di lavoro per ogni iniziativa di CB del territorio, completando in questo modo l'assetto di governo complessivo. Il gruppo di lavoro è composto da rappresentanti di tutte le componenti che nella specifica iniziativa di CB apportano contributi a cui aggiungere, se possibile, forme di coinvolgimento degli utenti o di loro tutori. Questi rappresentanti possono essere persone diverse da coloro che partecipano all'organismo locale di decisione e coordinamento per aumentare la platea delle persone coinvolte e evitare l'affollamento delle agende.

Figura 5.1. Governance locale di CB



Fonte: Elaborazione degli autori

La frequenza con cui si incontrano le singole componenti della governance di CB locale dipende ovviamente dalla sensibilità locale, dall'intensità del processo di CB, dall'attitudine alla concertazione o alla contrapposizione. In un contesto fisiologicamente ordinato ci aspettiamo un incontro mensile per l'organo locale di decisione e coordinamento, due confronti strutturati all'anno con la popolazione e gli utenti, inframezzati da momenti di dialogo on line, mentre i gruppi locali di CB necessitano di incontri frequenti (settimanali), almeno nella fase iniziale di avvio del primo anno.

La governance centrale fisiologicamente si concentra sugli attori strutturati e su meccanismi di rappresentanza capaci di fare sintesi tra gli attori, anche considerando la numerosità delle istituzioni da coinvolgere, sia quelle pubbliche, che quelle private. A titolo esemplificativo citiamo il fatto che in una AUSL media del SSN di 500.000 abitanti insistono 66 comuni, che comunque rimangono 13 per ogni ambito sociale di 100.000 abitanti. I numeri sono simili se non superiori se consideriamo il terzo settore professionale, il volontariato e le reti sociali informali. Pertanto ogni categoria di stakeholder deve definire internamente dei propri meccanismi di rappresentanza per poter dare un contributo alla riflessione centrale di area vasta. Inevitabilmente questa logica tenderà a rafforzare

il ruolo delle istituzioni più grandi e strutturate, tipicamente quelle pubbliche e quelle del terzo settore professionale. Questo rafforza l'esigenza di dare grande peso ed empowerment alle reti sociali informali nella governance del livello locale, come è stato proposto. La partecipazione alla governance centrale deve essere inclusiva, ma con un elemento discriminatorio: solo le istituzioni e le organizzazioni che contribuiscono significativamente al pooling delle risorse del welfare sono ammesse a partecipare. Ciò significa che cedono una quota importante delle proprie risorse alla gestione congiunta e che sono disponibili a logiche di programmazione integrata. Si tratta di un principio comunque inclusivo, perché ogni organizzazione è in grado di fare pooling delle risorse, ma che riesce a selezionare e a limitare la partecipazione ad attori effettivamente convinti ed operativamente fattivi.

Il punto cruciale della governance complessiva, locale e centrale, è la precisa distinzione di ruoli e funzioni, per rendere il disegno chiaro e organico.

Il livello centrale si dovrebbe focalizzare sulle seguenti funzioni:

- a. Costruzione del sistema delle alleanze formalizzate e conseguente pooling delle risorse;
- b. Visione del modello di CB ed elaborazione piano strategico di CB;
- c. Programmazione e allocazione delle risorse ai territori;
- d. Monitoraggio delle esperienze di CB e loro benchmarking/benchlearning;
- e. Raccolta e analisi dei dati di bisogno e di attività;
- f. Messa a disposizione dei territori di strumenti operativi;
- g. Sviluppo di competenze da diffondere nei territori.

La governance del livello locale ha compiti e funzioni complementari:

- a. Sostenere l'interazione profonda tra attori pubblici e reti sociali nelle iniziative di CB;
- b. Integrare operativamente le risorse pubbliche e di comunità;
- c. Disegnare in modo partecipativo le caratteristiche dei servizi locali, sia pubblici, sia privati, sia la loro interazione;
- d. Usare e valorizzare le competenze e gli strumenti operativi messi a disposizione del centro.

A titolo esemplificativo proponiamo un box che delinea le possibili distinte funzioni tra distretto socio-sanitario e Casa della Comunità, dove in questo caso il primo rappresenta il centro del sistema da 100.000 abitanti e la seconda il livello territoriale. Questo fa intravedere anche la possibilità di articolare la governance su tre livelli (Azienda USL, distretto, Casa della Comunità), rendendo il sistema ancora più articolato.

Box. 5.2. Suddivisione di funzioni tra distretto socio-sanitario e Casa della Comunità

Possibili ruoli e funzioni complementari tra distretto e casa della comunità

Il distretto medio del SSN ha 100.000 abitanti e potrebbe contenere da 3 a 5 Casa della Comunità (CdC).

Il distretto socio-sanitario rappresenta la struttura organizzativa in cui:

- Si integrano le risorse sanitarie con quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali (pooling delle risorse), partendo dal profilo di comunità integrato dove si enucleano risorse e bisogni;
- Si definisce la programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale integrata grazie alla concertazione tra i rappresentanti degli EE.LL. e il direttore del distretto, sentiti gli stakeholder rilevanti del territorio compresa la CdC;
- Si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie alle CdC;
- Si definiscono gli obiettivi attesi dai servizi delle CdC.

All'interno della programmazione del distretto, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge cinque funzioni principali:

- È il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- È il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- È il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- È il luogo di integrazione delle risorse informali e formali della comunità che vengono aggregate alle risorse formale dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni;
- È il luogo dove la comunità ricomponе il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle antenne e dalle reti sociali.

5.3.2 La sequenza decisionale di CB

Il coinvolgimento attivo della comunità, soprattutto a livello locale, interroga su quale sia la sequenza decisionale più appropriata per generare un effettivo coinvolgimento delle reti sociali, in modo che queste si sentano effettivamente ingaggiate e responsabili dei risultati collettivi raggiunti e quindi esprimano il massimo del contributo possibile alle iniziative di CB.

Innanzitutto è rilevante valutare il livello di autonomia e di spazio decisionale concesso ai singoli territori, attraverso il ruolo dei comitati decisionali e di coordinamento locali, rispetto alla regia centrale. Tanto più il centro riesce a concentrarsi sul mandato di pooling delle risorse, di definizione di visioni, di messa a disposizione di strumenti e competenze, lasciando il service design a livello partecipativo locale

insieme alla costruzione delle singole iniziative di CB, tanto più vi è un potenziale spazio per l'empowerment delle reti sociali (Popay et al, 2007).

Oltre alla definizione dei confini di gestione centrali e locali, appare rilevante la direzione della sequenza decisionale: quando ed in che momenti si coinvolge la comunità o i suoi rappresentanti?

A questo proposito è possibile concettualizzare tre potenziali logiche alternative:

1. Modello gerarchico dei decisori pubblici

In questo modello la sequenza decisionale si basa su una elaborazione delle proposte decisionali da parte dei vertici istituzionali pubblici (es. sindaci e direttori generali di AUSL), che le espongono alla comunità o ai suoi rappresentanti per dibatterle. Le decisioni possono riguardare le priorità del CB, i territori target, le risorse dedicate, i modelli di servizio. Un confronto di questo tipo ha naturalmente un orientamento più informativo e di controllo sociale ex ante, che può generare dei cambiamenti alle proposte solo di tipo marginale.

2. Modello partecipativo

Nel modello partecipativo il coinvolgimento della comunità o dei suoi rappresentanti avviene fin dal momento di analisi e discussione dei dati, per proseguire rispetto alla definizione delle priorità, rispetto a cui decidere poi i territori e le caratteristiche delle iniziative di CB. Lo spazio di influenza dei leader pubblici rimane comunque rilevante, disponendo della facoltà di proporre i dati nei format e con gli accenti che preferiscono, potendo comunque interpretare le condizioni di agibilità che indirizzano inevitabilmente le scelte e disponendo del potere di costruire le sintesi dei dialoghi con la comunità. Rimane comunque un esercizio di confronto ex ante, che richiede uno standing significativo alla parte pubblica, sia nel rappresentare i limiti del possibile nell'azione del welfare, sia nella fase di sintesi di richieste legittime, ma in contrasto tra di loro, provenienti dai diversi portatori di interessi.

3. Modello tecnocratico dei dirigenti pubblici

In questo caso sono i dirigenti pubblici che propongono le elaborazioni delle linee di azione e di allocazione delle risorse. A loro poi viene chiesto un doppio lavoro di raccordo e armonizzazione, dovendo concertare la decisione sia con il vertice politico-istituzionale, sia con la comunità. Anche questi due processi devono essere messi in sequenza, dovendo decidere con chi dialogare per primo. È opportuno probabilmente iniziare dal panel dei soggetti più convinti delle logiche di CB, perché questo aumenta le probabilità di sostenere il loro accordo e coinvolgimento. In questo caso la leadership imprenditoriale del cambiamento è saldamente in mano alla dirigenza pubblica.

Tabella. 5.3. Sequenze decisionali alternative, leadership, PROs/CONs

TIPOLOGIA DI SEQUENZA	LEADERSHIP	PROs/CONs
Gerarchica	Vertici politico-istituzionali pubblici	PROs: Commitment da parte dei vertici istituzionali CONs: coinvolgimento successivo della comunità
Partecipativa	Concertazione con i rappresentanti della comunità	PROs: forte commitment dei rappresentanti della comunità CONs: vertice istituzionale potrebbe risultare poco coinvolto
Tecnocratica	Dirigenti pubblici	PROs: allineamento tra i dirigenti e realismo attuativo CONs: doppio livello di concertazione, con vertice istituzionale e comunità

Fonte: Elaborazione degli autori

La sequenza decisionale può essere ulteriormente specificata, correlando alla figura dei decisori e al momento di coinvolgimento della comunità, anche i diversi oggetti di discussione possibili, rilevanti per il CB. Segnaliamo al proposito alcuni oggetti rilevanti di analisi e decisione: l'identificazione delle metriche e delle fonti di lettura dei dati, la discussione delle evidenze, la definizione dei target sociali prioritari per il CB, la scelta dei territori sperimentali, l'identificazione e l'ingaggio delle reti strumento, l'allocazione delle risorse pubbliche locali da dedicare alle iniziative di CB. Incrociano questi possibili temi di concertazione con le sequenze alternative di coinvolgimento della comunità otteniamo la seguente tabella.

Tabella 5.4. Sequenze decisionali e oggetti di discussione

SEQUENZE DECISIONALI	Me- trica cluste- rizza- zione e fonti dati	Analisi e di- scus- sione dati	Defini- zione target priori- tari	Scelta terri- tori per CB	Scelta reti stru- mento	Defini- zione ri- sorse lo- cali da dedicare
GERARCHICA						
PARTECIPATIVA						
TECNOCRATICA						

Fonte: Elaborazione degli autori

In prima approssimazione ci si potrebbe aspettare l'adozione coerente di una sequenza decisionale coerente per tutto il processo di analisi, decisione e costruzione del CB. Nella realtà dei fatti è plausibile che, a seconda dell'oggetto di lavoro, vi sia un coinvolgimento più pronto e pro-attivo della comunità, mentre su altri temi si preferisca una informazione successiva alla decisione più o meno concertativa. Questo dipende in parte dalla ricchezza delle mappe cognitive diffuse, dal capitale sociale disponibile, dalla familiarità alla concertazione della leadership istituzionale o dirigenziale pubblica. Alcuni temi possono essere percepiti come più complessi e sensibili come la definizione delle priorità e di target e di territorio e la definizione del perimetro delle risorse locali da riservare al CB. All'opposto, altri temi, come la scelta delle metriche e dei dati, la loro discussione, l'individuazione delle reti strumento possono essere visti come potenzialmente meno divisivi. A questo proposito crediamo poco utile un approccio normativo e giudicante, ma la necessità di attivare progressivi percorsi di apprendimento e riconoscimento reciproco, tra soggetti istituzionali e rappresentanti della comunità, a partire dalle esperienze accumulate nel passato, che in molti territori sono già ricche e positive.

5.3.3 Organizzazione del supporto generale e degli strumenti operativi di CB

Le iniziative di CB si basano sul contributo generoso delle reti sociali e sulla loro forte integrazione con le proiezioni locali dei servizi di welfare pubblici struttu-

rati, sia in ambito sociale, sia in ambito sanitario, ma in contesti territoriali relativamente piccoli. Fisiologicamente questi non possono essere particolarmente dotati di competenze e sistemi operativi gestiti in autonomia, sia perché non registrano le economie di scala sufficienti, sia perché non sempre dispongono delle necessarie competenze professionali, sia perché spesso non hanno le deleghe organizzative formali ad accedere ad alcuni database o ad attivare alcuni processi. Il centro del sistema, proprio per rendere plausibile ed effettiva la governace decisionale partecipativa e decentrata, deve organizzarsi per alimentare sistemi informativi ed operativi diffusi, che siano di supporto alle unità organizzative decentrate, dove si intende attivare le iniziative di CB. Questa costituisce una difficoltà culturale maggiore per le organizzazioni pubbliche, che hanno tutte le risorse e le competenze per superarle, ma che vengono da traiettorie storiche che raramente hanno investito in questa direzione. In ambito sanitario, la consolidata capacità degli staff aziendali centrali in termini di flussi informativi, di programmazione e controllo, di reportistica, di supporto alle decisioni aziendali, raramente ha saputo alimentare processi gestionali decentrati nei servizi territoriali. Il management dei distretti lamenta l'indisponibilità di accesso diretto ai sistemi operativi, ad esempio per preparare direttamente la programmazione o l'audit dei professionisti convenzionati o delle loro unità operative decentrate. L'uso dei sistemi operativi aziendali è sempre mediato dai servizi centrali, con importanti differimenti del tempo e una perdita di autorevolezza nei confronti degli interlocutori del management territoriale. Questa prassi risulterebbe ancora più pericolosa nel confronto dell'ingaggio della comunità, qualora il rappresentante pubblico, ogni qualvolta dovesse aggiungere un approfondimento nell'analisi dei dati o nelle simulazioni sull'allocazione possibile delle risorse, fosse obbligato a ripassare dagli uffici centrali, ripresentandosi pronto agli occhi dei propri interlocutori solo dopo qualche settimana e grazie a leve che non gestisce direttamente. Ciò genererebbe un meccanismo di delegittimazione istituzionale che renderebbe poco credibile l'indirizzo all'empowerment della comunità da parte dello stesso attore. Nell'ambito dei servizi socio-assistenziali la situazione è invece più simile a un "green field", vista la generale scarsa tendenza a usare baseline quantitative per le decisioni, soprattutto capaci di rappresentare i bisogni e i tassi di copertura dei medesimi. La prassi operativa è ancora molto focalizzata a contabilizzare il numero delle prestazioni socio-assistenziali, degli utenti e l'impatto sulla spesa, informazioni poco utili per definire le priorità di CB.

Le istituzioni pubbliche hanno una cultura e una prassi consolidata nel disegnare assetti istituzionali, quindi anche nel caso del CB sapranno definire il perimetro degli attori da coinvolgere, degli organi da attivare e disegnare i relativi processi decisionali. Nel caso del CB rimane comunque cruciale innervare

l'assetto istituzionale di dati e sistemi operativi, pena l'impossibilità di coinvolgere effettivamente le reti di comunità, proprio perché manca la possibilità di rappresentare l'oggetto della discussione concertativa.

5.4. Il piano strategico di CB

Il piano strategico di CB definisce l'insieme delle azioni di coinvolgimento delle reti di comunità che si intende attuare nell'arco di 3-5 anni nei diversi territori dell'area vasta considerata (perimetro di un ambito sociale o di una AUSL). Essendo i processi di CB sufficientemente periferici all'agenda politica e legislativa abituale, il piano strategico di CB rappresenta, da questo punto di vista, uno strumento di "agenda setting" istituzionale, in modo che l'analisi e la definizione delle priorità sociali determini la proattiva valorizzazione delle risorse della comunità in modo organico e sistematico, in risposta a letture sistemiche su dove le risorse del welfare tradizionale risultano insufficienti o strutturalmente inefficaci o parzialmente efficaci. In altri termini, il piano strategico di CB può risultare utile per mantenere prioritarie le azioni di rete innovative, le quali rappresentano una innovazione *disruptive* e di rottura delle traiettorie storiche delle istituzioni pubbliche, rispetto le quali è utile disporre di un piano di azioni e obiettivi per comprendere il livello dei successi/insuccessi attuativi raggiunti e il posizionamento dell'istituzioni rispetto alle fisiologiche resistenze al cambiamento che si incontrano in processi sfidanti come quelli del CB.

Il livello istituzionale e geografico più proprio del piano strategico di CB è quello dell'area vasta, che può essere rappresentata dal perimetro di una AUSL o da un ambito di zona, a sua volta articolato in territori decentrati, in cui concretamente si realizzano le azioni di CB.

Il trade off più significativo che il piano strategico di CB deve risolvere è se le iniziative e le progettualità previste di CB vengano replicate in parallelo e similmente in tutti i territori, oppure se esiste una scelta di concentrarsi, negli stadi iniziali, su un ristretto numero di territori, oppure se sperimentare forme e target diversi di CB in ogni singolo territorio, per coinvolgere tutti ma in modo complementare l'uno all'altro. Le ragioni di questo trade off sono le limitate energie istituzionali disponibili per progetti che indubbiamente sono finanziariamente poco costosi, ma estremamente sfidanti sul piano delle relazioni istituzionali, della comunicazione pubblica, del superamento di logiche burocratiche, dell'ingaggio diffuso degli stakeholder e delle reti sociali informali. Un territorio con un forte capitale istituzionale sul lato degli attori pubblici (AUSL ed EE.LL.) e molto capitale sociale, con una tradizione, seppur magari sporadica e non ancora sistemica, di CB può aspirare a implementare diverse iniziative di CB in parallelo in tutti i propri territori locali (distretti o *caching area* della CdC). Viceversa, un sistema non troppo strutturato di istituzioni pubbliche, in un contesto a basso capitale sociale, può ragionevolmente sperimentare poche

iniziative di CB in un numero limitati di territori, mettendo tutte le energie istituzionali disponibili a supporto delle iniziative di innovazione sociale, che rappresentano una rottura rispetto allo scenario storico dato.

