
PARTECIPAZIONE SOCIO-SANITARIA E WELFARE DI COMUNITÀ: ESPERIENZE ITALIANE

Gabriel Calazans Baptista

Alcindo Antonio Ferla

Maria Augusta Nicoli

Vincenza Pellegrino

Frederico Viana Machado

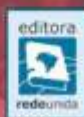
A cura di

Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

Regione Emilia-Romagna



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale



Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

A CURA DI

Gabriel Calazans Baptista

Alcindo Antonio Ferla

Maria Augusta Nicoli

Vincenza Pellegrino

Frederico Viana Machado

**PARTECIPAZIONE
SOCIO-SANITARIA E
WALFARE DI COMUNITÀ:
ESPERIENZE ITALIANE**



COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA
Júlio César Schweickardt

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Alcindo Antônio Ferla

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Pires Batiston Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani Universidade de Bolonha, Itália
Ardigò Martino Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Llorido Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Héider Aurélio Pinto Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
João Henrique Lara do Amaral Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Júlio César Schweickardt Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Gomes Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Mara Lisiane dos Santos Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira Universidade Federal do Pará, Brasil
Renan Albuquerque Rodrigues Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil
Ricardo Burg Ceccim Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Rossana Staevie Baduy Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial
Gabriel Calazans Baptista

Diagramação / Arte da Capa
Junio Pontes (BeastDesign)

Projeto gráfica Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA

Revisão
Roberta Colagioia - Valentina Sardena - Roberta Perrone



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

P273 Partecipazione socio-sanitaria e welfare di comunità : esperienze italiane [recurso eletrônico] / a cura di Gabriel Calazans Baptista ... [et al.]. - Porto Alegre: Rede UNIDA; Bologna: Regione Emilia-Romagna; Parma: Università di Parma, 2018.

125 p. : il. (Salute collettiva e cooperazione Internazionale; v.6)

E-book
ISBN: 978-85-54329-00-6
DOI: 10.18310/9788566659993

1.Saúde coletiva - Itália. 2. Saúde pública. 3. Bem-estar social. I. Baptista, Gabriel Calazans. II. Série.

CDU: 614(45)
NLM: WA100

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

A CURA DI

Gabriel Calazans Baptista
Alcindo Antonio Ferla
Maria Augusta Nicoli
Vincenza Pellegrino
Frederico Viana Machado

**PARTECIPAZIONE
SOCIO-SANITARIA E
WALFARE DI COMUNITÀ:
ESPERIENZE ITALIANE**

1° EDIZIONE

Porto Alegre, Brasile/ Bologna, Italia/ Parma, Italia 2018
Rede UNIDA/ Regione Emilia-Romagna/Università di Parma

Partecipazione in salute e politiche pubbliche, welfare comunitario e sviluppo di prassi - che: cosa ha da raccontarci l'esperienza italiana del Community Lab

***Alcindo Antonio Ferla,
Gabriel Calazans Baptista,
Frederico Viana Machado,
Maria Augusta Nicoli,
Vincenza Pellegrino.***

Il tema della partecipazione sociale nelle politiche pubbliche è stato affrontato in letteratura a partire da diverse prospettive teoriche e metodologiche, principalmente nel campo delle scienze sociali. Il numero di questi studi cresce nel momento in cui certi meccanismi di partecipazione, relazionati alla pianificazione e all'implementazione di queste politiche nei diversi paesi, vengono istituzionalizzati.

Questo accade prevalentemente per quei meccanismi che riguardano la natura della partecipazione e le dinamiche che coinvolgono i vari attori e meno frequentemente per quelli che hanno a che fare con il risultato, in termini di effetto, della partecipazione. Le motivazioni principali che hanno portato alla creazione di meccanismi partecipativi nelle politiche pubbliche sono state la crisi di legittimità delle forme tradizionali di rappresentazione degli interessi nelle democrazie liberali; la forte domanda di una partecipazione diretta dei cittadini nel processo politico; e lo stimolo di organizzazione internazionali di sviluppo (CORTES, 2009, p. 13).

Alcuni autori hanno cercato di riflettere sulla tematica della partecipazione, non partendo solamente da punti di vista istituzionali, ma cercando di captare i movimenti più prossimi alla prospettiva dei partecipanti; questi ultimi non limitandosi alla loro capacità organizzativa e di espressione delle esigenze, ma indagando la capacità dei fenomeni partecipativi di influenzare le logiche che compongono l'offerta di politiche pubbliche. All'interno di uno studio iniziale sulla partecipazione sociale/comunitaria in salute è stato coniato il termine produzione estetica della clinica e della gestione sanitaria (FERLA, 2004, p. 86). Questa espressione designa un piano di analisi che permette di indagare cosa viene offerto, in che modo e per quali gruppi di popolazione, mettendo in discussione la permeabilità di queste modalità a delle logiche che non siano totalmente catturate

dalle relazioni di sapere/potere della scienza e della tecnica che sono predominanti attualmente. Non si tratta di criticare in maniera assoluta la scienza e la tecnica, ricercando un empirismo originale. La questione è poter identificare fino a che punto si verifica questa permeabilità dei saperi dei gruppi a cui le offerte sono destinate, in termini di politiche pubbliche.

