



Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute

La governance della comunità



Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASLTO3 - Regione Piemonte (SEPI)

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASLTO3 - Regione Piemonte (DoRS)

Prospettive Ricerca Socio-Economica S.A.S.

Università degli Studi di Torino, Dipartimento Culture, Politica e Società

Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Paola Capra, Alessandro Coppo, Luisa Dettoni, Roberto Di Monaco, Maurizio Marino, Silvia Pilutti, Alessandra Suglia

La governance della comunità

Paola Capra, Alessandro Coppo, Luisa Dettoni, Maurizio Marino, Alessandra Suglia

Ottobre 2017

Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Il policy brief è stato realizzato nell'ambito del progetto, finanziato dall'INMP, "Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute".

Autori: Paola Capra **(1)**, Alessandro Coppo **(1)**, Luisa Dettoni **(1)**, Roberto Di Monaco **(2)**, Maurizio Marino **(3)**, Silvia Pilutti **(4)**, Alessandra Suglia **(1)**

Si ringrazia per la revisione critica del contributo *La governance della comunità* Claudio Tortone **(1)**

- (1)** Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Asl TO3 - Regione Piemonte
- (2)** Università degli Studi di Torino. Dipartimento Culture, Politica e Società
- (3)** Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - Asl TO 3 - Regione Piemonte
- (4)** Prospettive Ricerca Socio-Economica S.A.S.

La data dell'ultimo accesso ai riferimenti bibliografici e sitografici è ottobre 2017

Immagine di copertina: autore Jerónimo Bernot in Unplash.com

Per informazioni:

- info@dors.it
- silvia.pilutti@prospettivericerca.it
- roberto.dimonaco@unito.it

L'opera riceverà il codice ISBN quando verrà completata la pubblicazione di tutte le sue parti



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale

Sommario

Introduzione	5
Partire dalle persone	7
Capitale sociale e apprendimento individuale	7
Dallo svantaggio sociale alla cattiva salute	7
Cosa cambia per le politiche pubbliche?	8
La proprietà protettiva e capacitante del capitale sociale	10
L'apprendimento per nuovi comportamenti	12
Nuove relazioni per nuovi comportamenti	17
Bibliografia	21
La governance della comunità	22
Governance partecipativa	22
Definizioni e direzione del processo di coinvolgimento	23
Cosa si intende per comunità e chi definisce la comunità	23
Azioni di coinvolgimento della comunità guidati dall'esterno	25
Azioni di coinvolgimento della comunità guidate dall'interno	27
Il coinvolgimento, tra strategia utilitaristica e di empowerment	28
Modelli basati su una strategia utilitaristica (strumentale)	28
Modelli basati su un approccio di empowerment	29
Oltre la contrapposizione dei due modelli	31
Bibliografia	33
Evidenze e raccomandazioni	35
La revisione sistematica e la metanalisi O'Mara-Eves 2013, 2015	36
La revisione Cochrane Anderson 2015	40
La revisione esplorativa Weiss 2016	45
Raccomandazioni e suggerimenti per la pratica	49
Bibliografia	55

Introduzione

Processi partecipativi, coinvolgimento della comunità e rafforzamento del ruolo della comunità negli interventi da mettere in atto sono termini che ricorrono sempre più spesso nei documenti di programmazione delle politiche sanitarie.

L'attenzione a questi concetti viene di solito messa in relazione a:

- una maggiore e più consapevole adesione dei cittadini, in particolare delle fasce sociali più vulnerabili, ai programmi proposti, con ricadute importanti sulla salute e sul contrasto delle disuguaglianze sociali
- un rafforzamento delle competenze degli individui e delle risorse delle comunità nella realizzazione delle iniziative, in un'ottica di sostenibilità sociale ed economica delle politiche messe in atto.

Le persone aumentano il controllo sulla propria salute se hanno maggior grado di libertà e auto-determinazione nei comportamenti. Questa capacità, secondo le teorie e le esperienze cui fa riferimento il presente documento, cresce quando il contesto sociale prossimo alle persone le aiuta e le sostiene concretamente in questa direzione. Perciò le relazioni sociali, la comunità, diventerebbero un alleato chiave per cambiare i comportamenti in direzione della promozione della salute.

Quali sono le evidenze di efficacia degli interventi che si pongono l'obiettivo di un coinvolgimento attivo della comunità locale? Come le diverse modalità di attivazione della comunità agiscono sulla salute e sulla riduzione delle disuguaglianze? Quali sono i meccanismi che possono rafforzare i processi partecipativi? Come tali meccanismi si traducono in rinforzo delle competenze e della capacità delle singole persone di prendere le decisioni più adeguate rispetto a stili di vita e comportamenti salutari? Come la comunità può supportare scelte salutari? Quale il ruolo degli operatori in questi processi? Quali cambiamenti culturali e professionali sono necessari? Questi sono alcuni dei quesiti che hanno dato origine a questo report, che si struttura in due contributi distinti.

Il primo contributo approfondisce le relazioni tra la persona e la comunità, per mettere a fuoco in quale modo le relazioni sociali prossime possano costituire capacità sociali aggiuntive per la salute, decisive per tutti, ma in particolare per chi ha maggiori fragilità. Avere o meno relazioni e valori guida utili a proteggere la salute non è un prodotto del caso, ma un prodotto sociale: scambi, solidarietà, identificazione e fiducia si costruiscono, nei diversi ambienti di vita (quartiere, scuola, luoghi di lavoro, ambiti di fruizione dei servizi, volontariato, ecc.), con specifiche azioni e politiche, che possono diventare una pratica quotidiana per gli operatori sanitari e sociali, all'interno delle normali attività di lavoro.

Il secondo contributo si concentra sulle azioni rivolte alla comunità nel suo insieme.

Il primo capitolo presenta alcune definizioni dei concetti utilizzati nei discorsi sulla comunità e alcuni modelli partecipativi, con studi di caso su esperienze internazionali. Il secondo capitolo illustra le più recenti evidenze scientifiche sull'efficacia del coinvolgimento della comunità, in termini di riduzione delle disuguaglianze, nelle politiche di promozione della salute e le raccomandazioni per guidare la pratica.

Dal report emergono due indicazioni fondamentali:

- la necessità di coinvolgere la comunità e puntare sulla partecipazione, per promuovere la salute
- la difficoltà di tradurre in pratica, nei differenti ambienti e contesti, questa strategia, senza farla diventare solo uno slogan, un rito superficiale, una pratica burocratica e formale.

In questo senso le proposte di metodi e strumenti che troverete nel documento andrebbero discusse, socializzate e interiorizzate, per assicurarsi che risultino in grado di allineare davvero le pratiche concrete della partecipazione agli obiettivi ambiziosi che quegli stessi metodi le attribuiscono.

La governance della comunità

Evidenze e raccomandazioni

Paola Capra, Luisa Dettoni, Alessandra Suglia

Gli interventi che prevedono il coinvolgimento della comunità quanto sono realmente efficaci per una riduzione delle disuguaglianze di salute? In sintesi che cosa suggerisce la letteratura in merito alla questione?