5.4.1. *L'indice logico del piano strategico di CB*

Un possibile indice logico del piano strategico di CB è il seguente.

Figura 5.2. Indice piano strategico di CB



Fonte: elaborazione degli autori

Il target (1) si riferisce al cluster di popolazione obiettivo dell'iniziativa di CB, per il quale occorre specificare in quanti e quali territori (2) si intende replicare l'iniziativa. La motivazione (3) indica la ragione per cui si sceglie l'approccio di CB invece che servizi di welfare tradizionali (scarsità di risorse pubbliche, inefficacia parziale dei servizi ufficiali, o forti interdipendenze reciproche). Le reti strumento (4) sono l'insieme dei soggetti sociali che si intende valorizzare e connettere nei diversi territori per ogni iniziativa di CB, così come le reti oggetto (5) sono le reti di cittadini appartenente al target di cui si intende promuovere la connessione e partecipazione in ogni singolo ambito di applicazione del progetto di ingaggio della comunità. Le risorse (6) indicano i contributi pubblici per ogni iniziativa in ogni territorio in termini di personale, spazi, contributi finanziari, supporti digitali, processi formativi e partecipativi che si intende mettere

a disposizione, compatibilmente con la sostenibilità generale dei soggetti istituzionali. La governance (7) indica l'assetto istituzionale e partecipativo che si intende attivare per ogni progetto di CB in ogni territorio e i correlati meccanismi di coordinamento sovraordinati. Gli obiettivi (8) di natura quantitativa definiscono la quantità di persone del target che si intende raggiungere, l'intensità assistenziale o di socializzazione programmata, il livello di partecipazione comunitaria attesa. Le tempistiche (9) specificano la sequenza e il cronoprogramma con cui si avviano durante la vigenza del piano strategico le diverse iniziative di CB nei specifici territori, a seconda che si privilegino logiche sequenziali o parallele, innovazioni singole o a grappoli.

In questo modo il piano strategico di CB raggruppa tutte le iniziative da attivare, valorizzare o sviluppare in un periodo di 3/5 anni, nei diversi territori, definendo le risorse per esse disponibili e gli obiettivi attesi. La sua costruzione è un'occasione privilegiata di allineamento delle premesse collettive dentro le istituzioni pubbliche e nella comunità, di discussione collettiva di criticità e opportunità e di condivisione di un nuovo framework di welfare comunitario, integrato e partecipativo. L'organicità del piano strategico di CB permette, successivamente alla sua adozione, di suddividerlo per le responsabilità attuative tra i singoli territori o a unità organizzative centrali che hanno compiti e funzioni verticali che tagliano trasversalmente tutti i territori. Il piano strategico può contenere utilmente anche una scheda per singola iniziativa di CB programmata, che può operare come mandato per lo specifico responsabile di progetto o project manager del cambiamento.

Di seguito si riporta un esempio anonimizzato del format di progetto che potrebbe essere contenuto in un Piano Strategico di una AUSL, considerando che l'intero piano è costituito dalla sommatoria di N schede progettuali di questo tipo, sotto un ombrello di analisi e prioritizzazione complessiva.

Box 5.3. Esempio di Piano Strategico

1 - Identificazione del target e dei territori di intervento

Costruzione di una rete per la prevenzione della disabilità e dell'istituzionalizzazione di anziani fragili isolati (senza rete familiare e/o comunitaria) nei distretti X, Y, Z. L'obiettivo generale del progetto è di creare piani sociali individuali secondo il modello della social prescription. La storia di questo progetto parte dalle esigenze non soddisfatte dell'utenza rilevate dai direttori di distretto del X, Y, Z e da uno specialista che si occupa di fragilità/disabilità.

2 - Motivazioni alla base della scelta del/i target e del/i territorio

La regione ha un indice di vecchiaia superiore alla media nazionale e la percezione di salute degli ultrasessantacinquenni è inferiore alla media nazionale. Nel biennio 2016-2017, l'83% della popolazione con più di 65 anni giudica complessivamente positivo il proprio stato di salute. Il restante 17% invece ne dà un giudizio negativo, riferendo che la propria salute "va male" o "molto male". Nelle persone anziane in particolar modo, una cattiva percezione del proprio stato di salute è correlata a un rischio

aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti. Con la metrica “PASSI d’Argento” si definisce anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse, IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono). La fragilità aumenta progressivamente con l’età, riguarda l’11% dei 65-74enni e raggiunge il 30% fra gli ultra 85enni; è associata allo svantaggio socio-economico (28% fra le persone con molte difficoltà economiche vs 13% tra chi non ne ha) ed è correlata al livello di istruzione (24% fra le persone con bassa istruzione/vs 13% fra chi ha un livello di istruzione alto). La stragrande maggioranza delle persone con fragilità (98%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (14%); meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari delle ASL o del Comune, meno dell’1% riceve assistenza da un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (1%).

In assenza di una rete familiare e/o comunitaria, gli anziani fragili, che sono per definizione portatori di lieve disabilità, e quindi non possono percepire indennità di accompagnamento, non sono in grado di svolgere una vita autonoma. Per questi motivi spesso l’unica soluzione è l’istituzionalizzazione: benché tale intervento sia inappropriato, viene utilizzato per una sostanziale assenza di alternative.

Si propone quindi un intervento di community building rivolto ad anziani fragili ed isolati con l’obiettivo di superare le criticità sopra elencate. Per questo intervento sono stati scelti i distretti X, Y, Z in quanto le reti familiari e comunitarie sono più lasse rispetto ad altri centri della Ausl.

3a- Identificazione delle reti strumento da attivare

- Università Terza Età
- Parrocchie (segue elenco parrocchie)
- Centri Sociali (segue elenco centri sociali)
- PRO LOCO e Coordinatore UNIPLI (Unione Nazionale Pro Loco) Italiana
- Progetto X
- ACLI
- Associazioni di quartiere
- Lions e Rotary
- AVIS
- Cesvol
- La Rete delle Città del Sollievo, ha come scopo la diffusione delle Cure palliative.

3b - Identificazione delle reti oggetto da attivare

- Gruppi di anziani del quartiere che si ritrovano in parrocchia, al bar, ai circoli, al parco e al Piedibus, al giardinaggio di comunità (rete informale *peer to peer*, *gli anziani in salute possono aiutare in alcune attività gli anziani fragili*)
- AUSER, Cooperativa X (rete tra anziani e operatori di tali cooperative, in particolare gli anziani potrebbero partecipare alle attività proposte dalle cooperative o potrebbero ricevere un aiuto domiciliare)

- Associazione Malati Alzheimer, Associazione Cuor di Leone per anziani con malattie cardiologiche (rete tra anziani e volontari di tali associazioni, in particolare gli anziani potrebbero partecipare alle attività proposte dalle associazioni)
- Volontari di parrocchie e centri sociali che aderiscono all'iniziativa (rete tra anziani e volontari di tali associazioni, in particolare gli anziani potrebbero partecipare alle attività proposte dalle parrocchie e centri sociali)
- Studenti universitari fuori sede per progetti di Co-Housing (rete tra anziani che potrebbero ospitare gratuitamente studenti universitari fuori sede; questi ultimi in cambio possono offrire un piccolo aiuto quotidiano, es. per fare la spesa)
- Banca del Tempo - Referente XX;
- Portierato di quartiere recentemente istituito dal Comune (rete tra anziani e volontari di tali associazioni che potrebbero aiutare in piccoli compiti di accompagnamento, aiuto in attività della vita quotidiana)

4a - Identificazione delle risorse finanziarie

- Risorse per materiale informativo sia per reti strumento → 600 euro
- Campagna di comunicazione (creazione gruppo facebook) → 400 euro
- Valutazione e monitoraggio del progetto (adattamento piattaforma informatizzata) → 4.000 euro
- Formazione per utilizzo piattaforma dedicata → (risorse interne Ausl)
- Formazione volontari → (risorse interne Ausl)
- Operatori cooperativa → 6.000 euro
- Materiale di consumo → 1.000 euro

4b - Identificazione delle risorse umane

- Medici specialisti, Assistenti sociali Ausl, MMG Ausl (team 1)
- Assistenti sociali e altri operatori del Comune (team 2)
- Animatori di Comunità, volontariato e soggetti delle reti strumento (team 3)
- Cooperative sociali e soggetti delle reti oggetti (team 4)
- Marketing sociale (Ausl 1, Comune, reti strumento e reti oggetto)

5 - Individuazione delle responsabilità e sequenza decisionale

La pianificazione del progetto è stata effettuata da un gruppo di lavoro dei distretti, insieme ai dirigenti aziendali; successivamente è stata chiesta l'approvazione alla Direzione Aziendale ed infine si coinvolgeranno le reti strumento.

6 - Identificazione di obiettivi specifici

- Ridurre del 10% il numero di soggetti inviati in residenza protetta
- Ridurre del 10% il numero di soggetti inviati in residenza sanitaria assistita
- Ridurre del 5% la disabilità a 12 mesi
- Ridurre del 5% la mortalità a 12 mesi
- Ridurre del 10% gli accessi inappropriati in pronto soccorso e in ospedale

7 - Dettaglio delle tempistiche nel triennio di riferimento (2022-2024)

1. 0-6 mesi pianificazione progetto

1.1 Pianificazione del progetto con i referenti Ausl e rappresentanti reti strumento

- 1.1.1 Creazione team multidisciplinare (es. Assistente Sociale, neurologo, MMG, infermiere di comunità, infermiere della Casa della Comunità, infermiere del domiciliare)
- 1.1.2 Creazione scheda rilevamento del bisogno socio-assistenziale
- 1.1.3 Creazione cartella dedicata al progetto sul Sistema X
- 1.1.4 Creazione depliant esplicativo del progetto
- 1.1.5 Identificazione delle attività da promuovere (knitting, giardinaggio di comunità, angolo delle farfalle, piedibus del Ben Essere Senior con visite a musei, laboratori di lettura ad alta voce, danze e giochi popolari)
- 1.1.6 Creazione Elenco Studenti Universitari fuori sede disponibili al co-housing
- 1.2. *Presentazione del progetto alle reti strumento*
- 1.2.1 comunicazione (telefono, e-mail, posta) con depliant esplicativo inviata ai responsabili
- 1.2.2 riunione di presentazione ai membri delle associazioni
- 1.2.3 modifica delle schede rilevamento del bisogno socio-assistenziale e cartella dedicata in base ai suggerimenti ricevuti durante le riunioni con i soggetti della rete strumento
- 1.2.4 reclutamento volontari che desiderano partecipare attivamente al progetto
- 1.2.5 formazione dei volontari che decidono di diventare *peer-educator*, accompagnatori....
- 2. *6-12 mesi inserimento utenti*
- 2.1.1 rilevazione dei bisogni sociali di un singolo individuo da parte di assistenti sociali/MMG/specialisti AUSL/Punti di ascolto Comune/associazioni/cooperative sociali/familiari
- 2.1.2 inserimento nel progetto tramite raccolta adesione scritta ed inserimento dati nella piattaforma informatizzata
- 2.1.3 creazione opportunità di attività di gruppo (es. giardinaggio, knitting, Piedibus, pittura, teatro...) disponibili in quel territorio
- 3. *13-36 mesi follow-up*
- 3.1.1 rilevazione partecipazione alle attività proposte (es. registro di presenza).
- 3.1.2 scheda di rilevazione benessere psicosociale pre e post- inserimento nel progetto
- 3.1.3 scheda di rilevazione apprendimento cooperativo
- 3.1.4 monitoraggio obiettivi specifici tramite indicatori rilevabili

Attività	0-6 mesi		7-12 mesi				13-36 mesi	
1.1	Team 1	Team2						
1.2	Team1	Team 3						
2.1			Team 1	Team 2	Team 3	Team 4		
2.2			Team 2	Team 3	Team 4			
2.3			Team 3	Team 4				
3.1							Team 4	
3.2							Team 4	
3.3							Team 4	
3.4							Team 4	Team 1

5.5. Change management per l'introduzione di logiche di CB

L'adozione di logiche di CB rappresenta per molti versi una rottura delle culture organizzative del welfare pubblico tradizionale, che richiede un accompagnamento per la trasformazione cognitiva, esperienziale e di competenze tecnico-professionali specifiche. Le principali rotture di cultura organizzativa sono riassunte nella

Tabella 5.5. Confronto tra culture istituzionali e organizzative del welfare tradizionale e il CB

	WELFARE PUBBLICO TRADIZIONALE	WELFARE INTEGRATO CON LOGICHE DI CB
RECLUTAMENTO UTENTI	Welfare di attesa	Welfare di iniziativa
RISORSE	Esclusivamente pubbliche	Combinazione tra risorse pubbliche e di comunità
PROGRAMMABILITA' ATTIVITA'	Fino ad esaurimento budget	Aperta: in funzione delle risorse che si attivano durante il processo di CB
PERIMETRO ISTITUZIONALE PUBBLICO	Mono istituzionale	Integrazione sanitario-sociale come preconditione al CB
GOVERNANCE	Pubblica	PA in dialogo con la comunità
PREROGATIVE DI GOVERNO	Gerarchiche	Concertative
FUNZIONAMENTO	Meccanicistico	Dinamiche sociali
LIVELLI DI GOVERNO	2: Azienda e distretto	3: Azienda sanitaria, distretto/ambito sociale, Casa della Comunità

Fonte: Elaborazione degli autori

L'impatto del CB sulla cultura organizzativa delle strutture del welfare tradizionale potrebbe essere rilevante e generare anche delle fisiologiche resistenze al cambiamento, a causa della profondità delle differenze tra i due approcci. Andando proattivamente al reclutamento di utenti occorre discutere quali siano i cluster prioritari, questione difficile nel dibattito valoriale pubblico, che invece non emerge nel modello prevalente del welfare tradizionale di attesa. Questo impone l'uso di basi dati empiriche prima aggregate per analizzare e definire le priorità e poi nominative per chiamare le persone dei target prescelti. Le risorse sociali e di comunità disponibili non hanno un perimetro chiuso e definito come i bilanci pubblici: più persone si riescono a coinvolgere, più commitment collettivo si genera, più reti sociali vengono coinvolte, più risorse potenziali si rendono disponibili. Nel welfare tradizionale ogni utente in più rappresenta un consumo ulteriore delle risorse disponibili e quindi un tensore negativo per la sostenibilità del budget istituzionale. Nelle logiche di CB, ogni partecipante in più al processo collettivo potrebbe essere un portatore di risorse (relazionali, di influenza, cognitive, di volontariato, di scambio tra pari), una persona che in parte genera e in parte consuma valore nel processo. Il tasso di programmabilità del welfare scende, mentre si aprono nuove e inattese opportunità di sostenere la riproduzione sociale, senza particolari vincoli per il numero delle persone coinvolgibili e delle risorse attivabili. Con il CB si passa ad un mondo più generativo ma più incerto rispetto al welfare tradizionale. La governance diventa più articolata e inclusiva, coinvolgendo una pluralità di istituzioni pubbliche, il terzo settore, il volontariato e le reti sociali naturali o supportate. Essa si articola necessariamente su più livelli gerarchici, perché le visioni possono essere delineate al centro, l'allocazione delle risorse può avvenire a livello meso (distretto o ambito di zona), mentre le azioni di CB sono a livello locale micro. Più ci si apre allo scambio con la comunità e le reti sociali, meno è disponibile la leva gerarchica e più servono logiche concertative. Queste profonde trasformazioni richiedono un supporto di change management a una pluralità di stakeholder diversi, i quali hanno sensibilità e approcci distinti e specifici e che quindi richiedono processi almeno in parte separati e con contenuti contestualizzati e adattati agli interlocutori. Il lavoro di change management per sviluppare iniziative di CB rappresenta quindi un cantiere ampio a cui è necessario dedicare energie congrue, anche per poter raggiungere i diversi obiettivi attesi dal cambiamento. La tab. 5.6. incrocia l'elenco dei diversi stakeholder da ingaggiare e i principali contenuti del cambiamento atteso.

Tabella. 5.6. Obiettivi e target di change management per attuazione CB

	ALLINEAMENTO MAPPE COGNITIVE	ESPERIENZE MOTIVAZIONALI	COMPETENZE TECNICO- PROFESSIONALI
VERTICI ISTITUZIONALI E TOP MANAGEMENT			
MIDDLE MANAGEMENT SANITARIO E SOCIALE			
OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI			
RAPPRESENTANTI III SETTORE, VOLONTARIATO COMUNITA'			
COMUNITA' DIFFUSA			

Fonte: Elaborazione degli autori

Gli obiettivi principali del processo di change management sono a) un allineamento cognitivo sulle premesse che portano a investire sul CB e sui dati di bisogno e tassi di copertura dei medesimi per selezionare i target prioritari; b) lo studio desk e l'osservazione empirica di concrete esperienze di CB anche di altri contesti, per apprezzarne l'efficacia, la fattibilità e la complementarietà al welfare pubblico tradizionale; c) l'apprendimento di nuove competenze e tecniche utili per il network management, per l'ingaggio della comunità, per costruire sistemi di contributi e ricompense equilibrati, per mappare i bisogni e svolgere analisi sui relativi dati. Il cambiamento cognitivo, esperienziale e di competenze richiede processi di apprendimento e di accompagnamento all'innovazione differenziati tra i diversi stakeholder coinvolti nei programmi di CB. Il vertice istituzionale e il top management necessitano di conoscenze e visioni alte, utili per impostare e concertare le strategie. Il middle management, all'opposto, si trova nel ruolo di coloro che devono concretamente gestire le iniziative di CB, dialogando con le reti sociali, con le associazioni e con la comunità. Essi necessitano di un percorso di formazione e accompagnamento profondo per sviluppare la familiarità con nuove logiche e strumenti gestionali efficaci per il CB, a partire dal network e stakeholder management. Gli operatori sanitari e socio-sanitari

devono acquisire anche sensibilità e tecniche utili per operare anche come professionisti di comunità. In particolare a loro è indispensabile aggiungere alla modalità di lavoro tradizionale di relazione con un solo utente per volta, quella di organizzare servizi basati su gruppi a domanda aggregata. A titolo d'esempio, gestire un gruppo di cammino o fare educazione alla compliance terapeutica a un gruppo di 20 o 30 persone è diverso che lavorare sulla singola persona. Oltre a dover generare un ambiente percepito come accogliente per un panel di persone, che lavori sull'effetto aggregativo, è necessario riuscire a valorizzare l'osmosi e il sostegno reciproco tra persone generato dal gruppo, proprio per moltiplicare l'effetto educativo o motivazionale sui singoli. Anche ai rappresentanti delle reti sociali e del volontariato deve essere illustrata la logica del CB e devono ad essa essere accompagnati. Di norma non si tratta di professionisti, ma di persone che svolgono altre mansioni nella vita, per cui i linguaggi e i contenuti devono essere adattati a questi specifici codici cognitivi. Il lavoro diretto sulla comunità si concentrerà maggiormente sui contenuti specifici delle iniziative di CB, con la finalità di generare adesione ed entusiasmo alla partecipazione, senza la necessità di diffondere concettualizzazioni e strumenti gestionali particolarmente articolati. Ciò che rileva in questa sede è sottolineare i diversi approcci al change management che è necessario adottare per i distinti stakeholder, attivando una pluralità di iniziative di primo coinvolgimento e di accompagnamento, con prassi, linguaggi e simboli specifici per ogni gruppo di lavoro.