Lorigine di questa prospettiva di ricerca nel campo della salute brasiliana è certamente da ricercare nel pensiero della Salute Collettiva, che in buona parte si è ispirata alla produzione critica della cosiddetta Medicina Sociale Italiana.

Questa produzione italiana ha alimentato, a partire dalla fine degli anni 60, un'ampia capacità di comprensione del processo salute/malattia/cura, dalla produzione sociale di questo processo fino alla visione critica dell'effetto dei servizi sanitari su di esso. Le idee alla base del dibattito sulla salute dei lavoratori e l'incremento di malattie come conseguenza della condizione lavorativa a cui l'individuo è sottoposto, hanno contribuito notevolmente alla comprensione dei nessi causali tra malattia e lavoro.

Ugualmente rilevante per il pensiero critico brasiliano è stata la produzione della psichiatria sociale italiana, che ha saputo mostrare i lati perversi della tecnica e dell'organizzazione dei servizi deputati a trattare le malattie mentali. Queste produzioni hanno contribuito alla costituzione del pensiero sanitario critico brasiliano, ampliando la comprensione di concetti come salute e collettivo e spostando l'attenzione verso il non specifico (o sconosciuto), come è stato identificato da Cristian Guimarães (2016) in un'analisi della produzione in Brasile e in Italia.

Il campo della Salute Collettiva, costituitosi in questa stessa epoca, non è stato solo il risultato di una somma di quello che già si produceva in salute pubblica, epidemiologia e scienze sociali e umane applicata alla salute in diversi luoghi. L'influenza della Medicina Sociale italiana ha contribuito a far emergere quest'area producendo tensione critica nelle suddette discipline. Quindi ha contribuito a ciò che è stato identificato come la vitalità di questo campo, che come tale, è sempre in discussione e soggetto a processi di revisione. Questa vitalità è descritta da Madel Luz (2009), come una tensione interdisciplinare (tra discipline iniziali e l'emergere di altre che cercano di offrire nuove comprensioni ed affermazioni sul concetto di salute), una tensione tra teoria (insieme di conoscenze che si presenta dinanzi a dichiarazioni di disputa), e pratiche (insieme di azioni che si sviluppano all'interno di sistemi e servizi sanitari). Queste tensioni, che rendono mobile la conoscenza ed ampliano la capacità di risposta delle pratiche sanitarie, hanno generato una base epistemica per il sistema sanitario, con un concetto ampio di salute, con linee guida di integralità e decentramento. Lo slogan del processo di riforma inaugurato in questo

periodo fu: La salute è democrazia, dimostrando, da un lato, la forte idea di partecipazione sociale per la salute intesa come diritto e, dall'altro, l'idea di trasformazioni necessarie nel modo in cui sono concepiti lo Stato e la società civile. Temi che sono particolarmente importanti nel momento attuale, in cui il Paese e le sue istituzioni vivono un processo di destabilizzazione politica insieme a crisi economiche ed etiche, con processi totalitari intorno al pensiero critico e sui movimenti sociali. Revisionare ed analizzare comparativamente il sistema di salute nei due paesi, può portare alla formulazione e alla conservazione di politiche sociali e, in particolare, della salute, nel momento in cui sembra esserci una forza incontrollabile per il declino di quei valori.

Non è soltanto l'approssimazione tra i sistemi sanitari che ci ha condotto a cercare/ creare questo contatto tra i due contesti, per lo studio della partecipazione. L'interconnessione tra processi globali e locali, caratterizzata da una forte crisi economica, ha contribuito direttamente all'aumento della vulnerabilità sociale, innalzando il tasso di disoccupazione ed aumentando le disuguaglianze e il flusso migratorio.

Inoltre, la transizione demografica ed epidemiologica, caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione ed aumento di condizioni croniche di salute, sono fenomeni che evidenziano i limiti di un approccio tecnico e settoriale, incentrato sull'assistenza ospedaliera e la necessità di articolare risorse formali ed informali dei servizi e della comunità, per favorire l'integrazione tra sociale e sanitario. In altre parole, evidenzia l'importanza della partecipazione sociale per la qualificazione della gestione e del funzionamento dei servizi sanitari. Non si tratta semplicemente di una politicizzazione della tecnica, come affermano molti riferimenti su questo tema. Si tratta di riconoscere un contesto complesso, dove le tecniche hanno capacità limitate di anticipare i movimenti e di ordinare le pratiche. Quindi, ciò che è qui messo in discussione, è la capacità delle esperienze partecipative di generare conoscenze e tecnologie utili e tempestive per lo sviluppo del lavoro, e alla qualificazione delle condizioni in cui si svolge la vita delle persone e delle collettività, in diversi contesti. Nei due contesti in cui sono stati condotti studi di ricerca collaborativa, vi è la necessità di trovare alternative, per creare un cambiamento nel crescente isolamento delle pratiche socio-sanitarie quotidiane, al fine di costruire una logica diversa di partecipazione sociale che risponda al precetto di cura primaria, in cui la partecipazione appare come elemento strutturante dell'organizzazione della cura e dell'impegno verso l'integralità (GUIMARÃES, 2015).