Negli ultimi anni, vi è stato un **significativo aumento delle evidenze** pubblicate sul coinvolgimento della comunità. Vi è anche una crescente base di evidenze informali, che illustrano come le iniziative funzionano a livello pratico; tuttavia questo aspetto, che ha a che fare con il processo e l'implementazione, spesso sfugge a un'osservazione e raccolta sistematica e a una valutazione formale.

Nell'ultimo decennio alcune revisioni della letteratura sul **coinvolgimento della comunità**, quale fase del processo di empowerment, hanno suggerito **potenziali miglioramenti sociali**, ma anche effetti ambigui sulla morbosità, la mortalità e le disuguaglianze di salute (Wallerstein et al., 2006, Popay et al., 2007).

La revisione Wallerstein del 2006, ha rilevato che l'empowerment è stato associato a risultati positivi, fra cui la coesione sociale e di quartiere che coinvolge i gruppi socialmente esclusi. Ma ha anche osservato come sia difficile individuare l'esistenza di un nesso con i risultati relativi alla salute. Analogamente, la revisione rapida di Popay et al. del 2007 ha sottolineato che, se alcune evidenze dimostrano che il coinvolgimento della comunità migliora il capitale sociale, la coesione sociale e l'empowerment, sono scarse le evidenze che migliori la mortalità, la morbosità, gli stili di vita e che abbia un impatto sulle disuguaglianze. Tuttavia Popay e colleghi, hanno riscontrato che nessuno degli studi inclusi aveva valutato l'effetto del coinvolgimento della comunità direttamente sui risultati inerenti la salute e che le valutazioni fossero spesso state effettuate troppo presto nell'ambito del ciclo di vita dell'intervento, per dimostrarne l'impatto. In sintesi, dalle due revisioni emerge che il coinvolgimento della comunità probabilmente può sortire un effetto positivo sulle disuguaglianze sociali (Wallerstein et al., 2006, Popay et al., 2007), e, benché, secondo Marmot (Marmot Review Team, 2010) agire sulle disuguaglianze sociali potrebbe ridurre le disuguaglianze di salute, le revisioni non riescono ad individuare un effetto diretto su queste ultime (Wallerstein et al., 2006, Popay et al., 2007).

Il capitolo prenderà in esame la metanalisi O'Mara-Eves, 2015, la revisione O'Mara-Eves, 2013, la revisione Cochrane Anderson, 2015, che sono tra i **più recenti studi pubblicati in letteratura sul tema** e forse tra i primi a considerare gli effetti sulla salute e sul contrasto alle disuguaglianze di interventi che, a vari livelli, prevedono il coinvolgimento della comunità. Se la revisione O'Mara-Eves 2013 e la relativa metanalisi del 2015 considerano più genericamente tutte le tipologie di intervento, la revisione Anderson si focalizza invece solo su una specifica tipologia, gli interventi guidati da una coalizione di comunità. Infine un'ulteriore revisione del 2016, Weiss, prescinde dalla valutazione di efficacia per individuare quei fattori che più facilitano il coinvolgimento della comunità.

L'obiettivo è dimostrare se e come coinvolgere la comunità, sia efficace per ridurre le disuguaglianze di salute.

La revisione sistematica e la metanalisi O'Mara-Eves 2013, 2015

La metanalisi (O'Mara-Eves, 2015) è parte di una più ampia revisione sistematica multi-metodo (O'Mara-Eves, 2013) che attraverso diversi modelli di coinvolgimento della comunità, esamina i percorsi diretti e indiretti di riduzione delle disuguaglianze di salute, adottando un approccio alla letteratura più ampio rispetto a precedenti revisioni e ricorrendo a processi di ricerca innovativi, al fine di identificare le evidenze disperse.

Oltre alla metanalisi che sintetizza in modo quantitativo i risultati dei molti studi inclusi, **la revisione contiene una mappa degli studi di valutazione** che descrive l'entità e la varietà di interventi di coinvolgimento della comunità, **una sintesi teorica della letteratura** che descrive modelli e meccanismi - di cui si è dibattuto nel primo capitolo - **una sintesi tematica delle valutazioni di processo** inerenti studi che privilegiano le aree politiche prioritarie sul tema delle disuguaglianze di salute, **un'analisi economica dei costi e delle risorse** e **un quadro concettuale conclusivo.**

Un gruppo consultivo di accademici e professionisti ha contribuito a guidare il focus concettuale della revisione, compresa la decisione sugli studi da includere nella meta-analisi.

La revisione di O'Mara-Eves e colleghi include **131 studi** di cui una netta maggioranza, 113 (86,3%) sono stati condotti negli Stati Uniti, mentre più della metà si indirizza a minoranze etniche - afroamericani o latinoamericani - prevalentemente caratterizzate da basso reddito. Gli interventi che gli studi prendono in esame riguardano diversi aspetti inerenti la salute: abuso di sostanze stupefacenti, malattie cardiovascolari, allattamento al seno, prevenzione dell'obesità/riduzione di peso, cessazione del fumo, promozione della salute e assistenza prenatale.

Il **setting** più comune è la **comunità**, la maggior parte degli interventi comprende strategie di intervento multiple e gli approcci più adottati sono l'educazione, il counseling, il supporto sociale, la formazione per lo sviluppo di competenze. **Chi ha erogato gli interventi sono stati innanzitutto i pari e i membri della comunità.**

La revisione cerca di rispondere ai seguenti quesiti:

- **gli interventi di salute pubblica indirizzati ai gruppi più svantaggiati, che adottano un approccio di coinvolgimento di comunità, migliorano gli esiti di salute?**

Gli interventi risultano efficaci rispetto a stili di vita (per esempio la dieta, l'attività fisica, l'abitudine al fumo), conseguenze sulla salute (per esempio il cambiamento dell'indice di massa corporea e la riduzione del colesterolo), auto-efficacia, sostegno sociale percepito. Ci sono benefici per la comunità (per esempio accesso ai servizi) e per le persone coinvolte (per esempio acquisizione di competenze), anche se i dati insufficienti impediscono una sintesi statistica di questi 2 esiti e la loro inclusione nella metanalisi. Esiste una correlazione positiva tra autoefficacia dei partecipanti e stili di vita: gli interventi che migliorano i comportamenti salutari possono anche accrescere l'autoefficacia di chi vi partecipa. Quanto agli effetti di un intervento per il coinvolgimento della comunità, sebbene ridotti, durano anche per molto tempo dopo la conclusione dell'intervento stesso.

- **diversi modelli di coinvolgimento sono diversamente efficaci?** I modelli teorici a cui la metanalisi e revisione O' Mara-Eves fa riferimento sono stati illustrati in modo approfondito nel primo capitolo. Il primo modello, a supporto dell'empowerment, suggerisce che il cambiamento sia facilitato quando i bisogni di salute sono identificati dalla comunità che si mobilita per agire. Nel secondo modello l'identificazione del problema di salute e le sue soluzioni sono proposte da esperti esterni alla comunità, anche se il parere degli stakeholder della comunità è considerato importante, perché si crede che l'intervento risulterà più adeguato alle esigenze dei partecipanti. La comunità, attraverso i suoi stakeholder sarà coinvolta nella progettazione o nella pianificazione dell'intervento, con momenti di consultazione e collaborazione. L'ultimo e terzo modello prevede di coinvolgere la comunità - nello specifico si tratta di pari o membri della comunità "profani", privi di competenze professionali sanitarie o affini ¹ - per l'erogazione dell'intervento. Si fonda sulla credenza che il cambiamento sia facilitato dalla credibilità, la competenza o l'empatia con cui il membro della comunità accompagna la realizzazione dell'intervento.

