

La partecipazione che cura: il coinvolgimento della cittadinanza attiva, degli operatori sociosanitari e dei giovani nel Distretto di Ponente dell'AUSL di Piacenza

Participation that takes care: engagement of active citizens, healthcare operators and the young people in the District of the West, Piacenza AUSL

Giorgio Chiaranda*, Giuseppe Magistrali**

* *Direttore dell'Unità operativa complessa medicina dello sport e promozione della salute, Ausl di Piacenza*

** *Direttore del Distretto di Ponente, Ausl di Piacenza*

Parole Chiave: giovani, partecipazione, terzo settore, casa della comunità, promozione della salute

RIASSUNTO

Obiettivi: attivare, sostenere e ampliare un processo partecipativo sui temi della casa della salute e della comunità

Metodi: percorso condotto dal 2019 ad oggi suddivisibile in due tempi (prima e dopo la pandemia). Per ciascun tempo si è svolta una fase ideativa con tecniche laboratoriali e una attuativa. Il secondo tempo si caratterizza per il coinvolgimento dei giovani e l'utilizzo dell'istituto della co-progettazione previsto dal codice del terzo settore.

Risultati: ideazione e realizzazione di rafforzamento della rete e delle forme partecipative; informazione; accoglienza e orientamento ai servizi; allestimento e animazione del Parco della salute; iniziative a favore delle persone fragili e dei loro caregiver. Sono state attivate attività sperimentali di co-progettazione con i ragazzi attraverso attività di promozione della salute nelle scuole

Discussione: elementi caratterizzanti sono stati la presenza di competenze specifiche in approcci partecipativi tra gli operatori a supporto della *vision* della direzione di distretto. Il processo risulta coerente con gli indirizzi delle autorità internazionali su cure primarie, promozione della salute, delle comunità e dei ragazzi.

Autore per corrispondenza: G.Magistrali@ausl.pc.it

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 68, n.4, ottobre-dicembre 2024

Key Words: youths, participation, third sector, community home, health promotion

ABSTRACT

Objectives: activate, sustain and develop a participatory process on Health and Community Homes.

Methods: the process has been carried on since 2019 split in two stages (before and after the pandemic). Each stage has been developed through a “creative” step (by means of laboratory techniques) and an operating step. Distinctive elements of the second stage were the involvement of young students and the use of the “coprogettazione” (project-with) legal instrument, in accordance with the third sector code.

Results: network and participation strengthening; delivery of information; welcome and orientation to health services; set up and animation of a “Health Park”; actions to sustain frail people and caregivers. We also activated experimental participatory activities on health promotion in schools.

Discussion: distinctive elements were the qualified competences on participatory process supporting the district directorship vision. This process came out to be consistent with the international guidelines for primary care and health promotion for communities and young people.

Il contesto: fare comunità in un Distretto “di campagna”

Il Distretto piacentino di Ponente ha piccole dimensioni numeriche (circa 80.000 abitanti) con un territorio viceversa molto ampio e disperso che va dalle zone golenali del Po, alla pianura industrializzata, dalla collina alle alte valli d’Appennino. Queste caratteristiche di potenziale marginalità hanno rappresentato una sfida ulteriore per dimostrare che *le periferie* possono diventare *centri* di innovazione e di promozione della salute se sanno investire sulle risorse delle proprie comunità.

La struttura di Borgonovo ha rappresentato fin dall’inizio un laboratorio ideale grazie alle notevoli potenzialità e alla presenza di servizi e professionisti in grado di rispondere a una molteplicità di bisogni¹. Già nel 2019, prima dell’emergenza pandemica, si era sviluppato un articolato processo partecipativo che aveva portato alla stesura “a cento mani” della *Guida ai servizi della Casa della Salute*, con il coinvolgimento di decine di professionisti, medici di medicina generale, associazioni di volontariato e di terzo settore, amministratori locali, organizzazioni sindacali, singoli cittadini. La stesura della guida rappresentò allora una sorta di *scusa/opportunità*, un’occasione per fare positiva babele di lingue, saperi, sensibilità per trovare un senso comune, per sentire l’allora Casa della Salute come *casa propria*.