Nel contesto brasiliano, da qualche tempo, il concetto di educazione permanente in salute, che riguarda l'apprendimento necessario/ possibile, attraverso la riflessione sul lavoro quotidiano all'interno dei sistemi e dei servizi sanitari, così come dei territori ed istituzioni che intervengono in ambito della

salute/ malattia e nel processo di guarigione, ha generato nuove conoscenze e meccanismi di potere per gli operatori sanitari e l'insegnamento delle professioni sanitarie (CECCIM; FERLA, 2008). In alcuni esperimenti, è anche possibile verificare un aumento del ruolo di partecipazione della popolazione, che passa dall'essere in condizione di bersaglio delle politiche pubbliche e di salute, al creare in modo condiviso iniziative, che sono più inclini ai bisogni ed agli stili di vita, rispetto a ciò che tendono ad essere la conoscenza e la tecnica.

L'esperienza italiana, che è al centro di questo elaborato, è diversa. I concetti di partecipazione che la caratterizzano, sembrano differire, e la forma delle esperienze non è identica a quella brasiliana. Qui, la questione riguarda l'analisi di questa esperienza, che consenta il proseguo di studi emersi da questa collaborazione. Pertanto, lo scopo di questo libro, che è parte di una ricerca che ha generato una tesi di master in salute collettiva (BAPTISTA, 2017), non è stato quello di trovare risposte definitive, bensì di promuovere incontri tra ricercatori provenienti da diverse realtà, scardinare i saperi, immaginare percorsi metodologici su altre forme di pensare, concepire e realizzare la partecipazione sociale. Per questo, abbiamo utilizzato il quadro di riferimento per la ricerca, proposto da Rocha (2003). Questa metodologia di ricerca, considera la conoscenza e l'azione come qualcosa che non può essere vista come disconnessa, pena la produzione di artefatti della conoscenza, che devono essere presi in considerazione, quando si cerca semplicemente di applicare conoscenze e tecniche intorno ad una data realtà. Quindi, ciò che viene scritto in questo libro, è il risultato di una metodologia attiva e di incontro tra differenti attori, brasiliani ed italiani, che hanno deciso di utilizzare la scrittura come strumento di sistematizzazione della ricerca. Resta inteso che il libro è il risultato del percorso metodologico adottato. Qui si pensa che la molteplicità di sguardi e visioni, di visioni diverse su un oggetto di studio, abbia la capacità di generare conoscenze più utili alla trasformazione della realtà rispetto ai problemi trattati soltanto da tecniche e metodi originati in uno o nell'altro dei campi di conoscenza, che si occupano di produzione della conoscenza. Questa considerazione rafforza anche la potenza degli incontri offerti dal Laboratorio Italo- Brasiliano.

Se questa è la motivazione epistemologica dei ricercatori che partecipano al progetto, è opportuno presentare l'esperienza che si sta studiando e condividere gli aspetti che vengono osservati ed analizzati.

Lesperienza e la metodologia del Community Lab

Il percorso del Community Lab è iniziato nel 2011, con l'obiettivo di incentivare forme innovative di partecipazione dei cittadini alla pianificazione e all'organizzazione di politiche e azioni nei settori della salute e dell'assistenza

sociale nella Regione Emilia Romagna. In questa sfida, l'attenzione si è concentrata sulla promozione di percorsi partecipativi e strutturati da coloro che a livello istituzionale hanno la responsabilità di definire quali saranno le politiche e la modalità di allocazione delle risorse assegnate alle aree di Salute e Assistenza (MARTINO, 2015, BAPTISTA, 2017).

All'inizio dell'esperienza, era forte la consapevolezza che i cittadini si stavano sempre più allontanando dalle istituzioni pubbliche, e che la progressiva specializzazione delle prestazioni di cura fornite, ha portato alla frammentazione e alla burocratizzazione delle istituzioni e conseguentemente anche delle pratiche di partecipazione. L'aumento della precarietà lavorativa e la crisi del ceto medio, hanno contribuito ad aggravare la crisi del Welfare State italiano (MAZZOLI et al, 2012). In questa situazione, la domanda di servizi della popolazione tende ad aumentare, e risulta quindi necessario essere in grado di ripensare e adeguare le prestazioni erogate ai cittadini, o si correrà il rischio di non superare le sfide che si presenteranno in futuro e si continueranno ad elaborare procedure e strategie di welfare lontane dai bisogni attuali (MARTINO, 2015).