Un aspetto da valorizzare è la ricchezza di esperienze di CB in molti territori italiani, seppur in piccole comunità, senza che siano mai stati concettualizzati e replicati a livello della propria aria vasta. Questo permette di offrire agli stakeholder coinvolti un naturale pilota prossimo da visitare e studiare, da replicare negli ambiti limitrofi, generando un meccanismo di sistematizzazione e quindi di modellizzazione condivisa. La replica di una iniziativa di CB in numerosi territori limitrofi, all'interno di un'unica unità organizzativa (distretto, ambito sociale, azienda sanitaria) genera un terreno spontaneo di *benchlearning*, dove confrontarsi sugli approcci, sulle soluzioni e sui risultati attesi. Un ruolo centrale del management e del middle management consiste proprio nell'allestire queste piattaforme di *benchlearning*, che rappresentano un efficace strumento di change management locale. Dove non vi sia disponibilità di un esperimento di CB utilizzabile come consolidato pilota locale da studiare e replicare, è opportuno valorizzare le esperienze di altri contesti, visitandole e studiandole, anche per generare un senso di fattiva convinzione sul grado di realizzabilità e di innovatività delle iniziative di CB. In ogni caso, mandare avanti in un unico ambito sociale o in un unico distretto la replica in numerosi territori di una stessa iniziativa di CB costituisce un vettore straordinario di confronto e commitment reciproco, che deve essere valorizzato a fondo dal management, pro-

prio come volano di gestione del cambiamento. Le tecniche che si possono utilizzare per ottenere un effetto di traino reciproco tra le varie repliche dell'iniziativa di CB sono molteplici: usare ogni gruppo di lavoro come advisor o discus-sant di un altro, co-progettare il modello di CB in sessioni che coinvolgano tutti i gruppi di lavoro locali, oppure confrontarsi su soluzioni ed esiti in itinere. Allestire questi spazi di confronto e apprendimento dovrebbe diventare una delle risorse e competenze distintive del middle management che promuove processi di innovazione e change management di CB.

5.6. Logiche di programmazione e controllo per le iniziative di CB

Il CB richiede un sistema di programmazione e controllo impostato per progetti e non per centri di responsabilità, dove ogni iniziativa di CB rappresenta un progetto. Qualora una iniziativa di CB venisse replicata più volte nella stessa azienda/ambito sociale rimane opportuno che ogni singola esperienza costituisca una unità di analisi elementare del sistema di programmazione e controllo, anche se ovviamente è opportuno confrontarle tra di loro in una logica di apprendimento reciproco.

Le risorse economiche e umane che le iniziative di CB richiedono alle istituzioni pubbliche sono relativamente modeste, soprattutto se paragonate con le spese tipiche del settore sanitario o socio-assistenziale. Pertanto l'oggetto prevalente della rilevazione gestionale non è certamente l'efficienza della spesa, ma oggetti coerenti a quanto il sistema di welfare va ricercando con i modelli di CB, in particolare: variabili rilevanti per il loro impatto sulle performance del sistema di welfare; variabili rilevanti per l'aumento del capitale sociale locale; misure del tasso di integrazione raggiunto per le persone o le risorse.

5.6.1 Variabili rilevanti per l'impatto sulle performance del sistema di welfare

- La crescita dell'equità e dell'universalità nell'accesso ai servizi;
- L'aumento della literacy medica o il miglioramento degli stili di vita della comunità;
- L'aumento dell'efficacia dei servizi grazie a un migliore service design o a una più diffusa partecipazione degli utenti in grado di migliorare la compliance alle cure e alle terapie e quindi i loro esiti intermedi.

La crescita dell'universalismo dell'accesso comporta una riduzione dei gap di bisogni non coperti e quindi avvicina i sistemi di welfare al raggiungimento della loro missione. La crescita dell'equità nell'accesso significa aver raggiunto i segmenti più fragili, meno capaci di trasformare spontaneamente il bisogno in domanda, quindi di aver usato logiche di welfare di iniziativa per promuovere il

loro reclutamento nei servizi. L'aumento della literacy medica e il miglioramento degli stili di vita, fisiologicamente, riguardano le categorie meno fortunate e sono determinanti rilevanti per la speranza di vita in buona salute. Aumentare la compliance alle cure è uno dei driver di salute più rilevanti in risposta al prevalere di condizioni di cronicità e di long term care. Coinvolgere gli utenti per ripensare le caratteristiche dei servizi, per renderli più inclusivi e attraenti, più autorevoli e convincenti, rappresenta un altro meccanismo per generare aderenze ai percorsi di cura, sia quando si svolge con modalità per gruppi di persone o pazienti, sia quando si personalizzano le cure valorizzando la co-production del paziente o dei suoi caregiver.

5.6.2 Variabili rilevanti per l'aumento del capitale sociale locale

In parallelo a queste dimensioni rilevanti per l'efficacia complessiva dei servizi, il CB vuole promuovere la crescita del capitale sociale e istituzionale locale, che può essere catturato con le seguenti dimensioni:

- aumento delle persone coinvolte in reti di socialità, di mutuo riconoscimento tra pari, di sostegno reciproco;
- crescita dei membri della comunità attivi in forme di volontariato, di associazionismo, di advocacy;
- incremento delle persone che partecipano attivamente a forme di audit civico, service design con gli utenti, programmazione partecipativa.

5.6.3 Misure del tasso di integrazione raggiunto

Le logiche di CB aspirano a raggruppare persone e a integrare risorse, in particolare osservando:

- Il tasso di integrazione tra le risorse sanitarie e quelle socio-assistenziali;
- Il grado di coordinamento tra i servizi formali del welfare e le risorse di comunità;
- La crescita delle forme di pooling della domanda, dove gli utenti usufruiscono congiuntamente di un servizio (es. tele-assistenza congiunta di gruppi dialitici domiciliari o un gruppo di anziani che condivide l'assistente domiciliare), generando economie di scala per l'erogatore ma soprattutto forme di vicinanza e supporto reciproco tra pari.
- La tabella 5.7 propone degli indicatori utilizzabili per rilevare i 9 possibili impatti rilevanti del CB qui citati.

Tabella. 5.7. Indicatori per misurare gli impatti rilevanti del CB

DRIVER DI EFFICACIA DEI SERVIZI DI WELFARE	CRESCITA RETI E CAPITALE SOCIALE	POOLING DELLE PERSONE E DELLE RISORSE
Indici di equità e tasso copertura bisogni	N. membri reti sociali/POP.	% di risorse sociali e socio-sanitarie integrate
Misure di literacy e stili di vita (BES)	N. persone attive nel volontariato/POP.	Quantità di risorse del welfare integrate con quelle di comunità
% pazienti aderenti ai percorsi di cura/assistenza	N. di persone attive nella partecipazione diretta/POP.	% utenti che usufruiscono di servizi con pooling domanda

Fonte: Elaborazione degli autori

Queste nove dimensioni, correlate ai rispettivi indicatori, possono essere utilizzate per valutare ogni iniziativa di CB, come singolo progetto. I passaggi logici da condurre sono: a) fare un assessment dello scenario locale “*AS IS*” rispetto a queste 9 dimensioni prima dell’avvio dell’iniziativa b) immaginarsi obiettivi possibili nell’orizzonte di uno/due anni; c) verificare semestralmente l’andamento di queste dimensioni.

La reportistica che ne emerge è più correlata a indicatori che esprimono il possibile miglioramento della comunità, della sua capacità di collaborare, di farsi carico dei propri problemi e correlati servizi, di integrare risorse, di migliorare le condizioni di contesto per le persone. Essa è di interesse di tutte le tipologie di stakeholder coinvolti nei progetti di CB.

Assumendo per un attimo solo il punto di vista strettamente gestionale delle istituzioni pubbliche si possono aggiungere due tipi di verifiche supplementari:

- Analizzare il rapporto dare/avere tra istituzione e singola rete sociale coinvolta, per comprendere il tipo di equilibrio tra le parti che si è stratificato. A questo proposito bisogna tenere presente anche un fisiologico ciclo di sviluppo delle reti di CB. In una fase iniziale il sostegno pubblico potrebbe prevalere sul contributo informale della comunità coinvolta, proprio per accreditare l’iniziativa e supportarla a raggiungere la sua massa critica. In seguito, l’equilibrio tra contributi e ricompense può progressivamente trasformarsi;
- Analizzare il valore aggiunto prodotto per il welfare pubblico in senso stretto (più compliance, più equità, più reclutamenti precoci, ecc.) confrontandolo con le risorse economiche, umane e fisiche offerte con la

singola iniziativa di CB. Questo può produrre delle evidenze solide sui modelli di CB a maggiore valore aggiunto. L'accortezza da avere in queste tipologie di valutazioni è quella di aspettare un congruo lasso di tempo (18-24) prima di verificare gli impatti, soprattutto in fase di prima applicazione di questo tipo di innovazioni.

5.7. Quanti strumenti manageriali adottare per il CB

Abbiamo presentato separatamente, per motivi espositivi, diversi strumenti per il management del CB: definizione delle priorità, governance, piani strategici, change management, logiche di programmazione e controllo. Nella pratica essi vengono utilizzati parallelamente in modo fortemente interrelato tra di loro. Ciò che li qualifica non è necessariamente il loro grado di formalizzazione strutturata, ma piuttosto la capacità di seguirne nei fatti le logiche e le conseguenze, soprattutto appoggiandosi a solide evidenze sui dati quantitativi del contesto di riferimento. Il loro merito è quello di poter potenzialmente dare un ordine a un lavoro altrimenti molto ampio e potenzialmente dispersivo come il CB. Essi permettono di definire un metodo per coordinare i molti stakeholder coinvolti, adottando un linguaggio possibile per un dialogo trasversale. Propongono delle metriche per capire se si sta producendo più o meno valore delle risorse che si chiedono alla comunità e al welfare pubblico. Riteniamo che per il manager pubblico che vuole gestire iniziative di CB, come ad esempio la Casa della Comunità, essi rappresentano degli strumenti imprescindibili. Ciò che distingue il manager dagli altri stakeholder è proprio quello di disporre di metodi e strumenti per strutturare la programmazione, per organizzare in modo ordinato gli stakeholder, per gestire il cambiamento e misurarne gli effetti, considerando che il ruolo che lo distingue è proprio quello di “mettere a terra” (implementare) visioni, policy, valori e auspici provenienti dalla comunità e dai suoi rappresentanti.

Bibliografia

- Cinelli, G., Gugiatti, A., Meda, F., Petracca, F. (2020). La struttura e le attività del SSN. In CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea.
- Cucciniello, M., Mion, P. (2018). Smart city e sharing economy nei servizi pubblici, *Management Pubblico*, Milano, Egea
- Lochner, K., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health & place*, 5(4), 259-270.
- Nuti, S., Cerasuolo, D., D'Orio, G., Lungu, D.A., Parenti, A. Vola, A. (eds.) (2020). Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Risultati 2019, Pacini Editore, Pisa.
- Popay, J., Attree, P., Hornby, D., Milton, B., Whitehead, M., French, B. & Povall, S. (2007). Community engagement in initiatives addressing the wider social determinants of health: a rapid review of evidence on impact, experience and process. *Lancaster: University of Lancaster*.
- Ricciuti, E. (2018). Le relazioni tra le istituzioni pubbliche e le aziende non-profit, *Management pubblico*. Milano, Egea.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tubinga (trad. it. *Economia e Società*, Milano, Edizioni di Comunità, 1961).

6. Buone pratiche di community building e classificazione delle esperienze

di *Anita Bunea*

6.1. Introduzione

Il sesto e ultimo Capitolo del presente libro si concentra sulla presentazione di alcune esperienze di community building (CB) già implementate o in corso di sviluppo in alcune realtà nazionali e internazionali. In particolare, nella prima parte del Capitolo le esperienze vengono descritte attraverso alcuni framework di analisi e classificate approfondendone approccio, attività, target e centri di responsabilità, presentando al contempo alcuni esempi. La seconda parte del Capitolo discute brevemente lo strumento di raccolta delle esperienze messo a disposizione dalle due Università.

Come enfatizzato nei capitoli precedenti, l'approccio del CB si caratterizza per la ricerca di modalità concrete di sviluppo di una cultura sociale e individuale della salute, modificando e costruendo responsabilità e protagonismo sia dei singoli, sia soprattutto della comunità. Questo porta ad avere un supporto sociale che può essere formale o informale, nonché lo sviluppo e riconoscimento del capitale sociale di un territorio. Avere a disposizione in maniera strutturata e condivisa esempi di buone pratiche permette da una parte il riconoscimento, locale e non, della necessità di operare secondo tali logiche e dall'altra, di attivare tra gli attori stessi processi di benchlearning, tramite la diffusione degli interventi e, da ultimo, una valorizzazione delle reti anche tra attori istituzionali. Il catalogo realizzato dalle due Università non solo segnala le caratteristiche principali degli interventi, ma anche le responsabilità e i contatti, in modo da facilitarne l'implementazione anche in contesti diversi.

6.2. Esperienze e interventi di community building

Le modalità di lavoro incentrate sulla comunità all'interno dei sistemi sanitari sono state spesso poco comprese e situate ai margini della pratica tradizionale, che è stata largamente dominata da soluzioni guidate da professionisti (South,

2015). Tuttavia, come chiarisce il NHS (National Health Service) nel Five Year Forward View (2014), sfruttare “l'energia rinnovabile” dei pazienti e delle comunità non è più un “extra discrezionale”, ma è invece la chiave per la sostenibilità dei servizi sanitari e assistenziali (South, 2015). Anzi, sono gli stessi principi su cui si fondano i moderni e universalistici sistemi sanitari che, se tradotti nella pratica, riflettono in maniera più o meno diretta l'approccio comunitario. La tabella 6.1, adattata dal lavoro dell'Institute of Medicine (2013) “Toward quality measures for population health and the leading health indicators. Report Brief.” riassume le principali caratteristiche di un sistema sanitario e alcuni esempi di iniziative che, rispondendo al principio di CB, riflettono un approccio comunitario.

Tabella 6.1. Le principali caratteristiche di un sistema sanitario e i possibili interventi di CB

LE CARATTERISTICHE DI UN BUON SISTEMA SANITARIO	ESEMPI DI INTERVENTI DI CB CORRELATI
Centrato sulla popolazione, al fine di tutelare e promuovere condizioni di salute per l'intera popolazione	Fare campagne di advocacy a livello di comunità per emanare leggi per ridurre gli infortuni e promuovere il benessere correlato all'uso di alcol.
Equo, sia in termini di capacità contribuiti, sia in termini di garanzia della salute indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche	Fornire/sovvenzionare programmi di sviluppo della prima infanzia a livello di quartiere per i bambini delle famiglie a basso reddito.
Proattivo, al fine di formulare politiche e pratiche sostenibili in modo tempestivo, mobilitandosi rapidamente per affrontare minacce e vulnerabilità nuove ed emergenti.	Ridurre il rischio di malattie cardiovascolari integrando programmi e strutture sanitarie con i mercati degli agricoltori e/o gli impianti sportivi.
Promozione della salute, ovvero garante delle politiche e strategie che promuovano pratiche sicure per la popolazione e aumentino la probabilità di salute e risultati positivi.	Lavorare con i partner della comunità per creare percorsi pedonali e ciclabili per incoraggiare l'esercizio fisico.
Riduzione del rischio di malattia, ovvero diminuendo gli eventi ambientali e sociali avversi implementando politiche e strategie per ridurre la probabilità di lesioni e malattie prevenibili o esiti negativi.	Far parte delle coalizioni di advocacy della comunità per aumentare il costo dei prodotti del tabacco e attivare campagne locali antifumo tra i giovani.
Vigile, per intensificare le pratiche e attuare politiche per supportare i miglioramenti alle attività di sorveglianza (ad esempio, tecnologia, standardizzazione, pensiero /modellazione del sistema).	Interventi di educazione alla salute nelle scuole di quartieri più bisognosi, anche con forte stimolo all'integrazione sociale nella comunità.