¹ In particolare: Medicina di gruppo, Assistenza domiciliare integrata, Ambulatori infermieristici e della cronicità, Consultori familiari e pediatrici, presidi medici specialistici e vaccinali, Servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infantile e Servizio sociale per la tutela dei minori e delle famiglie, presidi residenziali per la grave disabilità, Centro per i disturbi cognitivi e le demenze.

I compagni di viaggio

La risposta partecipativa fu sorprendente, una chiara testimonianza di un'attesa, del *fatto nuovo* per cui valeva di nuovo la pena impegnarsi. Fin dall'inizio risultò fondamentale il ruolo di stimolo, proposta e collaborazione garantito dai Comitati Consultivi Misti, e dal Centro Servizi per il Volontariato, come pure dagli studenti delle scuole superiori. L'idea di fondo era quella di promuovere un protagonismo attivo di volontari e cittadinanza all'interno delle Case di Comunità. Il volontariato sanitario e sociale era inteso come partner evoluto e risorsa strategica in questo processo.

Sulla scorta di questo ampio coinvolgimento civico si è sviluppata una proposta di formazione dei volontari che si è concretizzata nei mesi successivi. Il progetto "Volontari in salute" - centrato in particolare su informazione, orientamento e accoglienza - ha portato quanto sperimentato finora nel territorio di Borgonovo su scala provinciale, con l'idea di fondo che la pratica di coinvolgimento della comunità dovesse diventare un processo ordinario e *naturale* in tutti i nostri presidi. Il Covid, che nella nostra terra ha avuto aspetti drammatici, congelò temporaneamente questi processi partecipativi, ma il volontariato svolse anche nella fase dell'emergenza un ruolo di prima importanza garantendo un prezioso apporto per l'accoglienza e il controllo sanitario in diversi contesti.

Una nuova primavera, verso la Casa della Comunità della Val Tidone

Nel 2022 ri-prendemmo in parola quanto ci chiedeva ora il DM 77, ovvero fare delle Case della Comunità "*luoghi 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 d'azione e i correlati servizi*". Si cercò di offrire una *pagina bianca* per scrivere insieme, dipingere, ideare il futuro della *casa comune*, dando vita a una rete di sostegno e di accompagnamento stabile. Creare insomma una sorta di *presidio di cittadinanza*, per la co-progettazione degli interventi e dei progetti innovativi, con uno stretto collegamento con il territorio di riferimento, guidati dall'idea di fondo della pratica della *salute come responsabilità diffusa*.

La fase ideativa

Per circa sei mesi - attraverso differenti tecniche di animazione e coinvolgimento, quali gruppi tematici alternati a plenarie pubbliche, world café e ruote comunitarie - vennero messi a fuoco i temi più sentiti e le principali proposte.

Presero quindi vita alcuni gruppi di progettazione e di iniziativa sui seguenti temi:

- *Organizzare l'accoglienza e l'orientamento ai servizi offerti;*

- *Garantire l'informazione capillare per far conoscere al meglio i servizi offerti dalla Casa della Comunità;*
- *Sviluppare il coinvolgimento di bambini e giovani con un rapporto strategico con le scuole del territorio;*
- *Ripensare gli spazi sia interni che esterni (con la suggestione di creare un Parco della Salute nei giardini antistanti);*
- *Rafforzare le reti di cura alle fragilità e alle famiglie con forti carichi assistenziali (sostegno al caregiver).*

Si posero così le basi di un *Patto comunitario* per dar vita a un cantiere di *cittadinanza attiva* per la co-progettazione delle attività e la promozione della salute. Un percorso strettamente collegato alle esperienze regionali più avanzate quali *Casa Lab*, *Community Lab*, *Community express*. Non a caso il tema centrale della progettazione 2022 del Community lab regionale fu proprio il sostegno al protagonismo attivo degli adolescenti. La realizzazione delle *Carte della partecipazione giovanile* ha rappresentato un'occasione preziosa di confronto e di crescita dei ragazzi della nostra Regione, cui hanno preso parte attiva gli studenti del Polo Volta di Castel San Giovanni/Borgonovo, protagonisti assoluti del nostro progetto.