Sulla base di questa premessa, il Community Lab si presenta come un metodo in cui i contesti territoriali locali sperimentano processi partecipativi in grado di produrre cambiamenti nelle politiche e nelle organizzazioni responsabili della definizione di esse, in particolare nell'ambito dell'assistenza sociale e sanitaria. Il CL si configura, quindi, come metodo trasformativo, poiché intende produrre conoscenza attraverso il lavoro con la comunità e a partire dall'analisi delle dimensioni quotidiane del lavoro.

In altre parole, il problema affrontato da CL è: quali sono i luoghi, i processi, le relazioni che consentono ai lavoratori di sentirsi a proprio agio, riuscendo così a favorire loro stessi la partecipazione di utenti e cittadini? (MARTINO, 2015, p. 133).

La metodologia è stata creata per produrre cambiamenti e implementare processi fortemente complessi e si basa sul concetto di Democrazia deliberativa (BOBBIO, 2007), che trova applicazione a partire dalle nozioni di Sperimentalismo (SABEL, 2012) e di Apprendimento, in particolare quello utilizzato da e con i lavoratori come potere trasformativo. È opportuno, in questa sede, operare una distinzione tra il concetto di democrazia (deliberativa, rappresentativa e partecipativa), insieme a quelli sopracitati.

Il concetto di democrazia rappresentativa si configura come la forma più comune di partecipazione, a partire dalla seconda metà del XX secolo. In questo modello il cittadino sceglie il suo rappresentante attraverso il voto (MILANI, 2008). Spetta sempre al cittadino valutare l'operato del depositario della sua fiducia. La

partecipazione dei cittadini è ,quindi, in genere legata esclusivamente al voto, che viene espresso in occasione di nuove elezioni.

La Democrazia partecipativa può essere intesa, invece, come forma di partecipazione in cui i cittadini possono esercitare una certa pressione sugli enti pubblici o costruire relazioni con le istituzioni stesse, interferendo direttamente nei processi decisionali (BOBBIO, 2007; ALLEGRETI, 2011). Un esempio di modalità di partecipazione è rappresentato dal Bilancio Partecipativo, creato a Porto Alegre. I cittadini hanno la possibilità di costituirsi come parte attiva nel processo di allocazione di risorse di parte del bilancio (MARTINO, 2015).

La Democrazia deliberativa, a sua volta, non esclude l'idea di rappresentatività o partecipazione diretta dei cittadini nelle decisioni. Tuttavia, sottolinea che le decisioni degli individui non dovrebbero essere considerate come inalterabili (BOBBIO, 2007), e quindi dovrebbero essere discusse ampiamente per generare una riflessione/deliberazione/ponderazione, specialmente nelle fasi che precedono la decisione istituzionale. Questa idea di democrazia implica l'articolazione di diverse modalità di partecipazione dei cittadini, in modo che non venga intesa solo come valutazione di ciò che è già stato deciso (top-down), o solo come la scelta degli individui vista come insindacabile per le istituzioni (bottom-up) (MILANI, 2008).

Lo Sperimentalismo (SABEL, 2012) è il secondo concetto citato, utile per comprendere il background di CL, e si traduce nella possibilità che le istituzioni pubbliche hanno per affrontare la fase storica di cambiamenti epistemologici, economici e socioculturali a cui stiamo assistendo, attraverso la capacità di innovare le loro pratiche. A tal fine, sostiene che la sperimentazione locale dovrebbe essere la base e l'obiettivo dei gestori di sistemi, servizi e politiche. L'approccio radicale delle istituzioni e dei servizi ai problemi reali dei cittadini e dei territori è rappresentato dall'opportunità di reinventarsi; questo perché la complessità dei problemi oggetto dei loro interventi, li induce forzatamente a riconfigurare i servizi offerti in maniera tempestiva, a tal punto da doversi adeguare a contesti molto diversi fra loro, e di mutare le conoscenze e le tecniche utilizzate per affrontarle.

Sabel (2012) afferma che la capacità di trasformazione delle esperienze locali, dipenderà dalla capacità delle istituzioni di strutturare, monitorare e ripensare tali pratiche. L'autore difende l'importanza del decentramento decisionale, in base al quale ogni contesto possiede l'autonomia per ricercare le soluzioni che ritiene più appropriate, ma viene, allo stesso tempo, supervisionato e coordinato da un organo centralizzato che svolge attività di monitoraggio. Ogni parte è stimolata a riflettere non solo sulle sue pratiche ma anche sulle azioni dell'altro, producendo un miglioramento continuo per l'intero sistema. Questa modalità di lavoro consente il reciproco riconoscimento degli attori coinvolti, accrescendo la responsabilità delle

istituzioni pubbliche e dei cittadini, attraverso la partecipazione di questi ultimi alla definizione delle azioni e delle politiche che li riguardano.