Trasparente, al fine di garantire l'apertura nella fornitura di servizi e pratiche con particolare enfasi su dati validi, affidabili, accessibili, tempestivi e significativi che siano prontamente disponibili per le parti interessate, compreso il pubblico.	Coinvolgimento dei pazienti e utenti dei servizi sanitari nella valutazione dei percorsi assistenziali dei diversi setting di cura al fine di rendere il servizio più vicino ai bisogni, quali attività di Patients Reported Experience Measurements and Patient Reported Outcome Measurements.
Efficace, per giustificare gli investimenti utilizzando prove, scienza e migliori pratiche per ottenere risultati ottimali nelle aree di maggior bisogno.	Percorsi di empowerment dei pazienti con diabete attraverso formatori laici al fine di migliorare la qualità di vita e rendere le scelte di salute anche efficienti per il sistema.
Efficiente, per comprendere costi e benefici degli interventi di sanità pubblica e facilitare l'uso ottimale delle risorse per raggiungere i risultati desiderati.	Ridurre i fattori di rischio cardiovascolare (come promuovere la disponibilità di cibi freschi e opportunità di esercizio fisico) per ridurre i costi della malattia.

Fonte: Elaborazione degli autori da Institute of Medicine (2013)

Come sottolineato da Smithies & Webster (1998), le iniziative di CB sono attività continue e strategiche, piuttosto che una serie di progetti pilota o ad hoc che rimangono al di fuori degli sforzi organizzativi principali. Sia a livello nazionale che internazionale, molti sono gli interventi più o meno definiti implementati da vari attori in una comunità, con vari livelli di investimenti e risorse (IOM, 2012). Tuttavia, la maggior parte di questi interventi sono sconosciuti ai più, tranne che dai diretti interessati. In questo senso, sono state create alcune iniziative per raccogliere buone pratiche di interventi basati sulla comunità, per condividere risultati e possibili modalità di attuazione con *policy maker*, manager e professionisti. A livello internazionale, ricordiamo ad esempio la raccolta di iniziative nel report dell'OMS (2020) legate al community engagement e la promozione di linee guida e di esperienze di CB del National Health System inglese (South, 2015).

Come accennato nei capitoli precedenti, attraverso il progetto di ricerca e formazione “Community Building Network a Tutela della Salute” promosso da Cergas - SDA Bocconi e dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, al quale hanno partecipato 30 aziende sanitarie ed enti del terzo settore, è stato possibile censire numerose esperienze italiane di CB implementate a fine 2019 nei territori delle aziende del network. Tali esperienze sono la dimostrazione che il CB è una pratica di management strategico contemporaneo, che risponde ai problemi dell’oggi con approcci moderni, in cui non solo le tecnologie, ma anche le interconnessioni delle comunità e degli attori possono giocare un ruolo importante per rispondere efficacemente ai problemi sociali emergenti.

6.3. La classificazione delle esperienze di community building nel percorso di ricerca

La necessità di implementare modalità concrete di sviluppo della comunità per raggiungere livelli migliori di coesione sociale e di benessere ha comportato la costituzione di percorsi “strutturati” di empowerment di comunità, che mirano auspicabilmente a fondare o rifondare i legami di fiducia nella comunità, di condivisione, di assunzione di un’ottica/responsabilità di comunità che va oltre all’interesse del singolo. Il riconoscimento dei percorsi formalizzati e individualizzati ha permesso di costruire uno strumento per catalogare le esperienze, ovvero una matrice di classificazione delle strategie emergenti mostrata nel Capitolo 4 (Come si concretizzano nella realtà sanitaria, sociosanitaria e sociale le logiche di community building?). Il progetto di ricerca “Community Building Network a Tutela della Salute” ha permesso di raccogliere 70 interventi dalle Aziende Sanitarie e dagli Enti del Terzo Settore. I 70 interventi sono stati selezionati in base alla presenza di caratteristiche coerenti con le logiche di CB presentate nei capitoli precedenti, ovvero rispetto alla conformità ad una delle 9 righe della matrice riportata in tabella 4.3. Il box 6.1 mostra alcuni esempi di esperienze che non sono state incluse nell’analisi in quanto non coerenti con le logiche di CB trattate nel presente libro.

Box 6.1. Esempi di interventi che sembrano non presentare caratteristiche riconducibili al modello di medicina/welfare di iniziativa e reti di comunità

- Dimissioni difficili / protette

L’attenzione alla continuità assistenziale o la sola attivazione dell’assistenza domiciliare non è garanzia perché le modalità di realizzazione rispondano alle logiche di community building.

- Attivazione di un punto di ascolto psicologico per adolescenti e giovani adulti

Logica dell’attesa, sebbene attraverso i contatti che arrivano si può lavorare anche sull’identificazione di bisogni inespressi.

- Ambulatori per la presa in carico della cronicità

La sola stratificazione della popolazione non caratterizza complessivamente un intervento di community building.

Dopo aver selezionato le esperienze, esse sono state classificate utilizzando la matrice che considera due macro-dimensioni di analisi: (i) le attività da mettere in campo e (ii) l’approccio che determina da chi parte la progettualità di CB. Tale matrice è utile per discutere gli obiettivi di qualsiasi esperienza di CB, coerentemente con le strategie generali dell’organizzazione sanitaria pubblica. La tabella 6.2 mostra la matrice popolata dalle esperienze.

Tabella 6.2. La matrice di classificazione delle esperienze di CB per attività e approccio (in numeri assoluti)

ATTIVITÀ			APPROCCIO				
			Istituzio- nale	Partecipativo			TOTALE
				Profes- sionale	Volon- tario	Tra pari	
WEL- FARE DI INI- ZIATIVA	Service design che raggiunga i target più fragili	13	3			16	
	Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi	6	3			9	
	Iniziative per rag- giungere standard clinici uniformi	6				6	
RETI DI CO- MUNITÀ	Valutazione dei servizi (advocacy)			1		1	
	Processi decisionali (co-progettazione)	4				4	
	Iniziative a sostegno della coproduzione	8	2	1		11	
	Iniziative per diffon- dere la prevenzione	7	3	2		12	
	Iniziative per il so- stegno psicologico alla malattia	3	1		1	5	
	Sviluppo di Collaborative lifestyles	3	2	1		6	
	TOTALE	50	14	5	1	70	

Fonte: Elaborazione degli autori

6.3.1 *L'approccio*

La natura del promotore influenza la rete dei rapporti sociali e inter-organizzativi: le esperienze di CB possono partire da un'autorità pubblica e le reti sociali possono essere coinvolte come follower. Al contrario, il promotore può essere privato, in collaborazione con la pubblica amministrazione, o avviato da un'organizzazione professionale senza scopo di lucro, da volontari o da un gruppo di pazienti (Healey, 2015; Llano-Arias 2015; Edelenbos & Van Meerkerk, 2016). Coerentemente con il contesto di raccolta delle esperienze, caratterizzato da una forte prevalenza di Aziende Sanitarie Locali, la matrice mostra come prevalga l'approccio di tipo istituzionale degli enti promotori, con il 71% del totale degli interventi che rispondono a questa classificazione. Considerando la tipologia degli interventi raccolti, risultano essere equamente rivolti alla valorizzazione delle reti di comunità e allo sviluppo di welfare di iniziativa. Per quanto riguarda l'approccio partecipativo, complessivamente, il 70% degli interventi sono di tipo professionale, con differenze nella distribuzione tra gli interventi di welfare di iniziativa e gli interventi di valorizzazione delle reti di comunità. Infatti, gli interventi di welfare di iniziativa appaiono essere tutti sviluppati tramite un approccio partecipativo professionale, di conseguenza, risulta evidente la mancanza delle tipologie di approcci di tipo partecipativo volontario e tra pari per gli interventi di welfare di iniziativa. D'altra parte, gli interventi di valorizzazione delle reti di comunità utilizzano l'approccio partecipativo professionale nel 57% dei casi, l'approccio partecipativo volontario nel 36% dei casi e l'approccio partecipativo tra pari nel 7% dei casi. Tuttavia, se l'approccio istituzionale prevale nettamente per la categoria di esperienze di welfare di iniziativa con l'81% dei casi, per gli interventi di valorizzazione delle reti di comunità la percentuale si ferma al 64%. In questo senso, è interessante notare come per quei percorsi che prediligono la valorizzazione delle reti comunitarie, nonché il loro potenziale in termini di promozione della salute e del benessere delle popolazioni di riferimento, siano spesso promossi proprio da un approccio più partecipativo e quindi da attori più legati al tessuto territoriale di riferimento, con particolare riferimento agli enti del terzo settore.

Questa prima fotografia mostra come il cambiamento richiesto alle istituzioni pubbliche di adottare approcci maggiormente integrati con le comunità sia ancora poco presente nel campione di Aziende analizzate, lasciando ancora molto spazio di azione alle comunità per la promozione di interventi di CB. È però importante considerare la peculiarità del campione da cui provengono le esperienze analizzate, formato per la maggior parte da Aziende Sanitarie Locali, che per loro natura promuovono interventi con un approccio di tipo istituzionale. È noto come nel tessuto italiano, infatti, siano presenti molte esperienze di CB con un approccio partecipativo o comunque misto. La diversità e numerosità degli attori coinvolti dimostra l'importanza della collaborazione tra essi e la creazione di un network eterogeneo che collega la pubblica amministrazione e

la comunità, sfruttando coloro che sono più aggiornati sulle necessità di un territorio e più connessi con il target bisognoso di assistenza. Inoltre, la partecipazione delle persone in attività di volontariato non solo aiuta al miglioramento della comunità stessa, ma aumenta anche il livello di benessere dei volontari stessi (Morrow-Howell et al, 2003).

6.3.2 *Le attività*

Dal punto di vista delle attività, la raccolta le esperienze si compongono per il 56% da interventi rivolti alla valorizzazione delle reti di comunità e per il restante 44% da interventi per lo sviluppo di welfare di iniziativa. Considerando la totalità degli interventi, si può notare che le esperienze più frequenti sono quelle dedicate al “service design per raggiungere i target più fragili”, che compongono il 23% se si considera il totale delle esperienze e il 52% se si considerano solo gli interventi di welfare di iniziativa. Anche se gli interventi rivolti alla valorizzazione delle reti sono leggermente più numerosi, dal quadro non emerge in modo prevalente uno dei due modelli di attività individuati, a voler indicare un parallelo sviluppo delle tipologie di interventi. Le altre esperienze di welfare di iniziativa, ovvero “iniziative per coloro che non arrivano ai servizi” e “iniziative per raggiungere standard clinici uniformi” rappresentano rispettivamente il 13% e il 9% del totale complessivo e il 29% e il 19% del totale delle esperienze di welfare di iniziativa. Tra queste ultime iniziative si segnala ad esempio la “Comunità hard to reach: Bastogi salute” dedicata alle persone in condizioni sociali disagiate che non arrivano ai servizi promosso dalla ASL Roma 1 per far emergere nuove povertà e disuguaglianze di salute in un contesto di città globale, nella prospettiva di progettare interventi di promozione della salute in un target di popolazione a forte rischio di esclusione, anche a causa della difficoltà ostacoli di accesso ai servizi. Un altro intervento simile è “Piossasco "Una Comunità che si prende cura"” dedicato agli anziani fragili e promosso da La bottega del possibile. Tale intervento ha tra gli obiettivi la sperimentazione di un modello innovativo di sostegno alla domiciliarità, la promozione di un'alleanza con aziende o cooperative agricole del territorio per l'approvvigionamento alimentare, al fine di migliorare la qualità alimentare per gli ospiti della struttura e la promozione di una collaborazione con il tessuto associativo culturale locale finalizzata a sostenere un programma di iniziative di sviluppo dei beni relazionali e di promozione alla salute. Per quanto riguarda le iniziative per raggiungere standard clinici uniformi ricordiamo “SUSS e Anagrafe della Fragilità Socio Sanitaria” dedicata alle persone fragili e promossa dalla ASL Vercelli con l'obiettivo di implementare degli sportelli SUSS che devono garantire funzioni di informazione, orientamento e approfondimento e “inCONTRO al Parkinson” promossa dalla AOU TorVergata per raggiungere la popolazione fragile affetta da parkinson e parkinsonismi non ancora diagnosticata o monitorata. Le “iniziative a sostegno della coproduzione” rappresentano circa un terzo delle

iniziative di valorizzazione delle reti (il 16% del totale complessivo). Per le attività relative alla valorizzazione delle reti di comunità prevalgono con il 31% le “iniziative per diffondere la prevenzione e promozione della salute” (il 17% del totale complessivo); tra questi interventi l’innovazione non risiede nel contenuto dell’intervento stesso quanto piuttosto nell’intercettare le reti comunitarie al fine di diffondere ed implementare l’intervento stesso. Tra le “iniziative per diffondere la prevenzione” ricordiamo “Non R\Estare Soli” dedicato agli anziani fragili e promosso dalla AUSL Roma 1 che ha come obiettivo la riduzione della mortalità e dei ricoveri nella popolazione anziana (75-84 anni) e molto anziana (> 84 anni), identificare la popolazione a rischio per le ondate di calore, prevenire l’impatto delle ondate di calore sulla salute delle persone dai 65 anni, residenti in area urbana, in particolare degli individui “suscettibili” agli effetti del caldo per specifiche caratteristiche socio-demografiche, di salute e condizioni di vita e contrastare l’isolamento sociale degli anziani. Un altro intervento per diffondere la prevenzione è il “Progetto di contrasto al gioco d’azzardo” promosso dalla ASL Umbria 1, con l’obiettivo generale di sostenere il passaggio da una risposta di primo fronteggiamento, alla costruzione e consolidamento di un sistema strutturale di intervento rivolto al disturbo da gioco d’azzardo, coordinato ed integrato, alla luce anche dei nuovi LEA. Tra le “iniziative a sostegno della coproduzione” si segnalano ad esempio il “Modello IDEA” dedicato alle persone con malattie croniche e promosso dalle AUSL Toscane con l’obiettivo generale di coniugare gli interventi di supporto al self management rivolto ai cittadini/pazienti all’interno dei servizi Aziendali con quelli necessari a orientare la comunità verso una competente e attiva partecipazione ai processi di gestione delle malattie croniche e ai temi della promozione alla salute tra i cittadini affetti da disabilità e loro caregiver. Un’iniziativa sempre a sostegno della coproduzione è l’”Officina dell’aiuto” dedicata agli anziani fragili e promossa dalla AU-SER comprensoriale di Cremona e di Mantova, che opera un’attività offerta in modo volontario e gratuito di raccolta, manutenzione, tenuta in buono stato e distribuzione a domicilio di strumenti ortopedici ed ausili medicali (carrozze, grandi e piccole attrezzature, poltrone, letti speciali, ausili medicali ecc.) a disposizione di persone anziane che necessitano di tali supporti per disabilità, malattia, convalescenza, lungodegenza, tipicamente nel periodo intercorrente tra prescrizione e dotazione effettiva. Assai meno diffusi solo gli “interventi per lo sviluppo di collaborative lifestyles” (il 15% nella categoria), che fanno riferimento prevalentemente a forme di residenzialità legate alla disabilità e non autosufficienza. Scarsamente rappresentate sono infine le “iniziative per il sostegno psicologico alla malattia” (il 13%) e quelle legate ai processi decisionali (co-progettazione) (il 10%), mentre la valutazione dei servizi (advocacy) è citata per un unico intervento.

In questo senso la fotografia, seppur parziale, rileva comunque una scarsa diffusione di quelle attività in cui la rete, e con essa i singoli pazienti, caregiver e utenti, possono avere un ruolo attivo nel processo di gestione del bisogno.

6.3.3 *Il target*

Dopo aver classificato le esperienze raccolte per approccio e attività, è stato creato un ulteriore framework per comprendere i target principali a cui si rivolgono le iniziative di CB e comprendere un eventuale correlazione tra gruppi target e tipologie di interventi di CB. Le attività di CB hanno obiettivi ampi ed eterogenei e si rivolgono a target sociali diversi. Con riferimento a tali target, è possibile sia discutere quelli che possono essere i principali benefici rispetto a ciascuna categoria, sia costruire una matrice che intercetti e rappresenti la distribuzione delle attività rispetto ai target di riferimento.

Considerando le esperienze nel cluster del welfare di iniziativa, i principali benefici per i gruppi target caratterizzati da un bisogno di salute legato ad una o più patologie possono riguardare:

- L'individuazione precoce e la prevenzione di eventuali complicanze/ricadute o la gestione precoce dell'evoluzione dei sintomi;
- Una presa in carico globale e multidimensionale;
- La personalizzazione degli interventi nell'ottica di un miglior accesso alle cure e una maggior standardizzazione dei percorsi;
- Un'assistenza più focalizzata alla valorizzazione del contesto domiciliare;
- Un ascolto attivo del paziente al fine di intercettarne prima i bisogni e le eventuali criticità di accesso ed uso dei servizi, nonché di potenziali segnali di disagio;
- Un maggior coinvolgimento nel processo di cura e assistenza e potenzialmente una maggiore aderenza alle cure.

Per i gruppi target con bisogni relativi maggiormente a determinanti sociali di salute, invece, i principali benefici che possono ottenere da interventi di welfare di iniziativa sono:

- Un potenziale miglioramento dell'*health literacy* e conseguente aumento dell'accesso ai servizi;
- Un miglioramento nell'accesso ed utilizzo dei servizi, in termini di tempestività ed appropriatezza;
- Il rafforzamento delle competenze dei target più fragili, sia in termini di compliance rispetto alle terapie, sia in termini di empowerment e autocura per le maggiori condizioni di cronicità.

I benefici che derivano dagli interventi di valorizzazione delle reti di comunità sono più omogenei per i vari target e riguardano:

- Una maggior inclusione sociale ed integrazione all'interno della comunità di riferimento, nonché verso il sistema dei servizi e percorsi assistenziali;
- Il rafforzamento della socialità e possibile contrasto alla solitudine e alla povertà relazionale, attraverso una maggior consapevolezza del capitale sociale;
- Il supporto a tutto ciò che è intorno al paziente, quindi contrasto dell'isolamento della famiglia, supporto al *caregiver* e supporto alla partecipazione comunitaria, anche tramite la creazione di ambienti non stigmatizzanti e accoglienti;
- Una maggior integrazione verticale tra i diversi target anche attraverso il coinvolgimento intergenerazionale;
- Il sostegno verso un percorso assistenziale integrato e multiprofessionale all'intero del contesto comunitario, piuttosto che una singola azione curativa con logica prestazionale, facilitando l'accesso ai percorsi tramite un accompagnamento in base alle proprie difficoltà.