¹ Pari e o membri della comunità 'profani' privi di competenze professionali sanitarie o affini: si fa riferimento ad individui che, sebbene privi delle competenze professionali necessarie supportano iniziative orientate alla salute e al benessere. I pari sono membri della comunità che condividono le stesse esperienze di vita delle comunità con cui lavorano. Pari e membri della comunità possono essere pagati per il ruolo che svolgono o invece prestarsi in qualità di volontari.

Non c'è chiarezza sulla maggiore efficacia di un modello di coinvolgimento della comunità rispetto a un altro. Le evidenze sono carenti soprattutto per gli effetti a lungo termine e per chi è un beneficiario indiretto (per esempio la comunità, chi fornisce il servizio - servizio sanitario, organizzazione no profit -, chi deve gestire il processo di coinvolgimento). E' tuttavia chiaro che, oltre ai modelli citati, gli interventi che esulavano da questi modelli (per esempio prevedevano uno scarso coinvolgimento in fase di progettazione e di erogazione) sono risultati di gran lunga i meno efficaci. A prescindere dal modello, un intervento può essere monocomponente, cioè prevedere solo azioni che adottano un approccio di coinvolgimento della comunità o multicomponente, in cui solo una parte dell'intervento coinvolge la comunità. Non è possibile asserire la maggiore efficacia di una tipologia rispetto all'altra.

□ **alcune caratteristiche degli interventi** (tema di salute, approccio universale contro approccio mirato, setting di intervento, strategia di intervento, erogatore dell'intervento e durata dell'intervento) **agiscono come moderatori dell'efficacia dell'intervento?**

Il quesito equivale a domandarsi quali tipi di intervento, dotati di quali caratteristiche, funzionano meglio, quando viene coinvolta la comunità: questo per spiegare la variabilità di efficacia tra i vari interventi presi in esame dalla revisione. Nessuna tra le caratteristiche prese in esame sembra in grado di motivare questa variabilità, tuttavia prevalgono alcune tendenze, anche se il ragionamento è applicabile innanzitutto agli esiti sugli stili di vita.

Temi di salute

Scegliere temi di salute considerati prioritari nell'agenda politica è più efficace?

I temi di salute sono raggruppati in tre categorie:

- rischi di salute modificabili, implicano gli stili di vita (fumo, abuso di alcol o droghe, obesità)
- interventi precoci per la prima infanzia (cure prenatali, allattamento al seno, competenze dei genitori, vaccinazioni infantili)
- prevenzione delle malattie (alimentazione sana, attività fisica, promozione della salute generale, prevenzione degli infortuni, prevenzione del cancro e prevenzione delle malattie cardiovascolari/ipertensione).

Non risultano differenze significative tra le tre categorie sia per ciò che concerne gli stili di vita che le conseguenze sulla salute.

Approccio universale vs approccio mirato

E' universale un intervento indirizzato a ampie fasce di popolazione e in cui non c'è stata selezione dei partecipanti secondo criteri specifici e che potrebbero indicare condizioni di disuguaglianza - per esempio etnia, genere, occupazione -. E' mirato un intervento i cui destinatari rispondono a caratteristiche definite, per esempio l'appartenenza a minoranze etniche. Secondo la revisione, per migliorare gli stili di vita sono efficaci entrambi gli approcci.

Setting di intervento

Per migliorare gli stili di vita sono efficaci interventi realizzati in contesti non comunitari (per esempio sanitario) e in contesti di comunità, anche se i primi sono più efficaci.

Strategie di intervento

Sono state prese in esame cinque specifiche strategie di intervento:

educazione, sviluppo e formazione di abilità, sostegno sociale, incentivi e accesso alle risorse, incentivi e accesso ai servizi sanitari.

Gli interventi che impiegano strategie basate su incentivi o sullo sviluppo delle competenze tendono a stime delle dimensioni dell'effetto maggiori rispetto ad altre strategie, mentre gli interventi che privilegiano un approccio educativo tendono ad essere i meno efficaci.

Chi eroga l'intervento

Sono state prese in esame quattro differenti categorie: i membri della comunità 'profani', i pari, i professionisti del settore sanitario, i professionisti del settore didattico.

Per quel che concerne gli stili di vita non sono state riscontrate differenze statisticamente significative per nessuna delle 4 categorie: chi eroga l'intervento non sembra incidere sull'efficacia dello stesso.

Durata dell'intervento

Riguardo agli stili di vita gli interventi più brevi sembrano più efficaci degli interventi più lunghi: questa considerazione vale se ci si riferisce a interventi molto intensi sia per quanto concerne l'esposizione dei partecipanti, che la frequenza di contatti con chi eroga l'intervento, soprattutto se si tratta di un membro appartenente alla comunità.

le caratteristiche dei partecipanti identificati come potenzialmente svantaggiati sono in relazione con l'efficacia dell'intervento?

Cosa si intende per potenzialmente svantaggiato? La metanalisi, tra i fattori caratterizzanti include:

- status socio-economico
- gruppi di minoranze etniche
- giovani "a rischio" o "ad alto rischio" che sperimentano l'esclusione sociale (compresi adolescenti in gravidanza e genitori precoci)
- luogo di residenza (in città o in ambito rurale).

In riferimento agli stili di vita, gli interventi rivolti alle persone di bassa posizione socioeconomica tendono ad essere i più efficaci, mentre non vi è alcun effetto chiaro degli interventi mirati alle persone sulla base del loro luogo di residenza, anche se ciò è probabilmente dovuto all'eterogeneità nei sei studi di questa categoria. Prendendo in esame le fasce di età è più efficace un intervento per fasce che indirizzato a tutte le fasce indistintamente.

□ **le caratteristiche della valutazione hanno un impatto sull'efficacia** (per esempio, esiste il rischio di bias)?

Per tutti e quattro i tipi di esito non è presente alcun bias sistematico nelle stime di dimensione dell'effetto dovute alle caratteristiche metodologiche del progetto di valutazione.