Il terzo concetto citato richiama l'idea che l'apprendimento è in particolare quello degli operatori dei servizi, dovrebbe essere svolto territorialmente (MARTINO, 2015). Resta inteso che la trasformazione e l'apprendimento sono prodotti attraverso la riflessione, il fare e la conoscenza dei contesti in cui sono inseriti i lavoratori. Non esiste un modello di apprendimento specifico, adottato dagli ideatori del metodo CL. Tuttavia, analizzando i casi, emerge che vengono utilizzate pratiche simili a quelle brasiliane, dette di Educazione Permanente (CECCIM, 2004, BRASIL, 2009, CECCIM, FERLA, 2009). Pertanto, il Community Lab è un metodo basato sull'analisi dei casi (sperimentazioni locali), la cui elaborazione avviene in modo condiviso, sia con i soggetti coinvolti negli esperimenti, sia con altri soggetti provenienti da territori che vivono o possono vivere esperienze simili (ASSR, 2015). La partecipazione acquisisce, in questa modalità operativa, non più la configurazione di un luogo fisso e predeterminato, ma di una pratica partecipativa tanto potente quanto più inclusiva sia nella varietà degli attori coinvolti (gestione, servizi, formazione e partecipazione sociale), così come nella potenza di apprendimento delle loro azioni.

Le pratiche sperimentate all'interno del Community Lab operano su tre livelli: Micro, Meso e Macro. Il livello Micro è composto da esperienze che si sono concentrate su un particolare oggetto o un particolare territorio, e hanno il potere di dare visibilità a dispositivi di partecipazione unici, che esprimono modalità di interazione differenti tra cittadini e istituzioni. Sono quartieri, servizi (ospedali, case di salute, scuole) che producono processi partecipativi, attivano gruppi e fasce di popolazione vulnerabili, insegnando ai servizi nuovi metodi per conoscere ed ascoltare, in maniera differente, i bisogni locali, senza necessariamente mutare politiche e azioni istituzionali (ASSR, 2015). I casi del livello Meso, invece, sono quelli in cui viene modificata una politica specifica o uno dei tavoli durante il processo di pianificazione, e quindi rendono visibile la relazione che si instaura tra gruppi di popolazione e modalità di risposta istituzionale. Infine, i casi del livello Macro modificano l'intero processo di pianificazione delle politiche e degli interventi attraverso metodologie attive e partecipative.

Il metodo prevede 3 fasi distinte: 1) identificazione dell'obiettivo del lavoro; 2) elaborazione del progetto; 3) realizzazione (ASSR, 2015). Non si tratta di un procedimento lineare, poiché ogni territorio ha una data caratteristica e risorse sociali per sviluppare il metodo in forme diverse, anche se, generalmente tutti i casi accompagnati, finiscono per attraversare le tre fasi.

La prima fase è un momento fondamentale del metodo CL, poiché in essa si struttura una cabina di regia ristretta che avrà il compito di accompagnare l'intero

sviluppo del processo. Si tratta di persone impegnate e che si identificano con l'oggetto iniziale di lavoro, anche se nel tempo, subisce qualche modifica. Sono loro gli attori responsabili delle strategie di pensiero utili per sviluppare il caso, delle modalità di coinvolgimento dei cittadini, e sono loro che accompagneranno le esperienze nel territorio, insieme agli altri lavoratori ed utenti, che saranno presenti nelle formazioni dell'Agenzia e che manterranno il contatto diretto con i facilitatori.

Nella seconda fase di elaborazione del progetto, c'è un aumento nel numero e nelle rappresentazioni dei soggetti coinvolti, (alla cabina di regia ristretta, si affianca dunque una cabina di regia allargata). È quando, per esempio, la cabina di regia, definisce le nuove fragilità familiari come tema di lavoro, ma si rende conto che gli indicatori e le informazioni disponibili, pur fornendo un'analisi della situazione, difficilmente offriranno possibilità di cambiamento nel processo di formulazione delle politiche, o difficilmente avranno un forte impatto sulla vita delle persone.

La terza fase di realizzazione, coincide con il momento in cui l'intero processo fino ad ora portato avanti viene attuato; come definito dal documento guida (ASSR,2015), la terza fase è complessa, poiché richiede un esercizio di implementazione di tutto ciò che è stato programmato, il che coincide con un compito molto difficile, soprattutto se le fasi precedenti sono state elaborate in modo molto generico.