La fase realizzativa: l'avviso di coprogettazione col Terzo settore

Nel 2024 siamo entrati in una nuova fase: dalle idee si è passati alla realizzazione partecipata delle azioni previste. Una scelta molto importante è stata quella di avvalerci delle nuove opportunità offerte dalla riforma del Terzo settore e in particolare dall'istituto specifico della *coprogettazione*. L'avviso bandito nei mesi scorsi ha premiato una cordata di associazioni e cooperative sociali del territorio che dovranno, nel corso del biennio 2024-2026, realizzare le seguenti azioni caratterizzanti la nuova Casa della Comunità. Riportiamo in dettaglio quanto previsto, ritenendo di proporre una concreta traccia di lavoro, utile anche in altri contesti.

a) Mantenimento e rafforzamento della rete e delle forme partecipative

A partire dalla ricca partecipazione attivata finora, dovranno essere garantite forme di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (cittadini, amministratori locali, operatori, volontari, referenti della cooperazione sociale e del sindacato, insegnanti e studenti delle scuole del territorio). Attraverso una ricognizione attenta delle risorse del territorio dovrà essere realizzato un piano di coinvolgimento di soggetti e realtà non ancora raggiunte e di mantenimento della rete già strutturata, attraverso incontri periodici e altre forme di contatto. L'azione di coinvolgimento attivo della comunità locale non si è infatti esaurita

con la fase di progettazione partecipata ma dovrà essere mantenuta in tutte le fasi del progetto. La continuità e la tenuta dei processi partecipativi è uno degli snodi cruciali cui garantire un costante presidio.

b) Azioni di informazione sui servizi garantiti dalla Casa della Comunità

L'orientamento alla rete dei servizi e dei progetti attivati richiede un piano complessivo di informazione capillare a partire dalle proposte definite dai ragazzi delle scuole e dai gruppi di lavoro con associazioni e professionisti. Queste le principali piste di lavoro:

- Realizzazione e diffusione di agili opuscoli tematici (il cartaceo resta importante per alcuni segmenti della popolazione);
- Elaborazione di strumenti informativi e mappe dei servizi per persone non vedenti;
- Sviluppo di mappe digitali con accesso tramite qr code;
- Sviluppo di attività volte a rafforzare la conoscenza della Casa della Comunità con particolare riguardo alle attività a favore di adolescenti e giovani;
- Realizzazione di podcast, video e profili social.

c) Azioni di accoglienza e orientamento ai servizi

Nell'ambito della realizzazione del Punto unico d'accesso aziendale, dovrà essere garantita un'attività di coinvolgimento e formazione dei volontari per la realizzazione di un punto informativo presidiato, dotato di totem informativi, bacheca degli orari, scatola delle proposte/osservazioni.

d) Allestimento e animazione del Parco della salute

L'attuale struttura di Borgonovo dispone di un'ampia area verde antistante la Casa della Comunità, attrezzata solo parzialmente, che si presta per la realizzazione del *Parco della salute*. Si tratta di allestire gli spazi e di progettare e realizzare una serie di iniziative perché divenga un luogo permanente di prevenzione, promozione della salute, di relazione e incontro per la comunità. In particolare, la proposta prevede:

- La realizzazione e gestione di un punto di ristoro con gazebo, tavoli e panche che possa consentire anche la custodia di libri e giochi;
- La realizzazione di un palco polifunzionale per eventi musicali, teatrali, di animazione;
- L'allestimento di uno spazio giochi (adattato per bambini con disabilità) nelle vicinanze del Chiosco/gazebo;
- La creazione di scatole/cassette per lo scambio di libri con filone tematico incentrato sulla promozione della salute e del benessere;

- Il posizionamento di una cartellonistica sui temi della salute, dell'ambiente, dei sentieri;
- L'ideazione di un calendario annuale di iniziative di animazione, facendo del Parco uno spazio di scambio intergenerazionale, in cui trovarsi tra giovani, adulti, anziani. Tra le idee in corso di attuazione spiccano eventi quali manifestazioni teatrali; iniziative di lettura di gruppo; cinema all'aperto; incontri su temi sensibili rivolti in particolare ai ragazzi; camminate ed escursioni; attività sportive e pro-salute rivolte anche a persone con disabilità; mostre fotografiche.