In sintesi e in conclusione la revisione O'Mara-Eves, 2013 avanza alcune ipotesi:

- **esistono solide evidenze per cui gli interventi che coinvolgono le comunità, in particolare modo le comunità più svantaggiate, hanno un impatto positivo su una gamma di esiti di salute e psicosociali, riguardo a differenti condizioni di salute**
- **esistono deboli evidenze sul rapporto costo efficacia e sulla sostenibilità di diversi tipi di intervento per il coinvolgimento della comunità, così come su quegli elementi di implementazione che possono influenzare il successo degli interventi**
- **esistono evidenze insufficienti - soprattutto per esiti a lungo termine e per i destinatari degli interventi - per determinare se un modello in particolare diretto al coinvolgimento della comunità sia più efficace di un altro.**
- **nessuna variabile considerata** (teoria del cambiamento alla base dell'intervento, numerosità dei componenti dell'intervento, interventi di prevenzione universale o selettiva, setting dell'intervento, strategia di attuazione, erogatore dell'intervento, durata, età dei partecipanti) **si è dimostrata statisticamente significativa nello spiegare la differente efficacia tra gli interventi, sebbene siano emerse alcune tendenze.**

La revisione Cochrane Anderson 2015

Un approccio per ridurre le disuguaglianze di salute impegna coalizioni che includono rappresentanti delle minoranze della comunità per creare, nella comunità, ambienti solidali e orientati a scelta salutari e favorevoli alla qualità della vita.

La seconda revisione sistematica presa in esame, Anderson, 2015, valuta l'efficacia delle coalizioni di comunità sullo stato di salute e sulle disuguaglianze di questi gruppi di popolazioni svantaggiate (Box 1).

La revisione include 58 studi pubblicati tra il 1990 e il 2014, in cui le coalizioni comunitarie devono comprendere almeno un gruppo di minoranza etnica o razziale rappresentativa della popolazione target e almeno due organizzazioni della comunità, pubbliche o private.

Le coalizioni comunitarie sono state classificate in tre tipologie: partnership 'di base' fra le organizzazioni situate a livello della comunità, collaborazioni fra istituzioni accademiche e le comunità, collaborazioni fra enti di sanità pubblica ed enti pubblici.

La **tipologia di coalizione più diffusa**, riportata in 34 studi, è la **collaborazione fra istituzioni accademiche e comunità**, mentre la più esigua è quella 'di base' tra organizzazioni a livello di comunità. Un altro dato da sottolineare è il ridotto numero di studi condotti in paesi a medio e basso reddito.

Gli esiti presi in esame dagli studi inclusi sono esiti di salute, per cui indicatori dello stato di salute (mortalità, morbidità) e degli stili di vita (livelli di attività fisica, consumo di alcol, cambiamento di dieta). Pochi studi hanno considerato risultati secondari di cambiamento nell'ambito ecologico-sociale: condizioni del quartiere o politiche introdotte per migliorare la salute della comunità (per esempio una politica che istituisce un mercato di contadini per fornire prodotti freschi e di qualità, una politica scolastica che offre l'accesso a campi sportivi per i residenti anche in periodi extrascolastici).

Box 1. Coalizioni di comunità (tratta da Anderson 2015)

Le coalizioni di comunità sono aggregazioni di cittadini, organizzazioni pubbliche e private e professionisti (Dluhy 1990) che rappresentano diversi settori della comunità in azioni bottom-up (provenienti dalla base) di pianificazione e processi decisionali. Operano attraverso partenariati e puntano ad utilizzare le risorse locali per sviluppare le competenze della comunità.

Il focus di una coalizione comunitaria può variare a seconda dei settori della comunità coinvolti (per esempio, l'istruzione, la sicurezza pubblica e la sanità pubblica). Le caratteristiche dei partenariati e le modalità organizzative influenzano il funzionamento di una coalizione e lo scambio di risorse (Mizrahi 2001). Fattori quali la chiarezza della missione, la leadership della coalizione, le strutture di governance, il sostegno formativo e tecnico, i processi di comunicazione e la soddisfazione dei membri possono accrescere o ridurre le probabilità, per una coalizione, di mobilitare risorse e attuare interventi (Kadushin 2005; Mitchell 2000; Roussos 2000; Zakocs 2006). L'ampia composizione intersettoriale e il carattere volontario distinguono le coalizioni comunitarie da altri modelli di sanità pubblica.

Le coalizioni di comunità si ispirano alle coalizioni sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie (Green 1990), così come ai modelli di sviluppo della comunità (Chavis 1992). Attingono a diverse teorie, compresa l'ecologia sociale, il capitale sociale e l'empowerment, oltre alle teorie del comportamento organizzativo. Si fondano su una premessa: la salute rappresenta il prodotto di complesse interazioni tra individuo e ambiente sociale e può essere dunque influenzata in modo favorevole, grazie all'impegno collaborativo dei membri della comunità (Anderson 2003; Stokols 1992). La scelta della coalizione per migliorare un problema di salute o per implementare una strategia di intervento, si basa su obiettivi e risorse condivise da stakeholder e finanziatori. Gli argomenti previsti dipendono dai settori coinvolti (per esempio, trasporto, housing), il gruppo target (come giovani, anziani, individui ad alto rischio),

e i problemi di salute oggetto di interesse (per esempio, malattie croniche, abuso di sostanze stupefacenti, accesso alle cure). Alla base dei programmi di salute incentrati sulla comunità, in particolare dei modelli di coalizione comunitaria, ci sono alcuni presupposti chiave. L'attenzione nei confronti della comunità deriva dalla consapevolezza che "gli esseri umani vivono, sono plasmati da, e a loro volta condizionano l'ambiente in cui vivono" (Nilsen 2006). Contano sia la localizzazione geografica, sia le reti di relazioni sociali. La nozione di community participation (partecipazione comunitaria) - che costituisce un altro aspetto chiave - riconosce l'importanza del punto di vista dei membri di una comunità su 'ciò che conta'. La collaborazione intersettoriale riconosce che molti fattori che incidono sulla salute si situano al di fuori del settore sanitario. Inoltre, la collaborazione intersettoriale consente di mettere insieme le conoscenze e le risorse di una comunità locale con i contributi di partner esterni, basati sul sostegno finanziario e tecnico, per raggiungere obiettivi comuni. Infine, l'obiettivo delle strategie che mettono al centro la comunità è quello di controllare i determinanti della morbosità e della mortalità e al contempo ridurre il rischio nella popolazione, per raggiungere risultati a livello di comunità, piuttosto che a livello individuale. Per ottenere risultati sono necessarie strategie di intervento (comportamentali e strutturali) sfaccettate e a lungo termine (Nilsen 2006). Le coalizioni si formano quando un ente o un gruppo capofila interviene su un problema che riguarda la comunità (per esempio, l'uso di droga o alcol); tali coalizioni possono nascere in seguito a un'opportunità (per esempio, nel caso di finanziamenti pubblici destinati a interventi sulla prevenzione dell'asma che coinvolgono la comunità) o talvolta da un requisito obbligatorio richiesto dalla fonte di finanziamento. I governi e le fondazioni vedono le coalizioni comunitarie come un mezzo per ridurre i costi e le energie, attraverso l'unione delle risorse e dei risparmi destinati ai programmi di prevenzione a livello locale. Poiché i politici guardano sempre più alle coalizioni comunitarie come una soluzione ai complessi problemi sociali e di salute pubblica, è importante che i membri della comunità capiscano come funzionano tali iniziative sociali.