La tabella seguente mostra i principali target di riferimento dei 70 interventi individuati. Tali gruppi sono stati costruiti considerando da un lato le caratteristiche demografiche della popolazione target (ad esempio l'età) e dall'altro lato il bisogno principale che si punta a soddisfare con l'intervento (tabella 6.3). La complessa scelta di combinazione tra obiettivi e target appartiene all'insieme di decisioni strategiche che un'organizzazione di sanità pubblica è tenuta ad assumere.

Tabella 6.3. La matrice di classificazione degli interventi di community building per popolazione target

	Popolazione target					
	Paziente			Caregiver	Comunità	TOTALE
Bisogno	Minore/ Adolescente	Indistinto	Anziano			
A Cronicità	1	9				10
B Fragilità		6	19	1		26
C Disabilità		5		1		6

- CN Neuro-degenerative		1		3		4
D Dipendenze e salute mentale	1	5				6
F Fase avanzata/terminale		1				1
G Determinanti sociali	3			1	1	5
- GM migranti		1				1
- GP Povertà/emarginazione		9				9
- GS Stili di vita		2				2
TOTALE	5	39	19	6	1	70

Fonte: Elaborazione degli autori

Esaminando la popolazione target si osserva che la maggior parte degli interventi sono rivolti direttamente ai pazienti per il 90% dei casi, mentre il 9% è dedicato ai caregiver e solo l'1% alla comunità nel suo insieme. All'interno della categoria dei pazienti si nota che il 62% degli interventi sono rivolti a persone con vari tipi di bisogni sociosanitari indifferentemente dell'età, mentre il 30% è dedicato esclusivamente alla fascia anziana e l'8% esclusivamente a minori o adolescenti.

Per quanto riguarda la tipologia di bisogno, gli interventi si focalizzano principalmente sulla fragilità (il 37% del totale degli interventi), dove il 73% dei pazienti fragili è identificato anche come anziano. Tale risultato non è sorprendente considerando un paese come l'Italia, caratterizzato da un invecchiamento demografico molto elevato e con un trend in peggioramento nei prossimi decenni. Seguono con il 14% gli interventi dedicati alla cronicità, quasi interamente rivolti a tutti i tipi di pazienti. Al terzo posto si collocano gli interventi dedicati a contrastare povertà ed emarginazione, per una percentuale uguale a circa il 13%. Seguono le categorie delle disabilità e delle dipendenze e salute mentale con circa il 9% ciascuno. Meno presenti sono gli interventi dedicati ai migranti (l'1%) o alle persone che si trovano in una fase avanzata o terminale di una malattia (l'1%).

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche delle persone a cui sono rivolti gli interventi (pazienti, caregiver, comunità), gli interventi dedicati

a tutti pazienti senza distinzioni di età coprono quasi tutti i bisogni identificati nella matrice. Al contrario, gli interventi dedicati alle persone anziane riguardano esclusivamente il bisogno “fragilità” e per i minori e adolescenti gli interventi più frequenti riguardano nell’ordine le determinanti sociali (il 60%), la cronicità e le dipendenze/salute mentale.

6.3.4 I Centri di Responsabilità

Dalla nostra raccolta di esperienze risulta che gli interventi che seguono logiche di CB difficilmente trovano una netta ed unica collocazione in termini di Centri di Responsabilità all’interno dell’organizzazione delle istituzioni sanitarie. Nella maggioranza dei casi, infatti, vengono identificati più Centri di Responsabilità all’interno delle Asl e in generale i centri identificati corrispondono a livelli organizzativi diversi con una diversa possibilità di agire sulla dimensione programmatica. Non emergono specificità di centri di responsabilità in relazione ai gruppi target identificati, al di là del riferimento diretto di alcune Unità Operative al singolo gruppo target in base alle caratteristiche del bisogno. La classificazione mostra come i Centri di responsabilità più menzionati nel gruppo di esperienze di CB raccolte tramite il progetto fanno riferimento al Dipartimento Cure Primarie, al Dipartimento Servizio Sociale e ai Distretti. Talvolta vengono identificate singole persone o categorie di professionisti, invece che strutture organizzative, che possono avere limitazione nelle funzioni programmatiche.

6.4. Il catalogo delle buone pratiche come piattaforma di networking

Al fine di favorire processi di benchlearning tra tutti gli attori del sistema e delle comunità, è stato sviluppato uno strumento dinamico e trasparente che raccoglie le esperienze di CB nel contesto italiano e internazionale. Tale strumento consente la conoscenza, diffusione e auspicabilmente uno scaling up delle iniziative, che spesso rimangono conosciute solo agli attori che ne prendono parte. Lo strumento è rappresentato da un catalogo virtuale (link catalogo) liberamente consultabile da chiunque voglia sviluppare un nuovo progetto di CB o da chi voglia confrontare la propria esperienza già attivata con quelle simili presenti nel catalogo. Alle esperienze italiane sono state aggiunte, attraverso lo studio del gruppo di ricerca delle due università, ulteriori esperienze internazionali con lo scopo di allargare l’offerta delle *good practice* e arricchire il catalogo con esperienze di CB che hanno riscontrato particolare successo nei contesti internazionali. Inoltre, lo strumento è dinamico, dando la possibilità di aggiornare periodicamente il catalogo con nuove iniziative.

Il catalogo consente di ricercare e consultare le iniziative in esso contenute attraverso diversi parametri di ricerca. L’utente può visualizzare direttamente i titoli di tutti gli interventi presenti in ordine alfabetico nella casella “Titolo Intervento”, selezionare l’esperienza desiderata e procedere alla visualizzazione

dei dettagli del progetto. In alternativa, per facilitare la ricerca di interventi in base ad item specifici, lo strumento consente la selezione di varie combinazioni di 7 parametri di ricerca tra i seguenti: nazione, tipo iniziativa, approccio, attività, target, promotore e attori coinvolti, come mostrato nella tabella 6.4. Per quanto riguarda la nazione, gli interventi presenti attualmente nel catalogo sono maggiormente italiani con la possibilità di selezionare la regione in cui l'intervento è stato implementato. Tuttavia, sono presenti anche interventi internazionali attivati ad esempio in Canada, Finlandia, Regno Unito, Stati Uniti e Spagna. I successivi tre parametri di ricerca sono equivalenti alle dimensioni della matrice di classificazione delle esperienze presentata nel Capitolo 4 e nella tabella 6.2. Pertanto, si può selezionare il tipo di intervento tra welfare di iniziativa e reti di comunità, successivamente l'attività da implementare e il tipo di approccio, tra istituzionale e partecipativo.

Tabella 6.4. I parametri di ricerca del catalogo delle good practice e le voci selezionabili

PARAMETRI DI RICERCA	VOCI
TITOLO INTERVENTO	Tutti i titoli degli interventi in ordine alfabetico
NAZIONE	Italia, UK, Canada, Finlandia, USA, Spagna, San Marino
TIPO INIZIATIVA	Welfare di Iniziativa o Reti di comunità
APPROCCIO	Istituzionale, Partecipativo professionale, Partecipativo tra pari o Partecipativo volontario
ATTIVITÀ	Service design che raggiunga i target più fragili Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi Valutazione dei servizi (advocacy) Processi decisionali (co-progettazione) Iniziative a sostegno della coproduzione Iniziative per diffondere la prevenzione Iniziative per il sostegno psicologico alla malattia Sviluppo di Collaborative lifestyles

TARGET	Anziani fragili
	Caregiver
	Minori
	Disabili
	Cronici
	Persone affette da Salute Mentale
	Fragili
	Persone in condizioni sociali disagiate
	Persone in fine vita
PROMOTORE	Tutta la popolazione
	Azienda sanitaria, Ente locale, Ente non profit
ATTORI COINVOLTI	Associazione culturale, sportiva o religiosa
	Associazione di volontariato
	Associazione pazienti
	Azienda sanitaria
	Azienda profit
	Ente locale
	Ente non profit
	Farmacie
	MMG
	Università
	Altro

Fonte: Elaborazione degli autori

I target degli interventi di CB presenti nel catalogo delle buone pratiche sono stati suddivisi in dieci gruppi selezionabili: anziani fragili, caregiver, minori, disabili, cronici, persone con problemi di salute mentale, persone fragili, persone in condizioni sociali disagiate, persone in fine vita, tutta la popolazione. La scelta è relativa all'analisi della matrice di classificazione in base alla popolazione target e al bisogno che si vuole soddisfare presentata nella tabella 6.3.

In riferimento al parametro "promotore", è possibile selezionare le seguenti voci: azienda sanitaria, ente locale, ente non profit. Infatti, la dimensione è strettamente correlata all'approccio descritto precedentemente. In questo caso l'approccio istituzionale è suddiviso in azienda sanitaria ed ente locale, mentre i tre approcci partecipativi sono accorpatis nella voce ente non profit. Sia il parametro "approccio" che "promotore" sono dimensioni molto utili, in quanto consentono all'utente di selezionare gli interventi in base alla tipologia di promotore che guida il processo e progetta i meccanismi sociali che incorporano gli interventi di CB. Se si è alla ricerca dell'implementazione di un nuovo intervento, la voce chiarisce chi sono i follower da convincere a aderire e accettare l'iniziativa.

In stretta relazione con l'approccio e i promotori dei progetti sono gli attori coinvolti, che hanno un ruolo importante nel successo dell'implementazione di un intervento di CB. Nel catalogo delle buone pratiche, gli attori coinvolti sono stati categorizzati nei seguenti gruppi: associazione culturale, sportiva o religiosa, associazione di volontariato, associazione pazienti, azienda sanitaria, azienda profit, ente locale, ente non profit, farmacie, medici di medicina generale, università e altro.

Una volta inseriti i parametri di ricerca desiderati, si possono visualizzare tutte le iniziative conformi ad essi. Con la selezione di un'esperienza tra quelle risultate dalla ricerca si può quindi procedere alla scheda dell'intervento, dove è presente un documento in formato pdf con la descrizione approfondita del progetto che contiene oltre alle informazioni contenute nei parametri di ricerca anche informazioni riguardo gli attori e la governance, la descrizione più dettagliata del progetto, i risultati raggiunti, le varie sfide e cantieri aperti ed infine i contatti del rappresentante del progetto (figura 6.1). Lo strumento presenta anche il pulsante "Nuova ricerca" che permette di impostare altri parametri per effettuare un'ulteriore ricerca.

Una volta selezionato l'intervento di interesse, per ciascuno si può visualizzare una scheda di dettaglio dell'intervento dove sono presenti sia i parametri del catalogo descritti precedentemente, sia informazioni riguardo i macro-argomenti sintetizzati nella figura 6.1.

Figura 6.1. I macro-argomenti inseriti nelle schede di dettaglio degli interventi di CB

 Community Building Network CATALOGO DI GOOD PRACTICES	
AUTISMO: LE ALLEANZE FORMANO LE COMPETENZE	
Nazione	Italia 
Regione	Piemonte
Tipo di iniziativa	Valorizzazione delle Reti di Comunità
Approccio	Istituzionale
Attività	Iniziativa per il sostegno psicologico alla malattia
Attori e Governance	
Descrizione	
Risultati	
Sfide e cantieri aperti	
Contatti	

Fonte: Elaborazione degli autori

Gli argomenti fanno riferimento alle seguenti dimensioni:

- Nella voce Attori e Governance sono presenti, oltre al dettaglio sul promotore e sugli attori coinvolti nel progetto, anche informazioni riguardo il centro di responsabilità. Ad esempio, per l'intervento "S.E.U.S. Servizio Emergenza Urgenza Sociale" gli attori coinvolti sono dalla Regione Toscana fino ad enti del terzo settore e università e il centro di responsabilità è la Direzione Servizi Sociali del Dipartimento Servizio Sociale della ASL Toscana Centro che ne è anche il promotore.
- Nella voce Descrizione il lettore trova dettagli sugli obiettivi che si vogliono raggiungere con l'intervento di CB, la popolazione target, le tempistiche necessarie all'avvio del progetto, la copertura territoriale, gli strumenti necessari all'implementazione dell'intervento e le risorse che possono essere sia in termini di capitale umano sia in termini economici.
- Nella voce Risultati vengono descritti i risultati raggiunti dall'intervento, la popolazione target raggiunta e gli indicatori di performance utilizzati per misurare il successo dell'intervento.
- La voce Sfide e Cantieri Aperti ha il ruolo di accentuare i punti di forza dell'iniziativa, gli aspetti necessari per la replicabilità dell'iniziativa, gli aspetti migliorabili e gli aspetti positivi.
- Infine, il documento contiene anche i contatti (nome, telefono e e-mail) di uno o più referenti del progetto che possa dare ulteriori informazioni e chiarimenti agli esterni interessati.

6.5. Buone pratiche di community building: alcuni esempi

Considerando le 70 esperienze di CB raccolte dal catalogo, si riportano di seguito alcuni interventi implementati sia in ambito nazionale che internazionale al fine di descrivere, se pur in maniera breve, le caratteristiche principali che queste iniziative possono avere. In particolare, sono state selezionate 12 esperienze, rappresentative di tutte le attività della matrice.

La tabella seguente (tabella 6.5) riassume le principali caratteristiche degli interventi selezionati sulla base della matrice delle esperienze di CB e dettagliati nei box sottostanti.

Tabella 6.5. Le principali caratteristiche degli interventi di CB riportati come esempio nei box sottostanti

		Istituzionale	Partecipativo		
			Professionale	Volontariato	Tra pari
Welfare di iniziativa	Service design che raggiunga i target più fragili	Androna Giovani			
	Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi	Comunità hard to reach: Bastogi salute	PAUSE Creating Space for Change		
	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi	inCONTRO al Parkinson			
Reti di comunità	Valutazione dei servizi (advocacy)			Audit Civico	
	Processi decisionali (co-progettazione)	Health Village			
	Iniziative a sostegno della coproduzione		AAA – Autodeterminazione Autonomia Abitativa	Officina dell'aiuto	
	Iniziative per diffondere la prevenzione	Attività fisica adattata (AFA)			
	Iniziative per il sostegno psicologico alla malattia				Le comunità della salute
	Sviluppo di Collaborative lifestyles		Senior Cohousing	Parco inclusivo “Batti Cinque”	

Fonte: Elaborazione degli autori

Box 6.2. Esempio di intervento di CB di welfare di iniziativa di “service design che raggiunga i target più fragili” con approccio istituzionale in Italia

Androna Giovani	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Welfare di iniziativa
ATTIVITÀ	Service design che raggiunga i target più fragili
APPROCCIO	Istituzionale
TARGET	Ragazzi con età inferiore ai 25 anni con problemi correlati al consumo a rischio e alla dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali.
PROMOTORE	ASUITS (Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste)
ATTORI COINVOLTI	• Azienda Sanitaria – Dipartimento delle Dipendenze • 2 Cooperative sociali (“La Quercia” e “2001 - Agenzia Sociale”) • 1 Associazione di cittadini e familiari (“ALT - Associazione Lotta alla Tossicodipendenza”) • Comune di Trieste (solo dal 2010 al 2012 PAT-PDZ)
RESPONSABILE	ASUITS (Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste) – Dipartimento delle Dipendenze
DESCRIZIONE	Il programma lavora con ragazzi con problemi di consumo a rischio e di dipendenza da sostanze psicoattive. Individuare il più precocemente possibile le situazioni complesse e a rischio, consente di guadagnare tempo utile per anticipare l’offerta di percorsi di supporto al ragazzo e alla famiglia, di contrastare il pericolo di aggravamento e cronicizzazione. Per tale ragione Androna Giovani lavora senza soluzione di continuità con progettualità di prevenzione dei rischi rivolte alla fascia giovanile (es. Progetto “Overnight” del Dipartimento delle Dipendenze).
TEMPISTICHE	Il progetto è iniziato nei primi anni 2000 con educazione di strada per poi evolversi con l’apertura di uno spazio dedicato, in fascia oraria definita, per attività di tipo psicoeducativo nel 2010 in partnership (2 cooperative (capitolato) e 1 associazione di familiari (convenzione)). Il progetto è ancora attivo.
OBIETTIVI	Prevenzione e presa in carico precoce di ragazzi con problemi di consumo a rischio e di dipendenza da sostanze psicoattive.
STRUMENTI UTILIZZATI	Educazione e promozione alla salute attraverso progettualità specifiche; Cura, con progetti di presa in carico personalizzata, ad elevata integrazione fra professionisti di diverse discipline e fra servizi socio-sanitari del territorio; Ri-abilitazione, attraverso progetti di formazione, recupero scolastico e inserimento socio-lavorativo in raccordo con enti formativi, istituti scolastici, cooperative sociali, imprese, associazioni.