Particolare rilievo assumono le proposte in grado di coinvolgere le persone disabili in percorsi di avviamento al lavoro collegati alle attività previste.

e) Iniziative a favore delle persone fragili e dei loro caregiver

Altro elemento centrale del progetto riguarda l'attivazione del volontariato in tale ambito. In particolare, le proposte avanzate prevedono:

- La realizzazione di incontri pubblici di sensibilizzazione;
- L'attivazione delle *Sentinelle del benessere*, in grado di intercettare e segnalare bisogni sommersi e situazioni precarie nel territorio della Val Tidone;
- Attività di informazione e orientamento mirato ai servizi;
- Occasioni di incontro e mutuo aiuto tra i caregiver.

Intersettorialità e partecipazione per la salute

Il processo fin qui descritto e il lavoro che abbiamo condotto nel Distretto piacentino di Ponente prende le mosse, anche sul piano teorico e metodologico, dal valore attribuito alla *intersettorialità* e alla *partecipazione* come strategie per favorire il miglioramento della salute della popolazione. Sono, queste, le linee di azione definite dalla commissione dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) che si è occupata di proporre e definire una cornice concettuale per l'azione sui determinanti sociali della salute (5), descritti anche in seguito. Si è inteso quindi superare un evidente limite di prospettiva che vede concentrata nel contesto italiano (e più in generale occidentale) l'attenzione mediatica (e conseguentemente politica) sull'erogazione di servizi di cura, soprattutto ospedalieri, caratterizzati da un elevato contenuto specialistico e tecnologico. Il fatto che questi servizi siano più facilmente caratterizzabili come prestazioni, associabili a un corrispettivo economico secondo un modello di mercato o di quasi-mercato, ha probabilmente un'influenza nel valore che viene attribuito all'erogazione di servizi basati sul modello biomedico rispetto ad approccio che viene descritto in seguito. Eppure, se prendiamo in esame in modo attento letteratura e le indicazioni rispetto a ciò che influenza la salute dei

cittadini, veniamo presto a scoprire che l'offerta di prestazioni sanitarie può influenzare solo in misura limitata la salute dei cittadini, con un effetto evidente solo nelle fasce di età più avanzate (6, 7). Sono, queste, fasce di età in cui spesso si è già instaurata una patologia cronica, che richiede per sua natura un utilizzo continuativo di servizi sanitari e/o farmaci.

Le patologie croniche (chiusa, almeno temporaneamente, l'emergenza pandemica) sono infatti quelle che, oggi e sempre di più in futuro, mettono sotto stress i servizi sanitari. Questo squilibrio tra attenzione politica ed evidenza di letteratura non è un fenomeno nuovo, ma una caratteristica che poggia su un background politico e culturale che ha connotato il mondo occidentale fin dalla seconda metà del XX secolo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, a partire dagli anni '80, ha adottato diversi documenti che puntano invece l'accento su azioni che mirano ad incidere sui determinanti di salute. I documenti chiave di questo approccio sono rappresentati dalla *Carta di Ottawa sulla promozione della salute* (1986), la *Dichiarazione di Alma-Ata sulle cure primarie* (1978), fino alle più recenti *Dichiarazioni di Shangai* (2006), che affermano che la salute si promuove perseguendo gli obiettivi dello sviluppo sostenibile.

Sono stati creati nuovi modelli di salute che pongono l'accento sui determinanti sociali (8), a partire dai relativi alla struttura e all'organizzazione dell'ambiente in cui vivono, comprendendo aspetti come la pianificazione dato epidemiologico che mostra le differenze di aspettativa di vita tra persone appartenenti a ceti differenti. La caratteristica dei determinanti di salute è di agire per tutto il corso della vita delle persone (fin dal concepimento, se non prima) e quindi non solo dopo che è stata definita una diagnosi di malattia. I determinanti di salute includono fattori relativi sia al contesto prossimo alle persone (le loro reti sociali, le amicizie, le relazioni con le altre persone della comunità di appartenenza), sia aspetti urbanistica e la qualità di strade, parchi ed edifici, la qualità dell'istruzione, le politiche per il lavoro e altro.