Va osservato, che diverse tecniche e metodologie di attivazione e di lavoro di gruppo, sono utilizzate per ciascuna fase in base alle necessità e capacità dei soggetti partecipanti e dei facilitatori. Le metodologie sono suddivise in tre grandi gruppi: Calde, Fredde, Tiepide.

Le metodologie calde, utilizzano procedimenti partecipativi in grado di coinvolgere i partecipanti in maniera emotiva, adatte a coloro che devono elaborare problemi e condizioni, su cui non sono state fatte molte riflessioni. Sono modalità che cercano sia di potenziare la capacità di ogni individuo di percepire il problema, che l'attivazione di forme di ascolto ed accettazione del ruolo di altri individui. Queste tecniche vengono utilizzate quando le differenze tra gli attori sono considerate ampie, sia in termini di conoscenza, sia in relazione alla posizione istituzionale che occupano (ad esempio, discutere sulla questione della disoccupazione e sulla violenza di genere tra abitanti della città, immigrati, lavoratori e dirigenti dei servizi).

Le soluzioni metodologiche fredde, sono viste come procedimenti per mediare diverse conoscenze e saperi tecnici. Sono molto utili quando sono già state dettate delle proposte e riflessioni orientate allo scopo della discussione, ed ha l'obiettivo di proporre nuove e quindi non ancora immaginate, possibilità. Open Space Technology e Focus Group, tra gli altri, sono ampiamente utilizzati

in quei contesti dove esistono conflitti e discussioni tematiche da molto tempo. Le soluzioni Tiepide, sono quelle in cui lincontro oppure il processo è diviso in più fasi, dando spazio da un lato a momenti più emotivi, e dallaltro a momenti più razionali e sintetici (ASSR, 2015).

In questo modo, lattivazione del metodo del C.L, non utilizza il tema della partecipazione sociale solo come principio ispiratore, ma come una nuova forma di confronto e di relazione tra le istituzioni ed i cittadini. I casi attivati, hanno prodotto interazioni sociali che vanno oltre i loro obiettivi iniziali, e che hanno contribuito allo sviluppo di processi collettivi che, difficilmente potrebbero essere realizzati e mantenuti da gruppi o istituzioni che operano individualmente (MARTINO, 2015).

In questo momento è importante sottolineare che quello che è stato definito il metodo Community Lab, presenta alcune caratteristiche in relazione al modo in cui il lavoro è ordinato allinterno dei servizi di salute, di solito basato su revisioni della conoscenza della scienza e delle tecniche già studiate, considerando la formulazione che la scienza e le politiche comunemente fanno, di ciò che dovrebbe essere oggetto del loro intervento. Ecco una distinzione fondamentale: i problemi sono descritti in generale secondo la prospettiva di attori strategici, ma la pianificazione del progetto ha comportato lampliamento della partecipazione. Esiste una composizione del sapere, che non fa parte della diagnosi di deficit cognitivo (relativo al dominio della conoscenza scientifica sistematizzata), ma della necessità di articolazione di diverse forze. Tutto questo, in sostituzione della prescrizione di conoscenze e tecniche, composizioni estetiche di sapere e tentativo di comporre pratiche. Sembra esserci un incontro con lespressione produzione estetica della clinica e della cura (FERLA,2004), utilizzata nella parte iniziale di questo testo. Questa composizione, si riferisce alle diverse tecnologie utilizzate, ma anche al modo di metterle insieme. Emerson Merhy (2002), ricercatore nel campo della salute collettiva e membro della rete di cooperazione italo- brasiliana, presenta una tipologia di tecnologie sanitarie, tra cui tecnologie dure (attrezzature), lievi-dure (conoscenze e standard strutturati) e lievi (tecnologie relazionali), queste ultime prodotte in azione, nel momento in cui si collocano in relazione ai diversi attori.

Le tecnologie di tipo lieve, non costituiscono solo una modalità che interviene nellorganizzazione del lavoro (assistenza, gestione, insegnamento), ma hanno anche la forza dellinnovazione, nel momento in cui vengono utilizzate per la combinazione di tecnologie utilizzate durante il lavoro (sistemazione estetica del lavoro), producendo composizioni che rispondono alle ed includono le prospettive dei diversi attori. È questa lopportunità di esercitare lascolto di ciò che dicono le esperienze del contesto italiano, con un orecchio ibrido, con riferimenti ottenuti dalle esperienze italiane e brasiliane, già messi in dialogo, come il lavoro cooperativo da alcuni anni.

Cosa dicono le esperienze?

Tra le oltre 35 esperienze sviluppate dalla Regione Emilia Romagna, dal 2011, 7 sono state selezionate per comporre l'analisi di questo libro pensando che queste potessero fornire una vasta gamma di pratiche capaci di contemplare diversi livelli di attuazione della metodologia, così come verrà spiegato in seguito. Fin dall'inizio, l'intenzione era dare voce alle esperienze e fare in modo che i partecipanti stessi (utenti, gestori e lavoratori) potessero raccontare a modo loro il processo sperimentato.