INDICATORI DI PERFORMANCE	• Rilevazione dei dati annuali di attività per flusso obbligatorio SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) e monitoraggi periodici. Numero e caratteristiche utenti (età, tipologie sostanze, ecc...) • Numero prestazioni per persona (il doppio che nei servizi per gli adulti del Dipartimento delle Dipendenze) • Tempo di latenza (il tempo che intercorre tra la presa di coscienza del problema e la richiesta di aiuto) dell'arrivo ai servizi (metà di quello nazionale) • Numero dimessi dal servizio • Numero ricadute • Riduzione utilizzo sostanze (n. di sostanze e quantità) o disintossicazione (durata) • Ripresa di percorsi formativi e/o lavorativi (ripresa scolarità) • Copertura Screening malattie infettive generale utenti e utenti con terapia sostitutiva
CONTATTI	Antonina Contino; antonina.contino@asuits.sanita.fvg.it;

Box 6.3. Esempio di intervento di CB di welfare di iniziativa di “iniziative per coloro che non arrivano ai servizi” con approccio partecipativo professionale in ambito internazionale

PAUSE Creating Space For Change 	
NAZIONE	Regno Unito
TIPO DI INIZIATIVA	Welfare di iniziativa
ATTIVITÀ	Iniziativa per coloro che non arrivano ai servizi
APPROCCIO	Partecipativo professionale
TARGET	Donne fragili, con uno o più figli a carico dei servizi sociali
PROMOTORE	Pause Creating Space for Change (azienda no profit)
ATTORI COINVOLTI	Aziende sanitarie locali, aziende del terzo settore
RESPONSABILE	Pause Creating Space for Change (azienda no profit)
DESCRIZIONE	Il programma lavora con giovani donne svantaggiate che vivono in condizioni sociosanitarie carenti e hanno uno o più figli affidati ai servizi sociali. Per ciascuna di esse viene predisposto un programma personalizzato di 18 mesi, al fine di rispondere a bisogni emotivi, psicologici, pratici e comportamentali. La condizione per partecipare al programma per le donne è quella di utilizzare un metodo contraccettivo reversibile per la durata dello stesso, al fine di permettere alle donne di concentrarsi su loro stesse e mettere al primo posto le proprie esigenze. Il programma, portato avanti da professionisti esperti, prevede anche un forte sostegno psicologico e sanitario e l'individuazione di obiettivi personali della cura della persona, da raggiungere a breve termine.
TEMPISTICHE	Nasce nel 2013 ed è ancora attivo.
OBIETTIVI	Prevenire le conseguenze dannose di avere un figlio affidato ai servizi sociali
STRUMENTI UTILIZZATI	Le donne sono seguite da Medici (in media ogni medico lavora con 6-8 donne)
INDICATORI DI PERFORMANCE	Department for Education, Evaluation of Pause Research Report July2017 -Riduzione del numero di bambini affidati ai servizi sociali -Impatto positivo sul benessere delle donne e sulla loro stabilità -Analisi costo-efficacia -Client Monitoring Forms
CONTATTI	Ground Floor 209-211 City Road London EC1V 1JN info@pause.org.uk

Box 6.4. Esempio di intervento di CB di valorizzazione delle reti di comunità di “iniziative per diffondere la prevenzione” con approccio istituzionale in Italia

Attività fisica adattata (AFA) 	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Iniziative per diffondere la prevenzione
APPROCCIO	Istituzionale
TARGET	Anziani e adulti fragili
PROMOTORE	Regione Toscana e AUSL Toscana Sud-Est
ATTORI COINVOLTI	• Associazioni di pazienti • Cooperative sociali • Organizzazioni del terzo settore • Soggetti profit e no-profit vocati all'attività motoria e ludico-sportiva.
RESPONSABILE	Direzione Zona Distretto
DESCRIZIONE	A.F.A. è un programma a carattere non sanitario previsto dalla Regione Toscana tra le azioni di sanità d'iniziativa per il contrasto alle malattie croniche. I corsi A.F.A. prevedono dei protocolli di esercizi ben definiti condotti da istruttori laureati in scienze motorie e/o in fisioterapia. I protocolli sono stati elaborati da un apposito gruppo di studio di esperti della Regione Toscana
TEMPISTICHE	Nasce nel 2016 ed è ancora attivo, senza limiti di durata.
OBIETTIVI	La promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte della comunità locale.
STRUMENTI UTILIZZATI	I corsi AFA prevedono 3 programmi specifici, articolati sulla base delle competenze funzionali e secondo un'analisi del rischio cadute del singolo soggetto. Si distinguono in: 1. programma per persone con autonomia funzionale conservata; 2. programma OTAGO per persone con autonomia funzionale conservata, ma a rischio caduta; 3. programma per persone con ridotta competenza funzionale. La valutazione dei soggetti per l'assegnazione ai programmi AFA è a cura dei fisioterapisti dipendenti dell'Azienda che utilizzano, per la stratificazione dei gruppi, test di valutazione delle capacità funzionali, del dolore e della presenza in anamnesi di storie di cadute.

INDICATORI DI PERFORMANCE	L'azienda SUD EST, nel 2018, ha centrato gran parte degli obiettivi del bersaglio M.E.S: e ha ottenuto una buona performance nelle 5 dimensioni della: Valutazione dello stato di salute della popolazione (A); Valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B); Valutazione socio sanitaria (C); Valutazione esterna (D); Valutazione interna (E); Valutazione dell'efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria (F).
CONTATTI	Antonio Albino; antonio.albino@uslsudest.toscana.it https://www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per/attivita-fisica-adattata-a-f-a

Box 6.5. Esempio di intervento di CB di valorizzazione delle reti di comunità di “sviluppo di collaborative lifestyles” con approccio partecipativo professionale in ambito internazionale

Senior Cohousing  Canadian Cohousing Network	
NAZIONE	Canada
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Sviluppo di Collaborative Lifestyle
APPROCCIO	Partecipativo professionale
TARGET	Anziani soli
PROMOTORE	Canadian Senior Cohousing
ATTORI COINVOLTI	Community Social Planning Council, Project Managers
RESPONSABILE	Canadian Senior Cohousing (azienda no profit)
DESCRIZIONE	Progettazione e costruzione di case in condivisione da acquistare o affittare. Il servizio ad oggi non è sovvenzionato dallo Stato: ciò rappresenta un limite in quanto i partecipanti sono persone che possono permettersi di comprare o affittare le loro nuove case al prezzo di mercato (o leggermente minore). Harbourside Cohousing Sooke, BC: casa che include uno spazio per un caregiver nella Common House, enfasi sullo sviluppo del «co-care» o di uno sviluppo di supporto volontario tra vicini. I membri devono partecipare ad un corso di formazione.
TEMPISTICHE	Nasce nel 2010 ed è ancora attivo.
OBIETTIVI	Offrire supporto reciproco per migliorare la qualità di vita delle persone
STRUMENTI UTILIZZATI	Creazione del gruppo, Pianificazione del progetto, Costruzione della casa
INDICATORI DI PERFORMANCE	Liste di attesa per affittare una casa in co housing Aumento degli anni di vita in buona salute Miglioramento qualità della vita e outcome di salute
CONTATTI	www.canadianseniorcohousing.com ; seniorcohousing@gmail.com ; http://www.harbourside.ca

Box 6.6. Esempio di intervento di CB di valorizzazione delle reti di comunità di “iniziative a sostegno della coproduzione” con approccio partecipativo volontario in Italia

Officina dell'aiuto	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Iniziative a sostegno della coproduzione
APPROCCIO	Partecipativo volontario
TARGET	Anziani fragili
PROMOTORE	AUSER comprensoriale di Cremona e di Mantova
ATTORI COINVOLTI	ATS, 3 ASST, altre associazioni, comuni
RESPONSABILE	Dipartimento per la Programmazione dell'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali, UOC Raccordo con il sistema sociale
DESCRIZIONE	Una Officina dell'aiuto è un'attività offerta in modo volontario e gratuito di raccolta, manutenzione, tenuta in buono stato e distribuzione a domicilio di strumenti ortopedici ed ausili medicali (carrozze, grandi e piccole attrezzature, poltrone, letti speciali, ausili medicali ecc.) a disposizione di persone anziane che necessitano di tali supporti per disabilità, malattia, convalescenza, lunga degenza; tipicamente nel periodo intercorrente tra prescrizione e dotazione effettiva.
TEMPISTICHE	Il progetto si basa su un'esperienza preesistente. L'accordo con la ATS avviene nel 2019, lo sviluppo della cooperazione con ASST e comuni nel 2020.
OBIETTIVI	Offrire le attrezzature e gli ausili a titolo gratuito a coloro che li richiedono e non ne potrebbero disporre altrimenti.
STRUMENTI UTILIZZATI	Accordo operativo ATS-Auser nell'anno 2019. Coordinamento delle direzioni sociosanitarie ATS-ASST, per lo sviluppo della policy nell'anno 2020.
INDICATORI DI PERFORMANCE	Incremento della messa a rete (conoscenza, accessi, informazioni diffuse) delle Officine, anche in collaborazione con le ASST.
CONTATTI	pipss.sociale@atsvalpadana.it https://www.ausercomprensoriadicremona.it/officine-dell-aiuto/

Box 6.7. Esempio di intervento di CB di valorizzazione delle reti di comunità di “iniziative per il sostegno psicologico alla malattia” con approccio partecipativo tra pari in Italia

Le comunità della salute	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Iniziative per il sostegno psicologico alla malattia
APPROCCIO	Partecipativo tra pari
TARGET	Caregiver (Alunni dalle primarie alle superiori e cittadini in difficoltà socioeconomiche)
PROMOTORE	Associazione Volontari Sovico
ATTORI COINVOLTI	Comuni, parrocchie, terzo settore, ATS, istituti scolastici, ecc
RESPONSABILE	Associazione Volontari Sovico
DESCRIZIONE	Il progetto si propone di prevenire e offrire assistenza sanitaria alle persone di ogni età che per vari motivi hanno difficoltà ad accedere ai servizi sociosanitari e sanitari.
TEMPISTICHE	Il progetto è iniziato a maggio 2018, è stato presentato al bando regionale a luglio 2018 ed è stato messo in atto successivamente a settembre 2018 e successivamente a settembre 2019. Il progetto ha la durata di un anno ed è replicabile.
OBIETTIVI	Prevenzione ed assistenza sanitaria per le persone di ogni età in difficili condizioni socioeconomiche.
STRUMENTI UTILIZZATI	Azione 1) Prevenzione nelle scuole: progettazione dei tipi di interventi pedagogici (life skill, attivazioni) per alunni, insegnanti, genitori e per le associazioni sportive. • Azione 2) Costituzione di 2 cabine di regia: una istituzionale composta da enti pubblici e terzo settore ed una scientifica composta da MMG, infermieri e psicologi • Azione 3) Apertura di un poliambulatorio diffuso su 3 comuni. • Azione 4) Costituzione di gruppi di mutuo aiuto per famigliari con malati di Alzheimer; apertura sportello di sostegno psicologico su due sedi. Registro presenze volontari e consulenti.
INDICATORI DI PERFORMANCE	• Questionari di gradimento del servizio • Numero visite: raggiunto il 15% del previsto • Numero alunni, genitori, insegnanti: raggiunto il 100% del previsto • Numero gruppi di mutuo-aiuto per famigliari malati Alzheimer: 100% del previsto • Numero Comuni ed istituti scolastici coinvolti: 100% del previsto.
CONTATTI	www.comunitasalute.org

Box 6.8. Esempio di intervento di CB valorizzazione delle reti di comunità di “valutazione dei servizi (advocacy)” con approccio partecipativo volontario in Italia

Audit Civico	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Valutazione dei servizi (advocacy)
APPROCCIO	Partecipativo volontario
TARGET	Comunità
PROMOTORE	Cittadinanzattiva Onlus
ATTORI COINVOLTI	Istituzioni (Regioni, Ministeri) ed Enti pubblici e privati, Istituti di Ricerca, Fondazioni, Associazioni e Organizzazioni civiche e di pazienti, cittadini
RESPONSABILE	Cittadinanzattiva Onlus
DESCRIZIONE	Cittadinanzattiva Onlus ha messo a punto negli anni una metodologia per la valutazione civica delle politiche e dei servizi sanitari denominata Audit Civico®, che può essere definito come un processo di valutazione dei servizi e delle politiche pubbliche, promosso e realizzato dalla cittadinanza attiva in partnership con soggetti pubblici e privati, con l'obiettivo di migliorare aspetti qualità, accessibilità, trasparenza, umanizzazione, presa in carico, etc.
TEMPISTICHE	L'Audit civico nasce nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva.
OBIETTIVI	Cittadini e operatori sanitari, con il supporto dell'Agenzia per la Valutazione Civica, valutano periodicamente la qualità, la sicurezza e l'umanizzazione di Ospedali, Pronto Soccorso e dei servizi territoriali, tra cui l'Assistenza Domiciliare, i SerT, la Salute Mentale, etc. Cosa “non” è l'Audit Civico®: Questa metodologia serve per emettere dei giudizi motivati, delle valutazioni “oggettive”, non per misurare la percezione/gradimento dei cittadini rispetto ai servizi sanitari fruiti. Quindi non è un processo di customer satisfaction.
STRUMENTI UTILIZZATI	Vengono attivate delle Partnership e una Cabina di regia: luogo multistakeholder di pianificazione, condivisione, gestione del progetto, in cui sono presenti anche rappresentanti della struttura valutata. Vengono raccolti dati “oggettivi” formulati dal punto di vista civico, ossia selezionando gli aspetti rilevanti dal punto di vista del cittadino comune, (in base alle violazioni dei diritti più frequentemente segnalate, a cosa per il comune cittadino è importante, di cosa ha bisogno, etc...).

INDICATORI DI PERFORMANCE	Vengono costruiti degli indicatori selezionando gli aspetti rilevanti dal punto di vista del cittadino. I dati sono oggettivi empirici e verificabili tramite indicatori che hanno come fonti: standard, norme, buone pratiche, ecc e vengono raccolti intervistando i responsabili delle strutture coinvolte con appositi Questionari strutturati e anche osservando direttamente i locali dei servizi, per annotare su apposite Griglie la presenza/assenza di elementi predefiniti.
CONTATTI	mail@cittadinanzattiva.it https://www.cittadinanzattiva.it/aree-di-interesse/salute/213-audit-civico.html

Box 6.9. Esempio di intervento di CB di welfare di iniziativa di “iniziative per raggiungere standard clinici uniformi” con approccio istituzionale in Italia

inCONTRO al Parkinson	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Welfare di iniziativa
ATTIVITÀ	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi
APPROCCIO	Istituzionale
TARGET	Anziani fragili affetti da malattia di Parkinson o Parkinsonismi
PROMOTORE	AOU - Policlinico Tor Vergata
ATTORI COINVOLTI	• AOU - PTV • Casa della Salute - ASL RM2, Distretto 6 (e Medici di Medicina Generale afferenti) • Associazioni ONLUS (Parkinson Giovanile Roma; Azione Parkinson; Bradirapidi Parky Touch Rugby) • Rete Caregiver Territoriale Post-Formazione
RESPONSABILE	• UOC Neurologia PTV • UOSD Parkinson PTV • Direzione Professioni Sanitarie PTV • Casa della Salute Distretto 6- RM2 • Medici Medicina Generale
DESCRIZIONE	Il progetto è stato implementato per raggiungere i soggetti fragili affetti da malattia di Parkinson o Parkinsonismi (oltre 2500 pazienti sul territorio). Il progetto si impone di creare una rete territoriale di assistenza di nuova concezione che includa, come attori protagonisti del processo, anche i pazienti stessi, già organizzati in ONLUS, di svolgere attività ludico-sportive dedicate e counseling psicologico periodico e di istituzionalizzare di una rete di caregiver territoriale.
TEMPISTICHE	Il progetto è iniziato nel gennaio 2020 e si attendeva una prima valutazione in itinere entro il 31 marzo 2021.
OBIETTIVI	1. Raggiungere la popolazione fragile affetta da Parkinson & parkinsonismi) 2. Creare una rete territoriale di assistenza di nuova concezione 3. Creare una banca dati esaustiva, riservata agli operatori, che permetta sia la mappatura dei pazienti trattati sia la facile implementazione di studi tesi a monitorare (domotica etc.) il movimento e la risposta terapeutica nell'ambiente domestico. 4. Dedicare siti di facile accessibilità per pazienti/cittadini allo scopo di avvicinarli alla comprensione della malattia ed alle sue caratteristiche che incidono sulla qualità della vita quotidiana.