È evidente che questi aspetti non sono di pertinenza esclusiva del sistema sanitario. Quest'ultimo, come formalizzato in Italia nell'allegato 1 al DPCM 12 gennaio 2017 relativo ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, ha tuttavia un ruolo fondamentale nel facilitare l'azione intersettoriale a favore della salute della popolazione. L'azione del sistema sanitario può idealmente esprimersi lungo due direttrici. Da una parte è possibile agire fornendo supporto e informazioni ad attori istituzionali e privati di altri settori, anche attraverso l'attivazione di tavoli e gruppi di lavoro, nei quali vengono condivise politiche, atti di indirizzo e progetti che, pur non essendo di ambito strettamente sanitario, finiscono per avere un impatto sulla salute. In un'altra accezione, l'azione più

avanzata e più carica di significato politico, l'alleanza tra settore sanitario, altre istituzioni e settori produce "spazi dialogici" di coinvolgimento dei cittadini e della comunità, in cui gli operatori, qui intesi come persone e non solo come esponenti di un'istituzione, dialogano orizzontalmente con i cittadini, co-progettano e co-realizzano azioni utili a migliorare la salute della comunità di riferimento. Da tali processi scaturiscono nuove reti, competenze, capacità di lettura e organizzative che migliorano il potere che le persone, come collettività, hanno di prendersi carico della propria salute e identificare e affrontare i fattori che la influenzano.

Negli anni duemila, anche i modelli di assistenza primaria, come l'*Innovative Care for Chronic Conditions* (8) hanno incorporato questa prospettiva, che nasce nel campo della prevenzione collettiva, nei modelli di assistenza e cura. I caregiver e tutta la comunità diventano, secondo la nuova accezione, soggetti "che si prendono cura". Le persone affette da patologie croniche, infatti, pur assumendo spesso una terapia farmacologica e necessitando di periodiche prestazioni sanitarie, continuano per anni o decenni a vivere nella comunità di riferimento e possono arrivare a percepire una condizione di salute pari o superiore a quella percepita da persone che non sono etichettate in una categoria nosologica, a dimostrazione del fatto che la salute dipende, nel medio e lungo periodo, soprattutto da elementi quali la condizione sociologica, la soddisfazione per la vita e il contesto in le persone cui vivono. La comunità e le reti sociali, del resto sono determinanti per consentire le persone fragili, o a rischio di fragilità, di mantenere una condizione di autonomia.

Le norme che facilitano

A questo impianto teorico, le istituzioni, in Italia e in Emilia-Romagna, pur con l'ambivalenza che caratterizza processi che richiedono un significativo cambiamento culturale, tentano di dare risposta attraverso innovazioni legislative come il DM77/22, già citato, che prevede la trasformazione dei presidi sanitari territoriali in "Case della Comunità" (CdC), in grado di coinvolgere attivamente la comunità di riferimento nei processi di cura e di promozione della salute, e la legge regionale n.19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria". Quest'ultima, in particolare, rappresenta un unicum nel panorama nazionale in quanto prescrive l'attivazione di processi intersettoriali, animati dall'azione congiunta del sistema sanitario e degli Enti Locali, allocando contestualmente risorse. La legge Regionale 19/2018, infatti, oltre a formalizzare che la promozione della salute è responsabilità di tutti i settori che governano la cosa pubblica e quindi a prevedere una strategia che responsabilizza tutti i settori

della Regione (per esempio sport, agricoltura, educazione, pianificazione territoriale ecc. ecc.) a fare la propria parte per migliorare la condizione di salute della popolazione, descrive un sistema per la promozione della salute assai esteso, che comprende tutte le istituzioni pubbliche e le scuole, soggetti privati e, in particolare, del terzo settore.