A tal fine, è stata elaborata una specifica metodologia utilizzata durante gli incontri, che ha sostenuto la scrittura e la formulazione dei testi componenti il secondo capitolo del presente elaborato, inteso come obiettivo e il merito di questa pubblicazione. Il prossimo capitolo, elaborato dalla Professoressa Vincenza Pellegrino, dell'Università di Parma, ha lo scopo di raccontare la sfida affrontata in Italia, paese in cui la crisi economica e le nuove vulnerabilità risultano essere temi presi in considerazione nel momento in cui si formulano politiche pubbliche per il sociale e la salute.

I 7 casi del Community Lab sono stati scelti per la loro rilevanza e perché i partecipanti hanno accettato la sfida di raccontare la propria esperienza. I tre livelli di attuazione della metodologia sono qui contemplati. Due esperienze si riferiscono al livello Micro, altre due a livello Meso mentre i tre rapporti finali vengono classificati come Macro. Per facilitare il processo di scrittura di ciascun caso, sono state formulate, insieme agli altri facilitatori del Metodo CL, alcune domande utili alla conduzione del dialogo. Ognuno è stato invitato a riportare la propria esperienza scrivendo un testo con le seguenti domande utilizzate come guida:

Elementi innovativi (quali le metodologie, le strategie che hanno permesso di mobilitare la comunità e i diversi settori e attori che hanno composto le esperienze, ecc.);

Impatto o riflessione sulle politiche e sui servizi (cosa è cambiato dopo l'esperienza del Community Lab?);

Formazione (quali erano le capacità dei gestori, utenti e facilitatori? Il ruolo dei facilitatori è stato importante? Durante il processo sono emersi bisogni e possibilità formative?);

Valutazione (eseguita in modo libero; ogni caso deve riportare quali riflessioni sono state fatte durante e sul processo).

La produzione scritta dei casi è stata divisa in due momenti: un primo laboratorio di scrittura collettiva, il cui obiettivo era quello di incoraggiare la riflessione sui casi e, un secondo momento in cui sono state condotte interviste in loco oppure tramite Skype con i membri dei gruppi conduttori di ciascun caso che hanno seguito il procedimento sin dall'inizio.

Un'analisi iniziale dei casi che verranno presentati in questo libro ci consente di evidenziare alcuni elementi: il ruolo dei facilitatori e delle cabine di regia nella formulazione e nel monitoraggio delle esperienze e le caratteristiche specifiche di ciascuno dei tre livelli di attuazione della metodologia.

Le cabine di regia ricoprono ruoli distinti, ma sono fondamentali per lo sviluppo delle proposte. Nelle esperienze prese in considerazione, maggiore è il numero di membri delle cabine di regia che agiscono direttamente nel processo di pianificazione delle politiche in ciascun territorio, maggiore è l'impatto sul processo di pianificazione.

Pertanto, abbiamo osservato che i casi Macro e Meso sono quelli che hanno più attori con capacità decisionali istituzionali e, pertanto, sono più direttamente coinvolti nella formulazione di politiche e azioni. Le cabine di regia ristrette dimostrano un ruolo di articolazione istituzionale, anche se nei micro casi l'influenza di questi gruppi nel processo dei Piani di Zona sembra essere minore. Le cabine di regia allargate sono il risultato di un aumento del numero degli attori presenti nel processo. Questo di solito si verifica nella seconda fase del metodo (Elaborazione del progetto). In questa fase, utenti e rappresentanti delle associazioni che generalmente hanno poco contatto con i servizi e le istituzioni, diventano d'aiuto nella proposta di azioni e integrano le cabine di regia. Ognuna di queste ha un modo diverso di agire; quelle ristrette si occupano di mantenere il processo attivo, con riunioni frequenti, partecipando alla formazione e mantenendo il contatto diretto con i facilitatori, mentre i membri delle cabine allargate, partecipano a discussioni specifiche e a determinate attività.

I facilitatori dell'Agenzia dimostrano di avere un ruolo chiave nello sviluppo delle proposte. Sugeriscono, in vari modi, un avvicinamento al territorio e un aumento del numero degli attori, rifacendosi alla proposta di Sabel (2012) sullo Sperimentalismo. I facilitatori presentano le questioni avanzate dal territorio e dai servizi come fondamentali, in quanto avviano un processo di apprendimento istituzionale e di formazione per le persone coinvolte. In generale, si nota che ogni caso del Community Lab passa attraverso tutte le fasi del metodo (1 - Definizione dell'oggetto di lavoro, 2 - Elaborazione del progetto e 3 - Realizzazione), ma acquisisce le caratteristiche proprie di ogni territorio, cioè, le tecniche e il livello di efficacia raggiunto dipenderanno sempre dalla capacità lavorativa delle cabine

di regia, dai facilitatori e dalle caratteristiche del lavoro da svolgere.

I casi micro sono quelli che dimostrano una maggiore articolazione con il territorio e con i cittadini, che ha portato allo sviluppo ed alla applicabilità di nuove ed altre forme di cura condivise da e insieme agli utenti. La Sofferenza delle donne nel mondo del lavoro e Progetto Sentinelle: Welfare dell'Aggancio, ci parleranno di una clinica basata sulle tecnologie lievi (MERHY, 2002) e sull'educazione popolare.

I casi Meso (Future Lab Ferrara: Quali facce ha la precarietà? e Porte A.per. te: percorsi di comunità tra partecipazione e abitare solidale) rappresentano il potere dell'educazione permanente; anche senza un pieno sostegno politico, sono stati in grado di sviluppare proposte per modificare politiche e azioni, attraverso l'apprendimento significativo generato dal contatto diretto con territori ed utenti. I casi Macro dimostrano l'importanza dell'istituzione come facilitatore del processo di partecipazione, sviluppando momenti di incontro e di confronto con la popolazione, che agisce direttamente sul processo di formulazione delle politiche. Gli scritti LaBassaRomagna2020, Partecipazione sociale e innovazione delle politiche pubbliche, Il caso di Forlì: programmazione partecipata per un welfare di comunità, articolano il concetto di Democrazia deliberativa in modo pratico, intervallando i momenti istituzionali e politici della formulazione e del processo decisionale, con momenti aperti alla discussione con la popolazione del territorio.

I casi presentano una forte articolazione tra diversi settori e politiche, non solo tra il sociale e il sanitario, dando vita al welfare pubblico partecipato. Pertanto, ciò che questo libro vuole far conoscere è la sperimentazione di una nuova tecnica di analisi che parte da situazioni reali ed è prodotta all'interno del sistema di welfare.

Questa tecnica di analisi, come si sosteneva precedentemente, è ibrida ed è il prodotto della connessione tra gli attori della cooperazione. Si spera, dunque, che la lettura di tale libro non abbia solo la funzione di illustrare pratiche e metodologie, ma che soprattutto incoraggi i lettori a riscoprire nuovi significati a ciò che questo scritto ha messo in luce.

Cenni bibliografici

ALLEGRETI, U. Il cammino accidentato di un principio costituzionale: quaranta anni di pratiche partecipative in Italia **Rivistadell'Associazione italiana dei costituzionalisti**, 1. 2011

ASSR, 2015. **La programmazione partecipata per un welfare di comunità**. Linee guida per Piani di Zona. Bologna: Quaderni della Regione Emilia Romagna.

BAPTISTA, Gabriel Calazans **Participação Social em Saúde** Diálogos Ítalo-Brasileiros através do Método Community Lab. 2017. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2017.

BOBBIO L. Tipi di deliberazione, in **Rivista italiana di scienza politica**, 3: 359-383. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009

CECCIM, Ricardo Burg and FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social **Physis [online]**. 2004, vol.14, n.1 [cited 2017-11-03], pp.41-65. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde [online]** 2008, vol.6, n.3, pp.443-456. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acesso em 14 dez 2017.

CORTES, Soraya M. Vargas (Org.). **Participação e saúde no Brasil** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FERLA, Alcindo Antônio. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da línica e da gestão em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, jun. 2004 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 dez 2017.

FERLA, Alcindo Antônio; POSSA, Lisiane Boer; ARMANI, Teresa Borgert; SCHAEGLER, Lúcia Inês. Mecanismos de participação em hospitais do Ministério da Saúde. Em: CORTES, Soraya M. Vargas (Org.) **Participação e saúde no Brasil** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano. **O Coletivo na Saúde** . Porto Alegre: Rede Unida, 2016. (Saúde Coletiva e Cooperação Internacional; 4). Disponível em <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-coletiva-e-cooperacao-internacional/o-coletivo-na-saude-pdf/view>. Acesso em 14 dez 2017.

LUZ, Madel T.. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática **Saude soc**, São Paulo, v. 18, n.

2, p. 304-311, June 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 dez 2017.

MARTINO, F. **La Valutazione Di Modelli E Sperimentazioni Di Progettazione Partecipata Sociale E Socio-Sanitaria** Dottorato. Università degli studi di Parma. Bologna. 2015.

MAZZOLI, G. Una risposta alla crisi di welfare in **Rivista Secondo Welfare**, 1, 2012.

MILANI, C.R. (2008). O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de administração pública** 42(3), 551 -579.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

ROCHA, Marisa Lopes da. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. In **Psicologia Ciência e Profissão**, 2003, n. 23, v. 4, p. 64-73.

SABEL C. F. Experimentalist governance in **The Oxford handbook of governance**, 1: 169-183. 2012.