STRUMENTI UTILIZZATI	Costruzione rete (in parte già attiva) che include: AOU - Policlinico Tor Vergata, Casa della Salute (CDS), ONLUS di pazienti, Municipio Banca dati con piattaforma condivisa tra gli attori. Tavoli periodici di confronto tra tutti gli attori del network Confronto con gli altri distretti della ASL RM2 Formazione Medici di Medicina Generale e personale infermieristico con periodiche giornate di aggiornamento professionale.
INDICATORI DI PERFORMANCE	Diminuiti accessi al PS (-30%) di pazienti frequent-user ed affetti da parkinson o parkinsonismi (in conseguenza di migliorata comunicazione tra operatori e paziente e ottimale adesione alla terapia). Raggiungimento del 98% di adesione alla terapia (scheda domiciliare che attesta compliance e aderenza a numero di dosi, quantità complessiva etc.); Aumento dei pazienti in trattamento (de-novo o ignoti ai servizi SSN da almeno 2 anni).
CONTATTI	stefani@uniroma2.it

Box 6.10. Esempio di intervento di CB valorizzazione delle reti di comunità di processi decisionali (co-progettazione) con approccio istituzionale in ambito internazionale

Health Village	
NAZIONE	Finlandia
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Processi decisionali (co-progettazione)
APPROCCIO	Istituzionale
TARGET	Comunità (Cittadini, pazienti e professionisti)
PROMOTORE	The Virtual Hospital 2.0 (5 università finlandesi)
ATTORI COINVOLTI	• Università • Ospedali • Centri di Cure Primarie • Distretti • Istituti di Ricerca • Aziende Private • Associazioni Pazienti • Pazienti
RESPONSABILE	The Virtual Hospital 2.0
DESCRIZIONE	Il progetto Health Village include servizi dedicati da un lato ai cittadini con 32 hub che possono essere per patologia, come il Cancer Hub, o per tipologia di bisogno, come il Surgery Hub. Gli hub includono informazioni, guida ai servizi, programmi di self-care, identificazione dei sintomi. Dall'altro lato i servizi sono dedicati a pazienti attraverso il My Path e percorsi di cura digitalizzati che includono, tra le altre cose, registrazione e identificazione, comunicazioni, percorsi di cura digitalizzati, collegamento con device. Per i professionisti, HealthvillagePRO, che include Centri di Conoscenza Virtuali, Guida per la costruzione di servizi eHealth, Ricerca di altri professionisti nelle diverse specialità, Teleconferenze, Eventi e training, appuntamenti in remoto.
TEMPISTICHE	Nasce nel 2016, attualmente attivo.
OBIETTIVI	Creare servizi sanitari digitali che siano orientati all'utente. Rendere i servizi sanitari disponibili per tutti i cittadini a prescindere dal luogo di residenza e dal livello di reddito, al fine di aumentare l'equità per i cittadini.
STRUMENTI UTILIZZATI	I servizi utilizzano dati sanitari e socio sanitari. Al centro dell'Health Village c'è l'eHealth Development Program, un programma replicabile e standardizzato per la pianificazione, imple-

	mentazione e mantenimento di servizi sanitari digitali nell'ambiente ospedaliero. L'eHealth Development Program include modelli e istruzioni per il welfare sociale e per gli attori sanitari per pianificare servizi digitali multi-canali per specifici gruppi di consumatori, produrre ed esportare contenuto, condurre studi e analisi sui percorsi del servizio, produrre report su conoscenze. Il programma di sviluppo include anche il coinvolgimento dei pazienti e il processo di sviluppo dei servizi digitali.
INDICATORI DI PERFORMANCE	Financial Impact and Cost Benefits of Health Village in first 5 years: i) diminuzione di seconde visite, trattamenti, lettere e chiamate ii) € 1,3 miliardi di capacità ospedaliera liberata
CONTATTI	sirpa.arvonen@hus.fi; aki.puustjarvi@hus.fi; info@healthcare.fi www.healthvillage.fi

Box 6.11. Esempio di intervento di CB valorizzazione delle reti di comunità di sviluppo di collaborative lifestyles con approccio partecipativo volontario a San Marino

Parco inclusivo "Batti Cinque"	
NAZIONE	San Marino
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Sviluppo di Collaborative Lifestyles
APPROCCIO	Partecipativo volontario
TARGET	Disabili
PROMOTORE	Associazione "Batti Cinque" (Associazione Autismo e Disturbi Generalizzati del Neurosviluppo)
ATTORI COINVOLTI	• Segreteria di stato territorio e ambiente San Marino • Segreteria di stato sanità San Marino • Giunta di Castello di Faetano • Ufficio gestione risorse agrarie e agricole San Marino (UGRAA) • Associazione Sammarinese Cuore e Vita • Rotaract (Rotary in Action) • Sit Group SpA
RESPONSABILE	Segreteria di stato territorio e ambiente San Marino; Giunta di Castello di faetano
DESCRIZIONE	Il progetto nasce per minori disabili ma è fruibile al resto della popolazione, compresi disabili adulti e anziani. Il progetto prevede la realizzazione di un parco giochi all'interno di un parco pubblico nel Castello di Faetano (frazione della Repubblica di San Marino) con strutture e attrezzature ludiche con l'obiettivo di inclusione di persone con disabilità, ma anche per la condivisione di uno spazio pubblico atto alla ricreazione e al divertimento della popolazione.
TEMPISTICHE	La progettazione è avvenuta nell'anno 2015, l'avvio dei lavori nel maggio 2017 e la fine lavori nel giugno 2018. La durata del progetto è permanente, con previsione di implementazione.
OBIETTIVI	Riqualificazione di un'area verde adibita a parco e creazione di un luogo ludico-ricreativo resiliente per persone con disabilità per favorire la loro inclusione, ma anche per la condivisione di uno spazio pubblico atto alla ricreazione e al divertimento della popolazione.
STRUMENTI UTILIZZATI	Strumenti di costruzione del servizio/intervento: • Attrezzature per interventi ludico-educativi; • Percorsi personalizzati per bambini/persone con particolari necessità sulla base della tipologia di disabilità (intellettiva, motoria etc.). Strumenti di programmazione e controllo:

	• Promozione da parte dell'Associazione "Batti Cinque" dell'adesione al progetto degli iscritti, monitoraggio informale del numero di accessi da parte degli amministratori locali Giunta di Castello di Faetano. Strumenti di governance: • Amministratori locali Giunta di Castello di Faetano e funzionari UGRAA.
INDICATORI DI PERFORMANCE	Non esistono indicatori specifici di performance, se non l'incremento costante degli accessi riscontrato fino ad oggi.
CONTATTI	mara.morini@iss.sm; morinimara@icloud.com; www.associazionebatticinque.com

Box 6.12. Esempio di intervento di CB di valorizzazione delle reti di comunità di iniziative a sostegno della coproduzione con approccio partecipativo professionale in Italia

AAA – Autodeterminazione Autonomia Abitativa	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Reti di comunità
ATTIVITÀ	Iniziative a sostegno della coproduzione
APPROCCIO	Partecipativo professionale
TARGET	Persone con disabilità grave
PROMOTORE	GIOVANI E AMICI, Società Cooperativa Sociale, in qualità di capofila della rete “Dopo di noi alla pari”
ATTORI COINVOLTI	Comuni, i quattro Enti del Privato Sociale Accreditato del Distretto “Padova Sud” (Cooperativa Sociale Giovani e Amici, Cooperativa Sociale Alambicco, Fondazione IREA e Fondazione Franchin), Consorzio Veneto Insieme, associazione dei familiari, associazioni di volontariato, cooperative sociali, parrocchie, aziende for profit.
RESPONSABILE	L’Unità Operativa Complessa Disabilità e Non Autosufficienza del Distretto 5 ULSS6 Padova Sud, l’Unità Operativa Complessa Economato, Società Cooperativa Sociale
DESCRIZIONE	Il progetto si rivolge a giovani adulti con disabilità che vogliano sperimentare percorsi di emancipazione dal contesto di origine, attraverso attività di informazione, formazione-allenamento e sperimentazione concreta dell’autonomia abitativa. I beneficiari possono esprimere preferenze personali rispetto ai co-inquilini con cui affrontare l’esperienza e partecipare attivamente alla definizione del percorso da intraprendere. Il progetto iniziale si prefiggeva di raggiungere 5 beneficiari che avrebbero potuto accedere ciascuno a 120 giorni di attività abitativa e a 225 di attività giornaliera.
TEMPISTICHE	Il progetto è iniziato il 15/04/2019, ha valenza triennale e si concluderà il 14/04/2022.
OBIETTIVI	Realizzare dei percorsi di emancipazione dalla famiglia di origine attraverso esperienze di abitazione autonoma in soluzione alloggiative di tipo familiare, propedeutici al vivere autonomo; Realizzare dei percorsi di accrescimento delle consapevolezza e delle capacità di auto-determinazione proprio del divenire adulto attraverso la partecipazione ad attività giornaliera, a carattere educativo riabilitativo.

STRUMENTI UTILIZZATI	Strumento di coprogettazione per la creazione della rete capofila destinataria del finanziamento. Raccolta delle richieste pervenute dall'utenza e l'attivazione delle UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) per la valutazione delle domande e dei bisogni espressi dalle persone, nonché alla predisposizione dei singoli progetti personalizzati. L'utilizzo dell'applicativo "Atlante" quale strumento di programmazione, controllo e monitoraggio delle azioni in essere. La costruzione di un tavolo di lavoro cui partecipano i capofila di tutte le reti destinarie di finanziamento, i rappresentanti degli operatori delle tre UUOCC Disabilità, un rappresentante dell'UOC Economato e i rappresentanti dei familiari.
INDICATORI DI PERFORMANCE	La continuità della frequenza dei beneficiari alle attività rispetto al totale dei giorni utili indicati nel progetto personalizzato. Tutte le persone con disabilità hanno beneficiato con continuità del progetto. Si prevede inoltre di utilizzare il progetto personalizzato come strumento per la definizione degli obiettivi individuali, del loro monitoraggio e verifica nell'ambito dei percorsi proposti, individuando specifici indicatori del funzionamento della persona negli ambiti di attività e partecipazione ICF; dell'autodeterminazione e della qualità di vita dei beneficiari.
CONTATTI	e.littame@morinipedrino.it; www.morinipedrino.it

Box 6.13. Esempio di intervento di CB di welfare di iniziativa di iniziativa per coloro che non arrivano ai servizi con approccio istituzionale in Italia

Comunità hard to reach: Bastogi salute	
NAZIONE	Italia
TIPO DI INIZIATIVA	Welfare di iniziativa
ATTIVITÀ	Iniziativa per coloro che non arrivano ai servizi
APPROCCIO	Istituzionale
TARGET	Soggetti fragili con elevato disagio sociale
PROMOTORE	ASL Roma 1
ATTORI COINVOLTI	• Distretto 13 • Dipartimento di Prevenzione- SISP • Dipartimento Epidemiologico Regione Lazio • Servizio Sociale Aziendale • Università degli Studi “La Sapienza” di Roma • Roma Capitale - Municipio 13 • Servizio Sociale Municipio 13 • Istituto Nazionale Migrazione povertà, INMP • Popolazione da raggiungere
RESPONSABILE	ASL Roma 1
DESCRIZIONE	Il progetto è dedicato ai soggetti fragili che abitano nell'area definita “ex Bastogi”, dove vivono circa 2000 persone ed è caratterizzata da un elevato livello di disagio sociale e conseguente isolamento e ha l'obiettivo di progettare interventi di promozione della salute in un target di popolazione a forte rischio di esclusione, anche a causa della difficoltà ostacoli di accesso ai servizi. Nel progetto è stata necessaria la partecipazione della comunità target nella creazione di una rete fiduciaria.
TEMPISTICHE	Nasce a febbraio del 2015 ed è ancora attivo.
OBIETTIVI	Far emergere nuove povertà e disuguaglianze di salute in un contesto di città globale.
STRUMENTI UTILIZZATI	• Protocollo inter-istituzionale • Questionari per raccolta dati finalizzati alla costruzione di un profilo di comunità • Punto Unico di Accesso temporaneo • Infermiere di comunità • Interventi di Promozione della Salute • Profilo di comunità e mappa di fruibilità
INDICATORI DI PERFORMANCE	Indicatori di salute forniti da PASSI
CONTATTI	ale.brandimarte@aslroma1.it

6.6. Un esame critico degli interventi

In seguito alla raccolta degli interventi di CB è stata realizzata un'analisi critica per individuare le particolarità più frequentemente riscontrate considerando i punti di forza, i punti di debolezza e gli aspetti necessari per la trasferibilità. Per quanto riguardano i punti di forza, la maggior parte degli interventi hanno accentuato il lavoro in sinergia con le istituzioni, il coinvolgimento attivo degli attori e della popolazione, il coinvolgimento di servizi pubblici e privati del territorio e il confronto tra team multiprofessionali. Questo rivela quanto sia importante la creazione di network e la collaborazione tra i vari e numerosi attori e del loro ruolo importantissimo nel successo di un intervento. Altri punti di forza riscontrati sono l'individuazione precoce delle diagnosi e la continuità degli interventi, fondamentali da un lato per la prevenzione e il raggiungimento precoce di target bisognosi e dall'altro per mantenere una linearità negli interventi in modo da non rendere superflui gli sforzi precedentemente intrapresi.

I punti di debolezza enfatizzati sono principalmente la mancanza di dati e di un sistema informativo per il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dell'intervento, utili per avere un quadro più preciso di cosa stia andando bene e cosa sia da migliorare. Altri punti di debolezza sono la diffusione sul territorio e la necessità di una maggiore formalizzazione del processo complessivo che possono dare anche più visibilità all'intervento stesso. Tra i punti di debolezza incontriamo ancora la collaborazione con il Terzo Settore, la presenza di operatori in rete con competenze distintive e il coinvolgimento degli attori (medici, servizi sociali) che rafforza l'osservazione precedente sull'importanza della collaborazione e della relazione tra i vari attori.

Gli aspetti necessari per la trasferibilità riguardano in prevalenza l'alleanza con le reti locali e con gli enti locali, la formazione congiunta degli operatori coinvolti, l'utilizzo di metodologie standardizzate, la disponibilità delle risorse finanziarie e lo sviluppo della governance a livello locale. Dunque, il quadro generale accentua il fattore economico come fondamentale nella replica degli interventi di CB e la necessità di standardizzazione. Tuttavia, risulta importante l'implicazione degli attori a livello locale insieme allo sviluppo della governance.

Il COVID 19 ci ha ri-insegnato che la salute è un problema di comunità e una parte della soluzione non può che venire dalla comunità: si tratta di re-imparare a valorizzarla e guidarla. Infatti, recenti studi enfatizzano l'importante ruolo della salute pubblica nel rafforzare la resilienza delle comunità attraverso la ripresa, comunità che si sono organizzate per dare una mano concreta, ad esempio, attraverso la realizzazione di banchi alimentari, le relazioni telefoniche per i più fragili e le linee di assistenza (South et al, 2020). È necessario anche imparare a utilizzare le esperienze di successo già introdotte in altre realtà e implementarle in territori con caratteristiche analoghe. A riguardo, il catalogo è frutto di un lavoro meticoloso di ricerca e di analisi che classifica le esperienze

di CB in base a una serie di parametri con lo scopo di agevolare la ricerca degli utenti, in particolare dei possibili nuovi promotori, facilitare la condivisione di informazioni e, di conseguenze, aiutare la diffusione degli interventi di CB laddove necessario.

Bibliografia

- Community Building Network - Catalogo di Good Practices: Retrieved from: <https://www.cergas.unibocconi.eu/resources/datasets/progetto-community-building-network>
- Edelenbos, J., Van Meerkerk, I. (Eds) (2016). Critical Reflections on Interactive Governance: Self-Organization and Participation in Public Governance. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Healey, P. (2015). Citizen-Generated Local Development Initiative: Recent English Experience. *International Journal of Urban Sciences*, 19 (2): 109–118. doi:10.1080/12265934.2014.989892
- Institute of Medicine (2012). An integrated framework for assessing the value of community-based prevention. Washington, DC: The National Academies Press.
- Llano-Arias, V. (2015). Community Knowledge Sharing and Co-production of Water Services: Two Cases of Community Aqueduct Associations in Colombia. *Water Alternatives* 8 (2): 77–98.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario P.A., Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3):S137-S145.
- National Health System (2014). Five Year Forward View. Retrieved from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
- Smithies, J., Webster, G. (1998). Community Involvement in Health: From Passive Recipients to Active Participants (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429460739>
- South, J. (2015). A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. Public Health London. Retrieved from: <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-wellbeing-a-guide-to-community-centred-approaches>
- South, J., Stansfield, J., Amlôt, R., Weston, D. (2020). Sustaining and strengthening community resilience throughout the COVID-19 pandemic and beyond. *Perspectives in Public Health*, 140(6), 305-308.

Conclusioni

Il quadro delle logiche e degli strumenti descritto nella presente pubblicazione ha un duplice scopo: a) illustrare l'ampia diversità di opportunità e obiettivi rilevanti per la salute e l'inclusione sociale, che l'approccio del CB può supportare; b) discutere i distinti approcci manageriali necessari per guidare le diverse iniziative legate al CB, a seconda delle loro specifiche caratteristiche e reti sociali coinvolte. Come abbiamo visto dalla letteratura internazionale, gli interventi di CB rappresentano un ampio portafoglio di programmi di salute e welfare pubblico eterogenei tra di loro, che devono essere compresi nella loro profonda natura, al fine di integrarli efficacemente nei tradizionali sistemi dei servizi. Le organizzazioni di sanità e welfare pubblico devono, infatti, riflettere su quali approcci di CB selezionare e promuovere, a seconda dei bisogni prevalenti nei loro territori e dei correlati obiettivi strategici, della consapevolezza che hanno delle capacità e delle competenze professionali istituzionalmente presenti e delle risorse attivabili nella comunità di riferimento.

Gli interventi di CB sono, infatti, processi complessi e di lunga durata basati su diverse fasi: selezione o costruzione delle reti sociali, ingaggio e coinvolgimento di reti, sviluppo di programmi, servizi e forme di aggregazione sociale, progettazione e negoziazione di scambi reciproci e gestione dell'intervento e dei correlati processi di attivazione e promozione sociale. Poiché le esperienze di CB differiscono nelle caratteristiche delle reti sociali coinvolte, negli obiettivi e nella tipologia dei servizi e dei processi sociali attivati, è necessario che stili e logiche gestionali eterogenee diventino efficaci nel processo di attuazione e si adattino alle specifiche caratteristiche della comunità e delle reti. Questo spiega la duplice complessità del fare e gestire gli interventi di CB accanto ai tradizionali servizi di welfare: in primo luogo vi è la necessità di selezionare la giusta iniziativa e di individuare la rete sociale coerente ed efficace, in secondo luogo vi è la necessità di individuare le caratteristiche fondamentali delle reti e dei target coinvolti, al fine di scegliere stili e strumenti relazionali e gestionali coerenti, per essere accettati come partner istituzionale credibile e sfruttare efficacemente le interdipendenze tra gli attori coinvolti per massimizzarne i benefici, non solo individuali, ma di comunità.

I casi descritti nel Capitolo 6 mostrano che la natura della rete sociale influenza lo stile gestionale e relazionale che l'istituzione pubblica di welfare deve applicare per stabilire una collaborazione di successo. Infatti, distinti network sociali sono diversamente sensibili a messaggi e comportamenti. Ad esempio, una rete sociale molto gerarchica richiede contatti diretti tra i leader, mentre una rete tra pari e partecipata può essere più sensibile ai dialoghi comunitari e tra pari. Una rete formalizzata, come un'associazione di volontariato, è abituata all'interazione ufficiale con le pubbliche amministrazioni, al contrario di una rete sociale naturale, come un gruppo etnico, che può non essere strutturato e può necessitare di un approccio più informale e relazionale da parte dell'istituzione pubblica.