Infine, le risorse e il quadro normativo messi a disposizione dalla legge 19 hanno consentito di avviare una delle prime sperimentazioni di applicazione dell'istituto della co-progettazione, previsto dal codice del terzo settore, per la realizzazione delle azioni concepite nell'ambito di un processo partecipativo. Tale strumento consentirà di attuare le azioni concepite dai gruppi di lavoro, composti da operatori sanitari, cittadini e studenti, estendendo e consolidando allo stesso tempo le reti territoriali ma, soprattutto, lasciando risorse e capacità sul territorio.

Tali elementi normativi rappresentano elementi essenziali alla base del processo che è stato sopra descritto, ma ci sono anche altri elementi di contesto ancor più fondamentali per comprendere come sia stato possibile realizzare il processo di cui ci stiamo occupando.

Le persone che facilitano

Presso l'Ausl di Piacenza si erano sviluppate competenze in processi di coinvolgimento comunitario, a partire dal 2011 con il progetto *Guadagnare Salute a Podenzano* (9), radicatesi in particolare nel dipartimento di Sanità Pubblica ("di prevenzione" secondo la normativa nazionale) e finalizzati alla promozione della salute. Quando il contesto normativo lo ha richiesto, tali competenze hanno sostenuto le cure primarie nei processi di *community building*, offrendo nel contempo l'occasione di sperimentare nelle Case della Salute interventi declinati secondo i principi del welfare pubblico partecipativo (10) e trasferire parte delle competenze ad operatori del territorio. La stabilità di un gruppo "core" di facilitatori, che ha potuto beneficiare di più momenti di formazione e sostegno (dai "progetti di comunità", al Community lab e Casa lab promossi dalla Regione) è stato un elemento chiave che ha contribuito a compiere scelte orientate da un background metodologico e ha favorito la sostenibilità del processo, anche nel contesto "fluidico" caratterizzato dalla ristrutturazione dei servizi e del sistema sanitario del periodo post-pandemico.

Altro elemento di contesto fondamentale è stata l'esperienza maturata a partire dall'attuazione del *Piano regionale della Prevenzione 2015-18* nel rapporto con le scuole e in programmi che, nel setting scolastico, favorivano il protagonismo giovanile. Tali competenze hanno costituito un terreno fertile su cui la direzione del Distretto di Ponente ha potuto contare per mettere in atto la propria vision di coinvolgimento comunitario attorno alla Casa della Salute e poi della Comunità.

Promuovere la salute nel e con il mondo giovanile: un'operazione *di futuro*

Se, quando parliamo di comunità, l'*empowerment* si riferisce alla capacità di leggere la realtà alla luce dei determinanti di salute e agire per modificarli, lo stesso si può affermare riguardo i giovani, per i quali acquista rilevanza centrale il tema dello sviluppo delle competenze trasversali o di vita ("life skills"). Queste, volendo proporre qui una traduzione di quanto definito altrove (11) sono "Abilità necessarie per comportamenti, adattativi e positivi, che rendono in grado gli individui di affrontare in modo efficace le richieste e le sfide della vita di tutti i giorni".

L'insegnamento delle competenze trasversali richiede la presenza di alcuni elementi: incoraggiare i ragazzi a lavorare insieme tra loro in un ambiente positivo, creare un'atmosfera in cui possono sentirsi a proprio agio nell'esprimere le proprie opinioni e le proprie emozioni, fare in modo che gli operatori/insegnanti si pongano come guide e non agiscano il proprio potere sugli studenti; mostrare rispetto per i ragazzi, favorirne l'autodeterminazione e trattarli da pari. Lo sviluppo delle competenze trasversali implica un *approccio partecipativo* secondo il quale si presenta ai ragazzi un problema che non abbia una soluzione ovvia, inserendolo in un percorso in cui siano incoraggiati a pensare in modo creativo a possibili soluzioni alternative. I ragazzi dovrebbero quindi essere incoraggiati ad affrontare il problema da diversi punti di vista, presentare il loro pensiero e parlare del problema e delle possibili soluzioni con altri membri del gruppo (12).