La revisione Cochrane di Anderson intende rispondere ai seguenti quesiti:

gli interventi guidati da coalizioni di comunità migliorano lo stato di salute o riducono le disuguaglianze di salute dei gruppi costituiti da minoranze etniche?

Gli autori della revisione dimostrano che gli interventi guidati da coalizioni di comunità possono mettere in relazione chi offre servizi sanitari e sociali con comunità costituite da minoranze etniche, secondo modalità che recano benefici alla salute del singolo individuo, agli stili di vita e ai sistemi che erogano assistenza e cura. Tuttavia, l'assenza o l'insufficienza di informazioni sulle caratteristiche delle coalizioni, negli studi presi in esame, non offre spiegazione sui meccanismi che sono alla base degli effetti positivi. In sintesi è necessario capire come funziona o non funziona un programma e per i programmi efficaci, come sono stati raggiunti cambiamenti positivi e quali sono state le risorse impegnate, in modo da consentirne la replicabilità.

□ **diverse strategie adottate dalle coalizioni di comunità sono diversamente efficaci?**

La revisione esamina gli effetti di 4 tipi di strategie o interventi messi in atto dalle coalizioni di comunità sia sugli esiti inerenti lo stato di salute che gli stili di vita:

- le strategie di cambiamento su larga scala a livello di comunità (per esempio iniziative indirizzate ad ambienti fisici quali abitazioni, spazi verdi, sicurezza nel quartiere o processi e politiche locali), hanno prodotto effetti minimi e contrastanti
- ampie strategie di cambiamento a livello di sistema sanitario e di assistenza sociale (per esempio programmi per lo staff del sistema sanitario o di assistenza sociale, accessibilità ai servizi, procedure e tecnologie per migliorare la qualità delle cure), hanno conseguito effetti ridotti ma coerenti e positivi
- interventi che fanno ricorso a membri della comunità 'profani' con mansioni di supporto socio-sanitario, per coinvolgere maggiormente la comunità locale e raggiungere le minoranze etniche, hanno raggiunto effetti piuttosto coerenti e positivi
- azioni educative di gruppo guidate da personale professionista ha prodotto effetti alquanto coerenti e positivi.

□ **alcune caratteristiche degli interventi guidati da una coalizione di comunità e di caratteristiche inerenti la struttura e il processo** (tipologia di coalizione, leadership, ruolo svolto dai vari partner, tipo di governance, tipo di formazione per i membri, durata della coalizione, valutazione, per citarne alcune), **hanno un impatto sulla loro efficacia?**

Gli studi inclusi nella revisione sono ampiamente insufficienti nel riportare in dettaglio una serie di caratteristiche della coalizione, perciò restano senza risposta alcuni quesiti salienti.

quale tra i tre tipi di struttura della coalizione è più efficace (partnership "di base", fra le organizzazioni situate a livello della comunità; collaborazioni fra istituzioni accademiche e le comunità; collaborazioni fra enti di sanità pubblica ed enti pubblici)? In che modo l'efficacia pratica della coalizione è influenzata dai differenti partner che vi partecipano? Chi fornisce la leadership? Qual è il ruolo svolto dai professionisti, dai volontari, dai membri della coalizione nelle fasi di valutazione, progettazione, implementazione? Quale tipo di formazione è a disposizione dei membri della coalizione? Qual è la durata e la qualità di un'esperienza di coalizione? Una coalizione di comunità ha più probabilità di scegliere strategie di coinvolgimento della comunità? Forse la possibilità di disporre di maggiori dettagli sulla struttura, i processi, la valutazione di una coalizione consentirebbe di comprendere meglio e spiegare l'utilità di interventi guidati da una coalizione di comunità.

La revisione Anderson, 2015 avanza le seguenti conclusioni:

- **gli interventi guidati da coalizioni di comunità, attraverso un'azione collettiva e strategie di empowerment, hanno un impatto positivo a livello individuale e di comunità**, in quanto recano benefici non solo alla salute e agli stili di vita del singolo individuo, ma anche ai sistemi che forniscono cure e assistenza sanitaria e sociale. Questo dato è interessante perché si può affermare che è stato compiuto un piccolo passo avanti per ridurre le disuguaglianze di salute
- nell'ambito del modello delle coalizioni di comunità, **le strategie più efficaci sono cambiamenti a livello di sistemi di assistenza sanitaria e sociale**, che riflettono e includono posizioni, idee, punti di vista della comunità, impiego di membri della comunità privi di competenze professionali ma chiamati a svolgere un ruolo socio-sanitario, operatori sanitari non professionisti appartenenti alla comunità, iniziative di gruppo educative e di supporto guidate da pari o da membri della comunità. **Non risultano invece efficaci le strategie di cambiamento su vasta scala a livello di comunità, o almeno i risultati sono insufficienti e incoerenti**. Tuttavia, l'abilità di individuare effetti benefici è spesso ostacolata, negli studi inclusi, dalle misure usate e dall'insufficienza dei metodi di analisi: questo perciò ci invita a considerare le conclusioni con le dovute cautele
- **le strategie che chiamano in causa membri appartenenti a una comunità costituita da una minoranza etnica a cui indirizzano l'azione, non migliorano solo la salute, ma sono fonte di salute per la comunità** in quanto consentono ai membri della comunità di guadagnare maggior controllo sulla propria salute e sulle condizioni che la influenzano
- sono assenti dati inerenti i costi e altre risorse richieste, per cui **manca chiarezza in merito alla fattibilità e alla sostenibilità del modello** delle coalizioni di comunità.

Possibili effetti avversi

La revisione di Anderson e colleghi individua possibili effetti negativi e quesiti aperti che scaturiscono dalle difficoltà metodologiche che accompagnano un intervento guidato da una coalizione di comunità. Gli interventi diretti da una coalizione di comunità generano empowerment nella comunità e costruiscono capitale sociale, espandendo e diversificando le reti sociali che portano verso una maggiore fiducia e a norme condivise. Tuttavia, l'evidenza qualitativa tratta dagli studi inclusi nella revisione e da altre fonti di ricerca, suggerisce che un processo collaborativo di coinvolgimento della comunità può comportare conseguenze negative impreviste, incoraggiare l'isolamento e il disempowerment e inibire qualsiasi innovazione.

La diversità di conoscenze tra i membri della comunità e i partner scientifici o professionali genera confusione e conflitto: queste differenze di base, associate a un'iniqua distribuzione di potere nei processi decisionali e di controllo delle risorse e dei finanziamenti, che sia reale o percepita, può

risolversi in un senso di perdita di potere e controllo. Le conseguenze potrebbero essere una diminuzione d'impegno e coinvolgimento da parte dei membri della comunità. Inoltre, finanziamenti inadeguati per implementare e sostenere i programmi, potrebbero rallentare o bloccare gli sforzi compiuti e indurre nella comunità un senso di abbandono e isolamento. Potenziali danni o effetti negativi possono essere contenuti, se si applicano opportune pratiche nella fase di reclutamento, si adotta una struttura di governance partecipativa, si addestrano membri della coalizione a promuovere la parità e si garantiscono alla comunità ruoli significativi nella progettazione, nei processi decisionali, nell'implementazione e nella valutazione dei processi di coalizione.