È inoltre fondamentale comprendere i potenziali obiettivi di salute e di inclusione sociale che gli interventi di CB si pongono. Questo aiuta a capire da una parte se e dove le soluzioni classiche siano insufficienti, inefficaci o non convenienti e dall'altra se il welfare di iniziativa o la valorizzazione delle reti sociali siano coerenti con gli obiettivi strategici dell'istituzione pubblica di welfare stessa. In una prospettiva strategica di salute e welfare pubblico, la disponibilità di capitale sociale, attraverso reti e stakeholder comunitari ben intenzionati, non dovrebbe semplicemente fungere da driver per la facilitazione di iniziative di CB. Al contrario: gli obiettivi o le lacune istituzionali dovrebbero fungere da driver chiave per selezionare quali approcci di CB promuovere e selezionare. Ciò è particolarmente vero, considerando l'ampia gamma di diverse opportunità disponibili davanti al portafoglio di reti sociali e di capitale sociale di una comunità.

La nostra analisi ha permesso di comprendere che il tipo di scambi pubblico-privato tra le PA e le reti sociali coinvolte sono fondamentali per comprendere le aspettative reciproche, la valorizzazione percepita e l'equità dell'interscambio al fine di attuare, da parte pubblica, il giusto schema di incentivi per favorire l'azione delle reti sociali e promuovere le attese dinamiche interne. Gli incentivi possono essere basati sul riconoscimento sociale o istituzionale, sull'offerta di accesso gratuito alle strutture pubbliche, su risorse professionali o monetarie, sulla promozione della rete per aumentare i suoi membri o su un'integrazione privilegiata con i servizi pubblici. Raramente è una questione di risorse finanziarie: si tratta più di capire le aspettative delle reti e dei loro leader o membri, che può essere, in alcuni casi, anche più impegnativo che trovare alcune risorse monetarie aggiuntive. La capacità di scegliere il giusto meccanismo di incentivazione è correlata sia all'efficacia delle competenze di indirizzo delle PA sia alla capacità organizzativa. Questa appare come un'altra sfida manageriale rilevante per guidare l'impatto sanitario e sociale complessivo di un'organizzazione pubblica all'interno dei suoi scambi con il suo ambiente sociale correlato.

Riassumendo, pensiamo che i valori e gli strumenti di CB possano diventare i pilastri fondamentali dei sistemi di welfare contemporanei, sia per l'evoluzione demografica ed epidemiologica che per l'impatto dirompente dei modelli

di sharing economy. Il portafoglio degli interventi di CB è molto ampio: occorre familiarizzare con tutte le diverse soluzioni disponibili per imparare a scegliere in modo strategico, a seconda delle priorità della comunità locale. L'eterogenea natura delle diverse reti sociali e dei relativi approcci di CB deve influenzare lo stile relazionale delle PA, attivando competenze e capacità interne coerenti, selezionando gli incentivi giusti per rendere efficace e conveniente il governo delle reti sociali da parte delle PA.

Siamo quindi di fronte a un meccanismo sociale complesso, nuovo, ampio, diffuso e diversificato, che richiede consapevolezza e competenze rinfrescate e mirate. C'è una nuova intrigante era di gestione della salute pubblica e dell'inclusione sociale davanti a noi. Le nuove "piattaforme" globali e locali, la maggior parte orientate al profitto, hanno come primo obiettivo quello di costituire una comunità virtuale, che faccia costantemente riferimento al loro nuovo ecosistema sviluppato. In questo contesto, c'è una nuova centralità strategica per il CB, considerando il potere influente che i network sociali sono in grado di esercitare sui comportamenti dei consumatori. Se questo è vero e rilevante per le imprese private, ci aspettano nuove sfide anche per l'ambito pubblico.

Postfazione

di *Sabina Nuti e Elio Borgonovi*

Nel testo si propone una approfondita riflessione su un tema diventato cruciale per il SSN poiché nel PNRR sono formalizzate scelte sulla costituzione di Case della Comunità (1288), Ospedali di Comunità (381) e Centrali Operative Territoriali (602). Si tratta di strutture che devono essere realizzate parallelamente a identificazione, valorizzazione e sviluppo delle comunità. La chiave di lettura segue una analogia con il rapporto medico (professionista) – paziente. Dalla fase in cui la comunità, di cui il paziente è parte integrante, è considerata oggetto al quale si rivolge l’attività delle istituzioni di tutela della salute, fino ad evolvere progressivamente il concetto di comunità che viene ad assumere un ruolo attivo nella offerta stessa di servizi.

Come per ogni ricerca, il volume si apre nel primo Capitolo con un’analisi dei diversi filoni di letteratura che evidenziano come nel tempo si è passati dalla logica di “parlare della comunità” a quella di “parlare con la comunità”, a quella, infine, di “decidere e operare per la comunità, con la comunità”. La medicina/salute evidence based fa riferimento alla classica distinzione tra dati, informazione e conoscenze cliniche (salute individuale) ed epidemiologiche (salute pubblica). Alla fine degli anni Settanta contestualmente all’affermarsi dei principi di partecipazione politica e sociale, si sono sviluppate anche studi e ricerche sulla partecipazione e coinvolgimento delle comunità nei processi di tutela della salute. In seguito si sono affermati concetti quali coinvolgimento, sviluppo, responsabilizzazione e ruolo attivo delle comunità (community, involvement, engagement, development, empowerment).

Questa evoluzione viene qualificata nel secondo Capitolo nel quale viene sottolineata la rilevanza attuale del tema che non può essere considerato come un semplice ritorno della cultura di partecipazione politico sociale. Non si tratta di un restyling della partecipazione politico sociale, ma si mettono in evidenza le profonde differenze dei processi di community building rispetto a quelli della sharing economy. Tramite piattaforme quest’ultima mette in connessione diretta domanda e offerta di beni e servizi abbattendo la catena delle intermediazioni. Tuttavia la maggior parte del valore generato viene estratto dai gestori

delle piattaforme. Al contrario i processi di community building sono presentati come antidoto o reazione alla frammentazione della società liquida. Mappatura, valorizzazione di corpi intermedi della società (forme di aggregazione più o meno istituzionalizzate) e loro inserimento nella rete di erogazione dei servizi consentono di affrontare il tema della sostenibilità di medio e lungo periodo. Infatti il progresso scientifico e tecnologico, che consente di rispondere con successo a bisogni di salute sempre più numerosi, eterogenei e complessi, si scontra con i limiti delle risorse finanziarie private e pubbliche. L'approccio community building significa che, con la logica della coproduzione e della rete, i vari soggetti organizzati in forme diverse diventano al tempo stesso contributori di energie e utilizzatori di servizi.

Nel terzo Capitolo viene proposto uno schema di classificazione delle tipologie di stakeholder, i loro bisogni di salute, i contributi che ognuno può dare e le dimensioni di valutazione dei risultati che ognuno di essi ritiene più significativi. In questo modo è possibile fare un bilancio tra energie/risorse messe in campo e livello quali-quantitativo di risposta alle aspettative. La mappatura delle relazioni tra gli stakeholder consente di evidenziare l'effetto di moltiplicazione dato dalle sinergie e dalle economie di rete.

Se da un lato community building significa superare i limiti della specializzazione delle conoscenze, dall'altro pone la sfida di una nuova complessità. È il tema della natura degli interventi di community building che viene affrontato nel quarto Capitolo e che rappresenta la saldatura tra salute individuale e salute pubblica, nonché tra dimensione sociale e sanitaria. L'efficacia delle politiche e degli interventi di prevenzione, diagnosi precoce, e in generale di problemi di salute non legati a fasi acute, è fortemente correlata a comportamenti e a contesti nei quali vivono le persone. Perciò gli strumenti della Community Governance devono considerare contestualmente e in modo integrato la dimensione sanitaria, sociale, assistenziale. Le aziende sanitarie ed ospedaliere devono uscire dai propri confini per confrontarsi e coordinarsi con le politiche e gli interventi di Comuni, scuole, associazioni di volontariato, cooperative, parrocchie, circoli, società di mutuo soccorso e imprese private del settore salute con strategie di low cost, che però non va confuso con convenzioni o low quality.

La parte finale del volume, con i capitoli cinque e sei, fornisce una bussola per orientare il lettore nel mare che divide la progettazione dalla realizzazione. Il Capitolo cinque tratta gli strumenti per l'analisi del bisogno e per la definizione delle priorità. La natura di servizio sanitario universalistico non esclude, anzi impone, di essere selettivi nella individuazione delle aree di intervento nelle quali è più elevata la probabilità di successo. Si tratta di individuare dove le risorse istituzionali, organizzative e finanziarie sono più forti per attivare il circolo virtuoso dei risultati positivi che determinano l'effetto traino. Il secondo set di strumenti riguarda i vari livelli della Governance. Tenendo conto che la dimensione media di una ASL è di 500 mila abitanti, diventa dispersiva una Governance che non

tenga conto delle specificità di aree di minori dimensioni. L'individuazione degli stakeholder di una comunità deve essere riferita ad ambiti più ristretti, ad esempio il distretto che ha una dimensione media di 100 mila abitanti, per poter sfruttare al meglio le economie di prossimità. Il terzo strumento è rappresentato dal piano strategico che, con un orizzonte di 3-5 anni, esplicita obiettivi, programmi, risultati attesi, indicatori di monitoraggio e valutazione dei risultati.

Poiché non vi è cambiamento duraturo se non si interviene sulla cultura delle persone e sulla cultura delle organizzazioni, il quarto gruppo di strumenti riguarda il Change Management. Non vi può essere innovazione se le persone non percepiscono l'esigenza di cambiare, non sono motivate a cambiare e, soprattutto, non sono aiutate a superare gli ostacoli. A questa esigenza rispondono anche gli strumenti della programmazione realizzata con la logica del Project Management. Questo Capitolo presenta gli strumenti con un'efficace forma di tabelle, matrici ed esemplificazioni di strumenti. Il cambiamento della cultura può essere agevolato dalla raccolta di 70 buone pratiche che sono analizzate con diverse classificazioni nel Capitolo sesto. L'analisi riguarda la tipologia dei bisogni di salute oggetto delle reti, i destinatari, l'approccio istituzionale (nel quale è prevalente la promozione da parte delle aziende sanitarie ospedaliere), professionale di tipo volontario (centrato sulle relazioni tra professionisti), partecipativo tra pari (nei quali non è individuabile un soggetto preminente sugli altri). Il Capitolo è corredato da 12 box che presentano con maggiore dettaglio alcune esperienze e che quindi possono servire da riferimento concreto per chi volesse attivare processi di community building per problemi di salute e contesti simili. Sapere che qualcuno ha già affrontato un certo percorso aiuta ad evitare gli errori e ad individuare le leve di cambiamento già utilizzate con successo. Infine viene presentato il catalogo delle 70 esperienze che sono presenti in dettaglio sui siti del Laboratorio MeS - Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna e del CERGAS - SDA Bocconi. Si tratta di uno strumento di generazione, accumulo e diffusione di conoscenze nel campo del community building che si auspica diventi il primo nucleo di un osservatorio dinamico che in futuro potrà essere alimentato da altre esperienze. Solo in questo modo potrà essere eliminata una delle più rilevanti debolezze del nostro paese: avere buone pratiche, a macchia di leopardo, che non diventano patrimonio di sistema.

Questo volume raccoglie un lavoro di ricerca significativo ed attualissimo ma è evidente che ancora molto deve essere fatto sul tema. In questa prospettiva il PNRR può essere davvero una opportunità storica, soprattutto per permettere una implementazione su larga scala su tutto il territorio nazionale, con il ritmo e la forza necessari per garantire l'efficacia di un cambiamento nell'offerta dei servizi socio sanitari e nel potenziamento del Territorio ormai ineludibile.

Si ringrazia il team misto di ricerca Sant'Anna – Bocconi che con coraggio, impegno e spirito critico ha saputo cogliere il meglio delle sperimentazioni in atto nel nostro Paese, modellarle ed offrire materiale di riflessione per affrontare al meglio i cambiamenti che ci aspettano.

Gli Autori

Sara Barsanti è assistente di ricerca al Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Sant'Anna di Pisa, dove dal 2005, ha conseguito il Dottorato in Management alla Scuola Sant'Anna di Pisa. Ha attualmente la responsabilità scientifica di diversi progetti di ricerca e formazione che riguardano principalmente la valutazione della performance nei servizi pubblici e ai modelli di integrazione dei percorsi, con riferimento specifico alle cure primarie e alla long term care. Attualmente gestisce un network di oltre 100 RSA che partecipano alla valutazione sistematica della qualità. È autrice di numerose pubblicazioni nazionali e internazionali, nonché di collaborazioni sui temi di ricerca con Università internazionali.

Sara Berloto è Junior Fellow di Government, Health and Not For Profit presso SDA Bocconi School of Management, fa parte dell'area di ricerca Social Policy and Social Innovation e dell'Osservatorio Long Term Care presso CERGAS SDA Bocconi. Ha conseguito la Laurea Specialistica in Economics and Management of Government and International Organisations presso l'Università Bocconi. Dopo la laurea ha lavorato presso l'UNHCR di Ginevra. I suoi interessi di ricerca riguardano la filantropia globale e il settore non profit, le politiche sociali e i processi di innovazione nei sistemi di welfare, i diritti dei migranti e dei rifugiati e le relazioni internazionali con un focus sul sistema politico cinese. Contribuisce al Rapporto OASI ed è autrice del White Paper OCAP 2/2019 "Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi".

Manila Bonciani, laureata in Sociologia, con Master di secondo livello in Metodologia della ricerca sociale e PhD in Health Care Management, è assegnista di ricerca presso il Laboratorio di Management e Salute (MeS) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Prima di arrivare alla Scuola Sant'Anna, ha avuto dieci anni di esperienza presso l'Istituto Superiore di Sanità, con attività di ricerca-intervento sull'organizzazione dei servizi sanitari all'interno di progetti internazionali di cooperazione e sulla salute materno-

infantile nell'ambito di progetti nazionali, con focus sulle disuguaglianze inerenti donne e bambini immigrati. Dal 2013 all'interno del Laboratorio MeS si occupa di integrazione e organizzazione dei percorsi assistenziali, con particolare riferimento all'ambito territoriale e materno-infantile. I principali focus di interesse dell'attività di ricerca riguardano le Case della salute, la valutazione delle cure primarie e delle zone-distretto, l'esperienza e gli esiti percepiti nel percorso nascita, l'assistenza pediatrica.

Anita Mariana Bunea ha conseguito il Dottorato di ricerca in Management Science presso la Scuola IMT Alti Studi Lucca nel 2018 con una tesi focalizzata sui modelli di diffusione delle innovazioni, in particolare delle tecnologie energetiche. Attualmente è assegnista di ricerca presso il Laboratorio di Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. I suoi attuali interessi di ricerca riguardano le pratiche di community building e la valutazione della performance, con particolare interesse per le pubbliche amministrazioni e i servizi sanitari e sociosanitari.

Francesco Longo è Professore Associato del Dipartimento di Scienze sociali e politiche presso l'Università Bocconi. Presso SDA Bocconi, è ricercatore del CERGAS Bocconi (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale), di cui è stato Direttore dal 2006 al 2012. È direttore di OASI, l'Osservatorio del CERGAS SDA Bocconi sul settore e le aziende sanitarie. Le sue ricerche si concentrano su sette filoni chiave: assetti istituzionali e governance dei sistemi e dei settori pubblici; strategia delle aziende e delle reti di pubblico interesse; organizzazione e gestione del personale nelle aziende pubbliche; management delle aziende sanitarie; management dei servizi sociali e socio-sanitari e delle cure primarie; disegno e valutazione delle politiche pubbliche in prospettiva attuativa; e change management nelle aziende e nei settori pubblici. I suoi lavori sono stati pubblicati su journal importanti quali *Health Care Management Review*, *Health Policy*, *Mecosan*, *Rivista Trimestrale AGENAS* e *Azienda Pubblica*. È membro di numerose commissioni nazionali, comitati scientifici e consigli di amministrazione di importanti aziende ed enti nazionali.

Angelica Zazzera è Junior Fellow di Government, Health and Not For Profit presso SDA Bocconi School of Management e ricercatrice CERGAS. Fa parte dell'Osservatorio Cronicità e Cure Primarie (OCCP). Ha conseguito la Laurea Specialistica in Management presso l'Università Bocconi. I suoi interessi di ricerca riguardano i modelli organizzativi e di management nell'ambito di cure primarie, assistenza territoriale, presa in carico delle cronicità e processi di governo clinico. Contribuisce al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul

Sistema Sanitario Italiano, ed è autrice di numerosi saggi e articoli che riguardano i temi da lei trattati. I suoi lavori sono stati pubblicati su riviste di riferimento per la comunità manageriale e dei clinici internazionali come l'International Journal of Integrated care (IJIC), e il Journal of Integrated Care (JICA) o nazionali come Mecosan.

Casa e Ospedali di Comunità, Welfare di Comunità, Infermiere di Comunità, co-production degli utenti sono le nuove visioni per lo sviluppo dei servizi socio-sanitari. Cosa vuol dire concretamente disegnare e gestire un lavoro di comunità a livello locale, sia in ambito sanitario, sia in ambito sociale? Quali sono le logiche e gli strumenti manageriali da attivare? Per rispondere a queste domande occorre avere un framework nitido sull'approccio di *community building*, una conoscenza degli strumenti gestionali possibili e una familiarità con i casi di successo già attivi.

Il *community building* sperimenta forme di partecipazione attiva di attori di natura diversa, volte a innovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi. La comunità locale viene concettualizzata come un insieme di reti sociali che possono essere naturali o costruite, formali o informali. Esse hanno natura e caratteristiche diverse, pertanto richiedono approcci gestionali distinti e specifici.

Obiettivo del presente libro è operationalizzare il framework valoriale del *community building* per offrire a *practitioner*, *policymaker* e studiosi un quadro concettuale e un portafoglio di strumenti e leve manageriali di riferimento, che rendano possibile organizzare e gestire questo approccio. L'analisi di numerose *good practice* italiane e internazionali di *community building* permette di disporre di esemplificazioni pratiche a cui ispirarsi.

Francesco Longo è *Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università Bocconi e Direttore dell'Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano (OASI).*

Sara Barsanti è *Assistente di Ricerca al Laboratorio Management e Sanità, dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con cui collabora dal 2005.*