Questo approccio è promosso in contesti scolastici che potremmo definire laboratoriali. L'esperienza di Borgonovo ha creato le condizioni per mettere in gioco il protagonismo dei ragazzi nel reale sviluppo di idee e progetti concreti, che le istituzioni si sono impegnate a realizzare. Tale potenzialità ha potuto divenire reale grazie all'esperienza degli operatori nel lavoro di sviluppo delle competenze trasversali e al rapporto consolidato con le scuole, nel contesto del programma del Piano Regionale della Prevenzione denominato "Scuole che promuovono salute", cui la scuola di riferimento "Liceo Volta" ha aderito. È stato così possibile inserire, nello spazio dialogico comunitario in cui si discuteva di servizi della CdC e di spazi pubblici (il parco) circostanti, il vigore e la forza ideativa dei ragazzi, che hanno dato una forte impronta a quanto è stato sviluppato nel corso del progetto. Il percorso ha fatto inoltre da volano per sperimentare un ruolo più attivo degli studenti che partecipano ai percorsi di promozione della salute all'interno della scuola (*peer education*), non più destinatari di una formazione sulle modalità di intervento (che pure avrebbero condotto attivamente e in autonomia), ma protagonisti di un percorso di progettazione su quello che dovrà essere il loro ruolo.

Un primo bilancio

Ci sono criticità in questo processo? Come per tutti i percorsi partecipativi autentici, sì. Innanzitutto, il percorso è stato interrotto e poi ripreso dopo la crisi pandemica, quando non c'erano le risorse per aggiornare il profilo di comunità che dovrebbe essere alla base dell'azione di coinvolgimento. Si è ripartiti da chi, dopo la pandemia, sentiva l'urgenza di riprendere un percorso di questa natura, e ciò potrebbe aver avuto come conseguenza il mancato coinvolgimento di alcuni attori per una fase del percorso. Puntare sul coinvolgimento dei giovani ha comportato delle scelte in termini di orari in cui svolgere le riunioni. Questo ha reso più difficoltosa la partecipazione della popolazione in età lavorativa. L'iter amministrativo legato all'istituto della coprogettazione, dei cui vantaggi si è già parlato, ha richiesto tempo per la redazione di un bando e la realizzazione delle procedure di selezione e di stipula di una convenzione. Tuttavia il processo ha dimostrato come, laddove si siano costruite le competenze metodologiche e si sia coltivato uno stretto raccordo con le Istituzioni (in questo caso, in particolare, con quella scolastica, oltre agli enti locali), e laddove il Distretto giochi con convinzione il proprio ruolo di facilitatore dell'intersectorialità e dell'empowerment di comunità, è già possibile realizzare CdC intese come luoghi estesi (oltre le mura) in cui la sanità diventa promotrice di salute attraverso il coinvolgimento di tutta la comunità, e non solo erogatrice di terapie.

Alcune parole chiave della partecipazione

In conclusione, si può provare a dare il senso di un'esperienza complessa ma entusiasmante con alcune parole chiave, tra le tante che si potevano scegliere:

- a) *Protagonismo della Comunità*: come sappiamo il DM 77 declina la partecipazione delle comunità locali come funzione obbligatoria per tutte le Case della Salute nella loro transizione compiuta a Case della Comunità. Un'apparente ovvietà che ovvia e scontata non è affatto. Si tratta invece del passaggio emblematico e decisivo, della cifra essenziale di tutta la Riforma. Un vincolo prescrittivo importante che tuttavia non può ridursi a obbligo formale di mantenimento di uno standard (altrimenti cambiamo nome ma non la sostanza delle cose) ma dare legittimazione e mandato all'assunzione convinta di una responsabilità collettiva di trasformazione;
- b) *Approccio dialogico nei luoghi della salute*: i riferimenti culturali che hanno accompagnato il nostro progetto affondano le proprie radici nella dimensione dialogica della cura e nel protagonismo individuale e collettivo delle persone. Chi cura e chi viene curato seduti idealmente uno di fronte all'altro: partner, con ruoli diversi e chiari, di un processo complesso che li vede entrambi attori principali della trama

terapeutica. Una prospettiva che si fa ancora più difficile, eppure intrigante, con la necessaria evoluzione della telemedicina, che non deve diventare distanza ma vicinanza. Stesso discorso riguarda la sinfonia collettiva con cui progettare i luoghi della cura.