Quesiti aperti

Le difficoltà metodologiche insite in un intervento guidato da una coalizione di comunità rende difficile misurarne gli effetti; la miriade di fattori contestuali che sono rilevanti sugli esiti della coalizione è difficile da dettagliare ed eterogenea tra le varie comunità.

I risultati a livello di intervento (per esempio lo screening dei tumori) catturano l'efficacia della coalizione? Quali indicatori sociali, per esempio la coesione della comunità o la resilienza possono mostrare l'esistenza di connessioni tra i meccanismi di capacity building di ambito locale e i livelli di salute?

Infine sono richiesti strumenti scientifici più sofisticati per migliorare la capacità di identificare gli effetti dei programmi sull'intera comunità e per apprendere quali sono gli elementi di forza su cui far leva che, impiegati in modo consono, spostano la distribuzione della salute nella direzione dell'equità.

La revisione esplorativa Weiss, 2016

La revisione esplorativa² Weiss 2016, attraverso l'analisi di 57 articoli molto eterogenei per disegno (la maggioranza sono casi studio) e qualità, **individua quei fattori**, di seguito descritti, **che facilitano** lo sviluppo e l'implementazione di **politiche e programmi per la promozione della salute a livello locale**. Sebbene non specifici sul tema dell'equità sono **fondamentali per azioni che prevedono il coinvolgimento della comunità** e verranno ripresi nelle raccomandazioni.

² La revisione esplorativa (scoping review) traccia in modo sistematico una mappa di tutta la letteratura esistente su un determinato ambito di ricerca, ne identifica i concetti chiave, le teorie e i diversi tipi e fonti di evidenze esistenti. Si distingue dalla revisione sistematica perché parte da un quesito di ricerca molto ampio, che rimanda a una letteratura complessa ed eterogenea, i criteri di inclusione sono flessibili e non definiti a priori, non viene prevista una valutazione critica degli articoli inclusi. La mancanza di limiti al tipo di disegno degli studi, come nelle revisioni sistematiche, e l'assenza di una valutazione della loro qualità metodologica, implica la possibile presenza di studi deboli quanto al disegno e alla qualità. Infine la sintesi dei risultati è di natura qualitativa

1. Collaborazione

Utile per poter raggiungere risultati e obiettivi nei differenti contesti. Si attiva al meglio con il ricorso a gruppi di lavoro, comitati o forum costituiti da professionisti provenienti da vari enti, ambiti, discipline del settore sanitario o esterni al settore sanitario.

La collaborazione dovrebbe, sia in senso verticale che orizzontale, essere integrata a tutti i livelli di progettazione, implementazione e valutazione. Può combinare gli approcci top-down e bottom-up, essere facilitata da una buona comunicazione, dall'impiego dei più rilevanti portatori di interesse - attraverso un approccio partecipativo - e dal concentrarsi sull'equità e la cooperazione. La collaborazione viene intesa come obiettivo sistemico, che pervade e si diffonde il più possibile ad ogni livello della società e delle politiche.

2. Concordanza su finalità e obiettivi

E' fondamentale riservare del tempo per definire responsabilità e ruolo di tutti gli stakeholder di rilievo. Le informazioni e i saperi diventano prioritari per decidere finalità e obiettivi di una politica o di un programma ed il processo migliora, valutando e rivalutando in corso d'opera conoscenze tratte dalla letteratura e dalla pratica, che dovranno suggerire la direzione della politica o del programma su cui si discute e si cerca l'intesa.

Finalità ed obiettivi dovrebbero essere definiti in modo chiaro (per evitare confusione ed aumentare trasparenza e attribuzioni di responsabilità), premiare tutti gli stakeholder importanti (per stimolare senso di appartenenza e coinvolgimento), mentre azioni di sensibilizzazione e consapevolezza su finalità e obiettivi potranno avvalersi di mezzi di comunicazione vari (televisione, radio, giornali, social network).

3. Pianificazione e azione a livello locale

Facilitatore molto importante soprattutto per l'implementazione. Solo chiamando in causa gli stakeholder locali sarà possibile pianificare e agire con attenzione e sensibilità al contesto e garantire una sostenibilità nel tempo ai programmi di promozione della salute. Coinvolgere in modo efficace e cooperativo la comunità locale significa non solo includere, ma conferire empowerment agli stakeholder e ciò per costruire competenze sul territorio e consentire alla comunità, in particolare ai gruppi più svantaggiati, di acquisire una posizione di potere e leadership precoce e durevole. Quanto agli strumenti, meglio non fare affidamento solo su interviste estemporanee, focus group, plenarie, ma includere le voci dei leader locali e dei gruppi più emarginati in tutto l'intero processo di pianificazione, decisione e azione.

4. Leadership

Fattore molto influente per lo sviluppo di politiche e l'implementazione di programmi che collaborano con i governi locali a migliorare la salute pubblica del territorio. Chi riveste un ruolo di leadership, con un impegno indirizzato all'advocacy e al supporto delle finalità e degli obiettivi concordati, accresce le opportunità di influenzare positivamente la sanità pubblica.

Un leader esperto e con buone doti di comunicatore, uno stile di leadership democratica, una prospettiva innovativa e visionaria sono elementi favorevoli; altrettanto un leader che è in grado di offrire un robusto supporto amministrativo, potrebbe migliorare le chance di raggiungere gli obiettivi di una politica o programma. Il leader deve essere rappresentativo della comunità, farsi portavoce delle istanze e dei bisogni della comunità e non perseguire i suoi obiettivi personali.

5. Fiducia

Fattore importante soprattutto in fase di implementazione di un programma, anche se spesso non viene prestata sufficiente attenzione a come sviluppare la fiducia in un dato contesto. Tuttavia, il ricorso a relazioni formalizzate dovrebbe essere una priorità, mentre per alimentare e mantenere relazioni di alta qualità, deve prevalere l'attenzione verso il mutuo rispetto, l'equità e la condivisione del potere.

6. Disponibilità di risorse

Tema trasversale comune a vari contesti. Senza risorse appropriate, è arduo conseguire obiettivi e garantire longevità alle azioni. Tra le risorse, la disponibilità finanziaria ha il maggiore peso, sebbene anche il capitale umano rivesta la sua importanza. In numerosi contesti ottenere risorse adeguate e appropriate è difficile, per la competizione ad accedervi e il ruolo prioritario che queste risorse hanno in altri settori. E' una sfida discutere di allocazione di risorse destinate alla promozione della salute. Sembra vantaggioso che progetti e politiche condividano le risorse intorno ad uno o più obiettivi comuni, perché è una modalità per accumulare e disporre di risorse altrimenti difficili da ottenere. Altrettanto importante per l'acquisizione di risorse è la sollecitudine da parte della politica.

7. Approccio dinamico e flessibile

Sostenibilità ed efficacia di una pianificazione e di una successione di azioni con inizio e fine definiti è fortemente messa in discussione. E' preferibile una metodologia ciclica e dinamica, per la sua innata capacità di mutare con il mutare delle circostanze sociali, politiche e ambientali. Inoltre, prevedere una regolare valutazione rende possibile un apprendimento basato sull'esperienza per guidare questo processo.

8. Tempo

L'utilizzo e la visione del tempo sono elementi che possono o meno facilitare azioni di promozione della salute. Quando per pianificare e implementare è adottata una cornice temporale a lungo termine e realistica, si accresce la possibilità di raggiungere obiettivi. Se viceversa prevalgono cornici temporali a breve termine, è difficile misurare risultati tangibili o raggiungerli appieno e questo può generare frustrazione e mancanza di fiducia verso le azioni di promozione della salute negli stakeholder e nei decisori.

9. Staff addestrato

L'opportunità che politiche e programmi raggiungano degli obiettivi aumenta quando i politici e gli stakeholder coinvolti, almeno in teoria, comprendono il loro ruolo di promotori della salute e le competenze necessarie per metterlo in pratica. In termini di implementazione di un programma, ciò implica coinvolgere uno staff opportunamente preparato, prima e durante il programma e assicurarsi che tutti gli stakeholder eminenti comprendano e assumano la responsabilità del proprio ruolo, a favore e a sostegno della salute nella comunità.

Raccomandazioni e suggerimenti per la pratica

Se le revisioni analizzate sottolineano che coinvolgere la comunità ha effetti positivi sulla salute e il benessere di tutta la comunità, comprese le fasce di popolazione più vulnerabili e svantaggiate, **quali sono le indicazioni e i suggerimenti concreti che amministratori, decisori, operatori, associazioni, e chiunque sia implicato in iniziative di coinvolgimento della comunità, devono mettere in atto per realizzare questo coinvolgimento?**

Le Linee guida NICE NG44, 2016, le stesse revisioni precedentemente descritte, studi di valutazione, come ad esempio lo studio Adams EJ et al., 2017, nonché buona parte della letteratura in materia presa in esame, descrivono le possibili condizioni facilitanti e i passaggi da seguire in un processo di coinvolgimento della comunità - quali approcci, quali relazioni e reti, quali risorse - e anche quali vantaggi se ne possono trarre.

I principali **suggerimenti pratico-operativi per facilitare il coinvolgimento della comunità (Tabella 1)**, raccolti e sintetizzati, senza pretesa di esaustività, sono descritti in maniera articolata nelle pagine seguenti.

Tabella 1. Coinvolgere la comunità per una comunità in salute, in benessere e più equa

Cosa si può fare <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> lavorare insieme: comunità locale, associazioni, servizi pubblici,...<input type="checkbox"/> avviare processi di empowerment delle comunità locali, soprattutto delle comunità più svantaggiate<input type="checkbox"/> valutare risultati e impatti che interventi e progetti realizzati da e con la comunità hanno su salute, benessere e disuguaglianze di salute<input type="checkbox"/> documentare e valorizzare risultati e buone prassi<input type="checkbox"/> favorire la ricerca, la progettazione e la valutazione partecipata degli interventi e dei progetti di salute e benessere
Come <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> mettendo a disposizione tempo, competenze e risorse necessari<input type="checkbox"/> mettendo in atto percorsi formativi per gli operatori<input type="checkbox"/> creando e promuovendo reti sociali, sviluppando collaborazioni e partnership sulla base delle esigenze e delle priorità della comunità<input type="checkbox"/> offrendo il giusto sostegno per facilitare il coinvolgimento delle persone<input type="checkbox"/> coinvolgendo i pari e/o i membri della comunità
Quali benefici <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> per la comunità<input type="checkbox"/> per gli operatori dei servizi, per i ricercatori<input type="checkbox"/> per i decisori

Cosa si può fare

Comunità, enti e servizi pubblici, associazioni, aziende del territorio devono **lavorare insieme** per progettare e realizzare interventi e progetti di salute e benessere anche volti a diminuire le disuguaglianze di salute. Devono **costruire una relazione di fiducia reciproca, di impegno, di leadership, di messa a disposizione di risorse e competenze**, promuovendo un coinvolgimento sostenibile della comunità.

La comunità deve diventare parte integrante delle iniziative di salute e di benessere.

In particolare:

- **mettere a disposizione tempo e mezzi** per conoscersi, fare rete e sviluppare collaborazioni, individuare le risorse necessarie - strumentali, economiche, umane - per creare partnership e realizzare interventi/progetti, realizzare percorsi formativi,...
- mettere in atto processi che 'rendono facile' il **coinvolgimento delle persone** e lo **sviluppo di comunità**
- prestare particolare **attenzione al coinvolgimento delle comunità più a rischio di disuguaglianze di salute** per ragioni socio-economiche, culturali, ambientali
- **attuare e valutare interventi e progetti**. Nel definire l'impianto progettuale degli interventi e dei progetti, dovrebbero essere descritte le componenti-chiave da tener presente nella fase di attuazione e valutazione sul territorio, perché la realizzazione dell'intervento e del progetto sia flessibile ovvero adattata al contesto, ai bisogni e ai processi locali
- **valutare risultati e impatti** che interventi e progetti realizzati **da e con** la comunità hanno su salute, benessere e disuguaglianze di salute
- **documentare e valorizzare risultati, buone prassi** e ciò che si è appreso di 'nuovo' su come coinvolgere la comunità in interventi e progetti di salute e benessere
- **favorire la ricerca, la progettazione e la valutazione partecipata degli interventi e dei progetti di salute e benessere**. La comunità individua e concorda le priorità su cui agire (bisogni, esigenze,...), i relativi obiettivi, gli ostacoli e le spinte favorevoli al raggiungimento degli stessi obiettivi. In questo modo le azioni messe in atto potranno riflettere ciò che è realmente rilevante per la comunità e i suoi membri.

Come

Quali strategie, quali azioni mettere in atto per lavorare insieme comunità, enti e servizi pubblici e privati del territorio:

- **mettere a disposizione tempo, competenze e risorse necessari per:**
 - **conoscere la comunità** attraverso l'ascolto e la comprensione della 'storia' del contesto locale. Interagire con la comunità aiuta a comprendere i dati statistici, demografici e a calarli nel contesto specifico, a individuare meglio bisogni, esigenze, risorse necessarie
 - **costruire reti**
 - **individuare le risorse** strumentali (ad esempio spazi comuni), economiche (fonti di finanziamento ad esempio progetti nazionali e/o europei), umane (professionisti, volontari,...) necessarie per garantire il buon funzionamento e la sostenibilità degli interventi e dei progetti
 - **realizzare percorsi formativi** specifici per i membri della comunità, ad esempio per diventare community health champions³, o sui temi dello sviluppo di comunità (cambiamento e sviluppi organizzativi, uso dei social, ricerca partecipata e valutazione,...)
- **mettere in atto percorsi formativi per gli operatori**, per coinvolgere uno staff opportunamente preparato, prima e durante l'intervento/progetto
- **creare e promuovere reti sociali**, sviluppare **collaborazioni e partnership**, adottando approcci efficaci (**Box 2**) per:
 - **facilitare lo scambio e la condivisione** di informazioni e idee in particolare sulle priorità della comunità, sui differenti punti di vista e valori culturali. I bisogni della comunità devono emergere dalla comunità stessa
 - **riconoscere, condividere e valorizzare** conoscenze, competenze ed esperienze di tutti i partner, in particolare di quelli provenienti dalla comunità locale
 - **incoraggiare la comunità locale a partecipare a interventi e progetti** fin dalla loro progettazione
 - **fare chiarezza, nel coinvolgimento dei differenti attori**, su: obiettivi, ruoli, capacità, disponibilità ad offrire il proprio contributo

³ Volontari che contribuiscono con attività di formazione e sostegno a migliorare la salute e il benessere della comunità motivando e responsabilizzando le persone, creando gruppi, sostenendo le persone nell'accedere ai servizi

□ **offrire il giusto sostegno per facilitare il coinvolgimento delle persone e renderlo il più semplice possibile:**

- **integrare i bisogni provenienti direttamente dalla comunità con gli obiettivi dei progetti/programmi guidati dalle istituzioni.** Per ottenere questo risultato, il processo di empowerment può essere considerato come un percorso parallelo, che affianca il progetto/programma di salute pubblica. La sfida consiste nel mantenere un collegamento tra i due percorsi in modo che i bisogni che provengono 'dal basso' siano recepiti e integrati nei percorsi di salute pubblica. In questo modo si affrontano, e si trovano delle soluzioni alle tensioni tipiche del confronto fra approcci bottom-up e top-down
- **individuare gli ostacoli** che impediscono il coinvolgimento e proporre attività 'accessibili' a tutti prevedendo, ad esempio, se necessario, mediatori culturali, servizi di supporto adeguati - di accudimento e/o di cura - per facilitare la partecipazione delle persone che hanno responsabilità e impegni familiari, sedi di ritrovo e servizi accessibili per le persone con disabilità
- **individuare le strategie di comunicazione** più adatte per suscitare interesse e facilitare il coinvolgimento come, per esempio, produrre, in tempi utili, materiali a scopo promozionale per far conoscere iniziative che si organizzeranno per incontrare e coinvolgere la comunità
- **adottare un linguaggio chiaro e semplice**
- **essere disponibili all'incontro, al confronto, al lavoro di gruppo**
- **decidere in modo collettivo**
- **restituire regolarmente dei feedback su ciò che è stato fatto e accade.** Prevedere comunicazioni attraverso i canali più funzionali, momenti di incontro (riunioni, eventi,..). Aspettando i cambiamenti attesi dal lavoro partecipato, si possono attuare attività complementari, per aumentare le conoscenze e la consapevolezza sui benefici di fattori protettivi per la salute e il benessere. Tutto ciò contribuisce a rassicurare su cosa si sta facendo, a condividerlo e a valorizzarlo

- **coinvolgere i pari e/o i membri della comunità⁴ per rappresentare esigenze e priorità locali:**
 - **individuare** nella comunità e nelle associazioni **le persone che possono rappresentare i bisogni e le priorità della comunità stessa** e coinvolgerle in ogni processo immaginandosi anche i ruoli che potrebbero ricoprire
 - **realizzare interventi di formazione** per i pari, per far sì che possano supportare a loro volta, a cascata, gli altri membri della comunità e per raggiungere più facilmente i gruppi emarginati o 'vulnerabili' e aiutarli a farsi coinvolgere - come, ad esempio, i già citati percorsi formativi per diventare community health champions -
 - **coinvolgere** i volontari, membri della comunità, nell'ambito sanitario, **per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi e delle attività**
 - prendere in considerazione la possibilità di fornire dei **riconoscimenti formali** ai pari per il loro contributo, come ad esempio l'opportunità di accedere a programmi di formazione accreditati spendibili nel proprio curriculum professionale.

Box 2. Approcci efficaci per sviluppare collaborazioni e partnership

- **asset-based.** Questo approccio si basa sull'individuare e valorizzare le risorse - conoscenze, competenze, relazioni sociali,...- che le persone posseggono, per rafforzare i punti di forza e le capacità delle comunità locali a cui appartengono
- **sviluppo di comunità** per sostenere le comunità locali nell'individuare i loro bisogni, le cause dei loro problemi di salute e come contrastarli
- **ricerca partecipata** per conoscere a fondo le comunità locali con cui si sta lavorando (caratteristiche peculiari, contesto, attori, problemi, risorse,...) e mettere in rete eventuali interventi e progetti analoghi, già in atto
- **iniziative area-based.** Questo approccio prevede di lavorare con le comunità di aree specifiche - ad esempio i quartieri - per migliorare la salute e l'istruzione, per sostenere la rigenerazione e lo sviluppo urbano, contrastando così lo svantaggio sociale e/o economico
- **co-produzione.** Con questo approccio enti pubblici e comunità partecipano in una posizione paritaria alla progettazione e all'erogazione di interventi e progetti riguardanti la salute e il benessere. In questo modo, alle persone che utilizzano i servizi si riconoscono conoscenze ed esperienze che possono essere utili per migliorare l'offerta e l'efficacia dei servizi, nonché la loro fruibilità da parte di tutti i membri della comunità.

⁴ Cfr. Nota 1

Quali benefici

- **per la comunità** che può sviluppare/acquisire conoscenze e competenze e ‘aumentare’ quei fattori (livello di empowerment, fiducia, autostima,...) che contribuiscono a migliorare salute e benessere e a ridurre le disuguaglianze
- **per gli operatori dei servizi, per i ricercatori** che relazionandosi con la comunità possono trarre beneficio dall’‘apprendimento’ reciproco in termini di conoscenze e competenze e di sviluppo di nuove ricerche e interventi
- **per i decisori** che possono mettere in atto politiche condivise e intersettoriali, più efficaci e sostenibili nel raggiungere obiettivi di salute e di benessere e di riduzione delle disuguaglianze.

Bibliografia

- Adams EJ et al. Evaluation of the implementation of an intervention to improve the street environment and promote walking for transport in deprived neighbourhoods. *BMC Public Health* (2017), 17: 655.
- Anderson LM, Adeney KL, Shinn C, Safranek S, Buckner-Brown J, Krause LK. Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6.
- Laverack G, Public Health. Power, Empowerment and Professional Practice. Palgrave Macmillan, 2016
- Marmot Review Team: Fair society, healthy lives: the Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. London, 2010. <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
- NICE Guidelines (NG44). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE, 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/communityengagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-pdf-1837452829381>
- O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, McDaid D, et al. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2015; 15: 129.
- O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Res* 2013; 1(4).
- Popay J, Attree P, Hornby D, Milton B, Whitehead M, French B, et al. Community Engagement in Initiatives Addressing the Wider Social Determinants of Health: A rapid review of evidence on impact, experience and process. In Lancaster: University of Lancaster, 2007.
- South J, Meah A, Bagnall A, Kinsella K, Branney P. People in public health: a study of approaches to develop and support people in public health roles. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. London: Queen's Printer and Controller of HMSO, 2010.
- Wallerstein N, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promot Pract.* 2006; 7(3): 312-23.
- Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health* 2016; 16: 140.