- c) *Crocevia*: i cantieri che abbiamo aperto sono diventati crocevia di voci, saperi, sguardi diversi da fare incontrare con coraggio, non temendo rischi e potenziali conflitti. La posta in gioco far sentire le persone “a casa propria”;
- d) *Metafore*: le concrete metafore delle Case della Comunità possono portare a immagini e connotazioni fortemente generative;
- e) *La piazza*, magari in una bella mattina di sole quando c'è mercato e le persone si incontrano;
- f) *La biblioteca*, dove celebrare la danza dei saperi relazionali (13);
- g) *Il racconto di viaggio*, il nostro progetto è stato anche questo;
- h) *La milonga*, per cercare un passo comune nel mistero della musica e della penombra;
- i) *L'erbario*, piante nuove che crescono a volte spontanee e sorprendenti (14) a volte frutto di accurata coltivazione;
- j) *Il Parco*: noi abbiamo scelto il parco della salute, lo spazio antistante la Casa della Comunità da rendere vivo, attrezzato, frequentato, curativo. Il parco luogo del respiro, della luce, dell'apertura, dell'incontro.
- k) *Futuro*: il coinvolgimento degli studenti delle scuole superiori ha rappresentato un decisivo salto di qualità del nostro progetto. Ci siamo messi sulle tracce del futuro insieme ai ragazzi e alle ragazze che si sono offerti come testimoni e ambasciatori, portandoci punti di vista inediti di cui avevamo un gran bisogno. Con loro abbiamo tessuto l'elogio dell'ingenuità, non sprovvedutezza ma nuova genialità, libera e originale, coraggio di battere strade inconsuete. Ne abbiamo fatto emblema di un'antica e nuova sapienza dei nostri servizi socio-sanitari della Comunità;
- l) *Dalla Comunicazione alla partecipazione che cura*: non appare più sufficiente quella che a suo tempo è stata una dimensione fondamentale, ovvero garantire contesti di comunicazione e relazione nei contesti della cura (15), ora siamo di fronte a una sfida e a un'opportunità ancora più radicali, fare della partecipazione la quintessenza della cura sia sul piano individuale che collettivo. Avere un progetto comune, mettersi in gioco fa bene ai nostri professionisti, ai nostri servizi, alle persone che riscoprono il gusto di essere protagonisti e vitali.

Bibliografia

- 1 Brambilla A, Maciocco G Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNNR per la Sanità Territoriale. Roma, Carocci, 2022.
- 2 Giarelli G, Lombi L La partecipazione dei cittadini-utenti/pazienti e della società civile nel SSN. Salute e società 2022; 1.
- 3 Ingrosso M Percorsi verso le Case della Comunità: Proposte e sperimentazioni. Perugia, Cultura e salute editrice, 2024.
- 4 Magistrali G Il futuro delle politiche sociali in Italia. Prospettive e nodi critici della l. 320/00. Milano, FrancoAngeli, 2004.
- 5 Solar O, Irwin A A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. WHO Document Production Services, Discussion Paper 2 (Policy and Practice), 2010.
- 6 McGovern L. Health Policy Brief: The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes. Health Affairs, 2014.
- 7 Asiskovitch S. Gender and health outcomes: The impact of healthcare systems and their financing on life expectancies of women and men. Social Science & Medicine 2010.
- 8 Pruitt S. et al. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. World Health Organization, 2002.
- 9 Borciani E *et al.* Guadagnare Salute a Podenzano. https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=3023; ultimo accesso 18 giugno 2024.
- 10 Pellegrino V, Rodeschini G *et al.* Il Welfare Pubblico Partecipativo. Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale. Milano, Franco Angeli, 2024.
- 11 Birrell Weisen R *et al.* Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes. World Health Organization, 1994.
- 12 AA.VV. Life skills education school handbook: prevention of non-communicable diseases - Introduction. World Health Organization, 2020.
- 13 Manghi S La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson. Milano, Raffaello Cortina, 2010.
- 14 Ferrari M Noi siamo erbacce, cos'è la botanica sociale. Milano, Altraeconomia Libri, 2024.
- 15 Magistrali G La Comunicazione che cura. Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2009.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno