

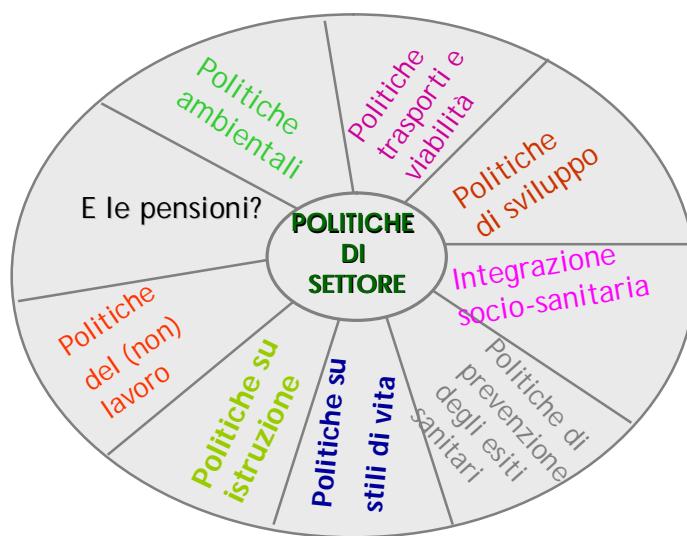
ALLEGATO n. 1
(rif. Capitolo 1.3)

**Il percorso di costruzione del PePS
L'esperienza del progetto pilota
della ASL TO5**

ALLEGATO n. 1 (rif. Capitolo 1.3)

Il percorso di costruzione del PePS L'esperienza del progetto pilota della ASL TO5

In questo paragrafo vengono riportate le parti salienti della relazione con la quale il gruppo di lavoro regionale e della ASL TO5 analizzano l'esperienza di costruzione di un PePS di territorio, quale valido strumento di esperienza concreta.



1. Premessa

Il lavoro svolto nell'ASL TO5 è consistito in una *ricerca-azione* sui percorsi attraverso cui un territorio, nella varietà delle sue componenti, riesce o non riesce a costruire insieme il PePS, dando vita ad una progettazione partecipata. Cosa significa fare ricerca/azione [d'ora in avanti, in sigla, R/A] ? Significa produrre conoscenze sui processi in modo da poterli rimodulare/trasformare. I soggetti della R/A sono (non possono che essere) gli attori stessi del processo. Si tratta quindi di una conoscenza contestualizzata, valida all'interno dei contesti operativi in cui si sviluppa, che parte dall'azione ed è finalizzata all'azione.

In un processo di R/A tutti soggetti sono attivi ed "esperti", tutti sono portatori di competenze e conoscenze, e nella interazione con altri soggetti producono nuove conoscenze e nuove competenze.

Si esplicitano, vengono poste in dialogo le diverse visioni di cui sono portatori i soggetti partecipanti e vengono costruite insieme nuove rappresentazioni condivise, per consentire la formulazione di nuove domande, di vedere in modo più articolato i problemi e di co-progettare insieme ipotesi di soluzione.

Punto di partenza: la ricerca si è sviluppata a partire da una concezione dei processi organizzativi che interpreta i comportamenti, le azioni, i percorsi di lavoro come dipendenti dalle rappresentazioni dei diversi soggetti che vi partecipano. La ricerca quindi si è proposta di *far emergere e di analizzare le rappresentazioni dei soggetti territoriali* che a diverso titolo ed in diverso modo sono chiamati a partecipare ai percorsi di costruzione del PePS: rappresentazioni relative a cos'è e come si persegue la salute, alla partecipazione, ai ruoli di tecnici, politici e soggetti territoriali, a cosa significa fare una programmazione come quella dei PePS, a quali sono gli ostacoli che si possono incontrare ed il modo di superarli, ecc... L'idea è che costruire insieme una cosa complessa come i PePS consista soprattutto nel condividere rappresentazioni tra attori diversi e nel "vedere" e "tessere" legami tra azioni, organizzazioni, ecc. ..

L'obiettivo era quello di promuovere:

- apprendimenti su criticità e condizioni nella costruzione partecipata del PePS;
- una spinta a generare sul territorio "visioni" ricche ed efficaci della progettazione sociale del PePS;
- la definizione o la rimodulazione dei percorsi territoriali.

Hanno partecipato una ventina di persone, direttori di Consorzio e di Distretto, amministratori soggetti territoriali [ved. elenco completo a pag. 20].

Il percorso e la metodologia di lavoro nell'ASL TO 5.

- 1) Costituzione e avvio del gruppo di lavoro (marzo 2008)
- 2) Raccolta di *schede cognitive* – lo strumento adottato per esplorare le rappresentazioni dei partecipanti – analisi, elaborazione dei dati e loro restituzione, discussione ed interpretazione (maggio 2008)
- 3) Incontri di approfondimento (giugno-luglio) su due *focus*:
 - a. il ruolo degli amministratori,
 - b. il rapporto fra Piano di Zona e Peps

2. Costruire il PePS: il contesto

Tralasciando il contesto sovranazionale europeo dal quale giungono i principi ispiratori di indirizzo e che possono essere riassunti nella "Salute in tutte le politiche", la nostra regione ha definito i profili e piani di salute come uno strumento di programmazione locale declinandone le specificità nel Piano Socio Sanitario e nelle leggi e obbiettivi regionali da esso derivati (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale e obbiettivi dati alle aziende sanitarie per l'anno 2008).

La dimensione territoriale su cui produrre i PePS è quella distrettuale, che ne facilita la costruzione per la sua coincidenza con i consorzi sociali e perché è il territorio sul quale si sono sviluppati i Piani di zona. Proprio i PdZ hanno rappresentato il momento di maggior integrazione tra i diversi attori che si occupano di salute sul territorio. Dalla analisi dei PdZ sono giunti gli spunti per il percorso dei PePS. Essi rappresentano ad oggi un grande patrimonio per gli operatori che vi hanno partecipato. Il bagaglio informativo che hanno prodotto è stato ed è prezioso per le metodologie di sviluppo dei rapporti tra gli attori dei PePS.

Sia la Ricerca Sanitaria Finalizzata che il progetto locale della ASL TO 5 nato in suo stretto collegamento, si sono sviluppati in assenza delle linee guida regionali e per quanto riguarda il progetto locale , con il contributo di operatori della provincia di Torino, assessorato alle politiche sociali, che hanno partecipato alle attività per i loro ruoli precedentemente svolti nell'accompagnamento ai PdZ.



3. Cos'è il PpPS.

Già nel primo paragrafo è stato dato ampio spazio alla definizione del PePS, quale "strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio"

Il processo di costruzione del PePS può essere articolato in diverse fasi con propri obiettivi specifici:

<i>Rilevazione dei bisogni di salute:</i>	Vengono identificati i problemi di salute della comunità attraverso metodologie quali-quantitative.
<i>Selezione e scelta delle priorità</i>	Sono individuate le linee di indirizzo e gli ambiti di intervento prioritari, in base a criteri condivisi con la comunità che ha espresso i problemi. In questa fase, soggetti istituzionali saranno affiancati da tecnici epidemiologi, ma anche da comitati consultivi, giurie di cittadini, e quanti possono contribuire efficacemente al lavoro di selezione delle priorità.
<i>Elaborazione del Piano:</i>	La programmazione degli interventi avviene attraverso la definizione degli obiettivi, la configurazione delle risorse necessarie, la scelta degli attori da coinvolgere e le sinergie da sviluppare.
<i>Attuazione del Piano:</i>	Il Piano è realtà da costruire. Tutti i soggetti coinvolti sono chiamati a fare la loro parte per rendere concrete le azioni nei diversi ambiti.
<i>Monitoraggio e valutazione:</i>	Il Piano è verificato, nel suo svolgimento e nei suoi risultati, per valutare l'efficacia delle azioni previste e apportare gli eventuali correttivi che dovessero rendersi opportuni. Importanti momenti di questa fase sono l'analisi degli scostamenti dagli obiettivi prefissati e la rilevazione della soddisfazione della comunità.

4. Profili e piani di salute (PEPS) e Piani di zona (PdZ): differenze ed integrazioni.

Gli attori chiamati a fare il PePs sono in gran parte gli stessi dei PdZ. Questo implica che ci si possa appoggiare a quella esperienza (competenze, analisi, ecc. .), ma nello stesso tempo fa sì che molti si pongano la domanda di che differenza ci sia tra PePS e PdZ , se non si tratti sostanzialmente di operazioni analoghe, che impegnano più volte gli stessi soggetti in percorsi ripetitivi, con dispendio di tempo e di energie.

Non si può non ribadire, in premessa, una tuttora persistente difficoltà a tracciare, con chiarezza ed in modo netto, gli specifici ambiti di riferimento dei due strumenti di programmazione territoriale, PEPS e PDZ, mentre appare maggiormente evidente il ruolo del Programma delle Attività Territoriali (inteso come traduzione, nel distretto sociosanitario, della programmazione sanitaria definita nel PDZ e orientata dal PEPS).

In estrema sintesi, dati per assodati numerosi elementi differenzianti di tipo non sostanziale (ad esempio, il PEPS è predisposto ed approvato dal Comitato dei Sindaci del Distretto – il PDZ è di competenza dei Comuni) ciò che appare maggiormente caratterizzante i due strumenti è :

- L'attenzione e la centralità attribuita dal PEPS al "profilo di salute" del territorio di riferimento; il PEPS definisce il profilo di salute e individua gli

obiettivi di salute, **ORIENTA** le politiche del territorio in termini ampi e di riferimento rispetto all'azione di pianificazione delle scelte politiche territoriali nel loro complesso,

- Il PdZ affronta i problemi e adotta soluzioni condivise (anche mediante atti formali quali gli accordi di programma) in termini di rete e di integrazione tra gli Enti, i Servizi e le risorse territoriali attivate ed attivabili, nel loro insieme.

Alla luce di quanto detto, il PEPS appare maggiormente rafforzato sulle cause, la lettura del bisogno e la conseguente funzione di orientamento per le politiche del territorio, mentre il PDZ appare maggiormente rivolto alla rappresentazione del problema ed alle sue possibili soluzioni.

Il PEPS è rappresentabile concettualmente come un intervento, su vasta scala, di prevenzione primaria ed il PDZ, come un intervento, anch'esso su vasta scala, di prevenzione secondaria.

Il PePS, quindi, come cornice, come strumento per definire linee di indirizzo, per sviluppare un'analisi complessiva, come luogo di integrazione delle politiche.

Il PdZ, invece, è lo strumento locale per favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di interventi e servizi, in modo da programmarli e realizzarli secondo un'ottica sistematica. Il PdZ è lo strumento strategico per governare le politiche sociali.

Compito del PdZ è organizzare, a livello, territoriale, soggetti diversi che intervengono sui bisogni e sulla domanda per la costruzione di una politica integrata di comunità.

Nella tabella che segue sono riassunti in modo sinottico obiettivi e natura dei diversi strumenti di programmazione dell'attività sanitaria, sociale e socio-sanitaria previsti dalla normativa.

Profili e Piani di Salute (PePS)	Il Piano di zona	Il Programma di attività territoriale (PAT)
I profili e piani di salute denominati PEPS, costituiscono lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio."attiene alle attività di integrazione socio-sanitaria,.....rappresenta lo strumento fondamentale ed obbligatorio per la <u>definizione del Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali</u> del territorio di competenza." (Art. 17 Legge Regionale 1/2004). "I comuni associati, negli ambiti territorialia tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, <u>per gli interventi sociali e socio-sanitari</u> a definire i Piani di Zona (Art. 19 Legge 328/2000).ha valenza annuale.....riguarda le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali.....recepisce i PePS ed i PdZ.

5. Sintesi delle rappresentazioni dei soggetti partecipanti al percorso.

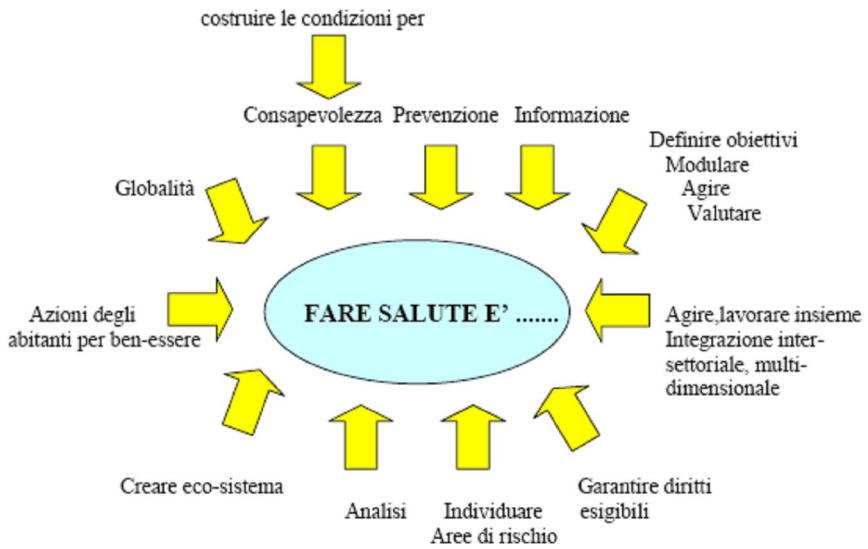
Vediamo quali rappresentazioni, espresse ed agite dai diversi soggetti territoriali, emergono dalla ricerca/azione sviluppata nell'ASL TO 5.

Cos'è salute. I soggetti partecipanti alla ricerca hanno espresso una visione complessa della salute, non coincidente con ciò che fa la sanità, ma che rinvia all'intreccio di una molteplicità di fattori;

una salute intesa come esito di molte politiche.

Un'idea di salute affidata soprattutto alla prevenzione.

Un'idea universalista e preoccupata delle differenze sociali e territoriali.



Non mancano però i segnali di un certa fatica soprattutto da parte degli amministratori ad entrare nell'ottica proposta dall'OMS della "salute in tutte le politiche" ovvero un modello non prettamente e primariamente sanitario, ma incentrato sull'individuazione dei determinanti di salute e sulla individuazione e rimozione dei fattori di rischio, secondo una formula per cui

Promuovere salute
 =
educare alla salute x partecipazione x politiche pubbliche favorevoli alla salute

Accanto a questa visione complessa possono permanere anche rappresentazioni diverse come evidenziano, ad esempio, alcune interviste realizzate con alcuni sindaci di un'altra ASL, dove emerge con evidenza un'idea di salute che si può così sintetizzare:

La SALUTE = ha a che fare con la MALATTIA = di questa se ne occupa la SANITA' = che deve erogare i SERVIZI necessari per curare.

Questo tipo di equazione fondamentale si trascina dietro alcune altre rappresentazioni, di cui è necessario tenere conto nel processo di costruzione dei PePS, poiché vanno nella direzione di circoscrivere i temi della salute al contesto dell'organizzazione sanitaria, proprio laddove le finalità sarebbero invece quelle di superare questi confini e mettere la salute al centro di un contesto più ampio (sociale, economico, politico...).

Questo modo di vedere trascina con sè l'idea della centralità del tecnico, del medico, una visione oggettiva ed indiscutibile del dato, una certa separatezza operativa tra amministrazioni, territorio e organizzazione sanitaria.

Cos'è un PePS - In linea con il dettato di legge il PePS viene visto come uno strumento di programmazione. I partecipanti alla Ricerca hanno poi espresso specificazioni in ordine a **Obiettivi** a cui i PePS devono puntare, i **Soggetti** che lo devono predisporre, l'**Ambito territoriale**, le **Modalità** di costruzione, distinguendo tra Profili e Piani.



Cos'è partecipazione Emergono dall'indagine due modelli possibili di partecipazione:

Modello I

Vi sono alcuni che propendono per un modello di partecipazione **centrato sugli addetti ai lavori** con coinvolgimenti blandi dei soggetti territoriali, per lo più **per averne punti di vista e conoscenze**, o perché già coinvolti in attività, quindi tutto sommato in un ruolo abbastanza passivo.

Modello II

Altri si rappresentano il processo partecipativo come **coinvolgimento attivo di tutti i soggetti portatori di interesse in ogni fase** (conoscitiva, decisionale, nelle azioni). E' rilevante il come si sta nel processo: sentirsi parte, riconoscere gli altri ed essere riconosciuto.

Nel lavoro di riflessione che ha fatto seguito all'indagine si sono raggiunti accordi sufficientemente condivisi) sui seguenti punti:

1. una partecipazione ampia è necessaria se si vuole attivare una convergenza di sforzi, di azioni, di politiche per promuovere la salute;
 2. i soggetti cui spetta la costruzione del PePS sono sicuramente amministratori, i tecnici sanitari e del sociale, ma anche la comunità nel suo complesso fino ad arrivare ai singoli cittadini.
- “ ... Il PePS è lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio” [art. 14 del Dis. di Legge “Norme per la programmazione socio-sanitaria.

E' da sottolineare il richiamo alla **comunità locale** che rinvia a percorsi di lavoro capaci di coinvolgere le reti locali territoriali. Non si tratta di un compito da gestire in auto-referenzialità da parte dei Sindaci componenti il Comitato dei Sindaci di Distretto [d'ora in poi, in sigla CSD].

Questa interpretazione è rinforzata da quanto detto dal PSSR:

“.... la centralità delle cittadine e dei cittadini che, in quanto persone singole o gruppi sociali radicati in un territorio, sono titolari originari del diritto alla salute che va tutelato attraverso una vigile, assidua e per certi versi radicale partecipazione democratica.” [PSSR, Premessa, pagg. 2] “... l'orientamento

generale per la programmazione degli interventi di promozione della salute è infatti quello di valorizzare il ruolo preminente degli enti locali (democrazia delegata), garantendo la partecipazione attiva della comunità ai processi decisionali (democrazia deliberativa, partecipativa) e riservando ai servizi sanitari le funzioni di proposta, supporto e consulenza tecnica.

In questo quadro strategico si definisce pertanto, con sempre maggior chiarezza, il peso crescente delle politiche amministrative, prima ancora che quelle sanitarie, ai fini dell'impatto sulla salute della comunità ..." [PSSR, 3.2.1. Politiche per la salute, pagg. 51]

1. Questo non significa che tutti possano/debbano intervenire in ogni passaggio. La partecipazione va modulata a seconda delle fasi.

Di seguito viene riportato un esempio su come si possono sviluppare le varie fasi del processo di costruzione di un PePS

FASE	CHI	COSA	MODO
0. Informativa – premesse *	- I Sindaci - gli amministratori (Giunte e i Consigli Comunali) - tecnici ed operatori ASL, Servizi sociali, comunali	Informazione su: - cosa è un PEPS - differenze con PdZ - cosa intendere per "Salute" - Linee guida	Seminario a fine settembre/inizio Ottobre
1. Costruzione Profilo	I "tecnicci" I Sindaci gli amministratori (Giunte e i Consigli Comunali)	Concordare le domande a cui devono corrispondere i dati (decidere quali dati servono) Scegliere forme e modi di raccolta ed elaborazione dati Raccogliere i dati Predisporre una bozza di profilo Discutere ed interpretare i dati	- predisposizione di materiali - Riunioni e Seminari CSD - Consigli Comunali aperti o Commissioni Consigliari - Forum
2. Decidere priorità	I Sindaci gli amministratori (Giunte e i Consigli Comunali)		
3. Costruire progettualità	- i Sindaci - gli amministratori (le Giunte e i Consigli Comunali) - tecnici ed operatori ASL, Servizi sociali, comunali - i soggetti territoriali (volontariato, terzo settore, scuole, sindacati, ecc. ...) - cittadini "competenti"	Progettare i percorsi e le iniziative per cogliere gli obiettivi fissati dal Piano	Gruppi di Lavoro
4. Attuare i progetti	- i Sindaci - gli amministratori (le Giunte e i Consigli Comunali) - tecnici ed operatori ASL, Servizi sociali, comunali - i soggetti territoriali (volontariato, terzo settore, scuole, sindacati, ecc. ...) - cittadini "competenti" - cittadini tout-court	Attuare i percorsi e le iniziative progettate	Gruppi di Lavoro + articolazioni organizzative ad hoc

Il Ruolo degli amministratori

E' generalizzato il riconoscimento di un ruolo importante degli amministratori nella costruzione dei PePS. Questa importanza viene declinata però in due modi: una forma più "forte" ed intensa ed una più "debole" e sfumata.

Nel primo caso, viene affermata un'assoluta centralità derivante dal ruolo di decisori ricoperto dagli amministratori, in quanto possono impostare e integrare le politiche. Sono i titolari del processo, coloro che lo devono avviare e sostenere, ecc. operando in termini di **governance** e di partecipazione estesa, più che non come decisori autonomi e forti, dal momento che oggi è cambiata la percezione e la possibilità di esercizio dell'autorità.

Nel secondo, pur essendovi un riconoscimento di un ruolo importante, si sottolinea di volta in volta un ruolo di "soggetto cui spetta di esprimere ed articolare la domanda", di attore con proprie specifiche conoscenze e punti di vista, preziosi per sviluppare i profili, di rappresentanti di interessi, di chi può contribuire nella costruzione di idee, di chi può contribuire a decidere.

Per quanto riguarda il livello di informazione e di preparazione degli amministratori, è pressoché universale una rappresentazione negativa.

Per far sì che l'ente locale diventi un attore primario nel panorama della promozione della salute occorre quindi porre attenzione alla formazione dei decisori locali. Che non significa solo e soltanto occasioni di informazione e di acculturazione, ma soprattutto l'assunzione di modalità di lavoro non adempistiche, in cui si possa esplicitare punti di vista, costruire problemi condivisi, assumere decisioni consapevoli, significative, approfondite.

Ruolo dell'ASL. Si confrontano nelle percezioni dei partecipanti alla ricerca due modelli:

Modello I

Una prima rappresentazione (riferita soprattutto dagli operatori sanitari stessi) delinea **un ruolo di supporto** dell'ASL, centrato soprattutto sulla funzione di offerta di dati epidemiologici: *mettere a disposizione i dati, ruolo tecnico, fornire chiavi di lettura...*

Modello II

Una seconda rappresentazione (riferita soprattutto dal sociale e dal territorio) delinea **un ruolo di sostanziale centralità** degli operatori dell'ASL nel processo: *onere organizzativo, leadership, coordinamento, collegamento...*

Ruolo dei Consorzi. In generale vengono riconosciute **funzioni molto preziose** nel percorso di costruzione dei PePS:

A) Portatori di una competenza metodologica relativa ai processi di costruzione sociale di programmi derivante dall'esperienza dei Piani di Zona

B) Portatori di conoscenze e di dati:

a) in particolare quelli relativi alle fasce di disagio sociale: *"ci aiutano a tenere i piedi per terra"...*

b) attenzione alle attività sociali con rilevanza sanitaria e alle attività sanitarie con rilevanza sociale

Ruolo degli altri soggetti territoriali. Anche in questo caso vi sono diversi modelli che si confrontano:

Modello I

I soggetti territoriali partecipano alla **costruzione dei problemi** attraverso il loro contributo di conoscenza: *portano visioni dei problemi, testimoniano le percezioni di salute che attraversano i gruppi, forniscono uno sguardo esterno, sono memoria storica...* In questo modo contribuiscono anche ad **individuare soluzioni/proposte** di cui possono farsi **promotori e attori**.

La loro presenza e il loro contributo potrebbe essere previsto sin dai primi passi e in tutte le fasi: dalla costruzione del profilo, all'individuazione delle priorità, alla definizione delle azioni possibili, alla loro attuazione).

QUALI SOGGETTI SONO INDICATI	
Associazioni di volontariato	5
Scuole	5
Organizzazioni Sindacali	4
Soggetti portatori di interesse	3
Terzo Settore	3
Gruppi significativi per esperienza e competenza e sensibilità (ad es., associazione vittime della strada, Comitati di quartiere)	2
Associazioni sportive	2
Panocchie	2
Soggetti territoriali	1
Forze locali più rappresentative operanti sul territorio	1
Soggetti portatori di punti di vista o di particolari problemi che possano interessare il percorso del PePs	1
Associazioni	1
Associazioni di cittadini	1
Associazioni culturali	1
Associazioni giovanili	1
Singoli cittadini	1
Centri per l'impiego	1
Associazioni mediche	1

Il ruolo delle scuole è segnalato come importante, perchè costituiscono "un osservatorio privilegiato rispetto ai bambini e agli adolescenti".

Anche il coinvolgimento del Volontariato, dell'Associazionismo nelle sue diverse forme e delle Organizzazioni Sindacali è ritenuto importante.

Non molto citato il Terzo settore, che appaiono in alcuni casi come portatori di interessi.

6. Alcune "suggerimenti" su come fare il PePS

Un territorio che si predispone a costruire il proprio PePS deve far alcune scelte

1. decidere se vuole fare un Piano omnicomprensivo oppure un Piano mirato su alcuni obiettivi;
2. decidere quali tempi vuole assumere come "sufficientemente buoni" per sviluppare il percorso;
3. decidere come intendere la partecipazione (chi ? in quale fase ? in che modo ?) e le relative modalità.

Il Gruppo di ricerca è giunto alle seguenti conclusioni:

1. **Non piani omnicomprensivi, ma mirati su alcuni obiettivi prioritari e percepiti come "prendibili"** [ovvero relativi a determinanti prossimali su cui possono agire concretamente ed efficacemente i soggetti locali]: ad esempio, prevenire e/o ritardare le situazioni di non autosufficienza negli anziani, agendo su opportunità e stili di vita; ridurre l'incidentalità stradale; ridurre le situazioni di solitudine sociale e quindi i suicidi ed il ricorso ai servizi di salute mentale; prevenire l'obesità tramite l'educazione ad una alimentazione più consapevole; ridurre il rischio di tumori polmonari, agendo sulle abitudine al fumo; ecc. ...
2. **Non lavorare su dati, ma su problemi:** sono le domande che orientano la ricerca e l'uso di dati. Dati nella disponibilità dell'ASL, ma anche dei Comuni; non solo dati "oggettivi", ma anche relativi alle percezioni; non solo dati raccolti ed elaborati dai "tecnicici", ma espressi dai soggetti territoriali, ecc ...

Sulla salute (e sulle malattie) ciascuno di noi (non-medico, ma anche medico...vedi il fenomeno del fumo di sigaretta¹) ha delle "teorie ingenue" che orientano il comportamento e la lettura della realtà.

Inoltre il contesto sociale e i gruppi di appartenenza hanno un ruolo fondamentale nella costruzione delle mappe di riferimento di ciò che è "salute" e ciò che "salute" non è.

In un processo di costruzione partecipata, piuttosto che mettere al centro i "dati" (intesi come descrizioni oggettive della realtà), **diventa più utile mettere al centro i "problem**i", intesi come frutto di *costruzioni individuali e sociali*². Secondo questo punto di vista potremmo affermare che *i problemi hanno bisogno di essere pensati per esistere, non essendo dati naturali*. Questi non sarebbero un dato di realtà ma appunto un prodotto di costruzioni in cui s'intrecciano rappresentazioni di sé e del mondo, emozioni e razionalità, memorie, routines e pensieri, ricchezze e mancanze, idee del passato e prefigurazioni del futuro. Li possiamo ricordare, rivedere, ritrovare, perché già pensati da altri. Oppure li dobbiamo costruire. Per fare ciò, quindi per pensarli, individui e organizzazioni devono ricorrere a strumenti per pensare, quadri di riferimento, pezzi di pensieri. È necessario che qualcuno si rappresenti una concatenazione di elementi di eventi, d'ipotesi, all'interno di un quadro che le dia un senso e lo etichetti appunto come problema.

Alcune questioni critiche dal punto di vista della "costruzione partecipata" diventano allora: *come rendere far emergere, rendere visibili e valorizzare le rappresentazioni che circolano "nel sociale" e nei diversi gruppi rispetto i problemi della salute? Come far dialogare queste rappresentazioni con "dati quantitativi"?*

¹ Si veda il Quaderno n°5 della Commissione regionale Anti-Tabacco, *Smettere di fumare in Piemonte. Il ruolo dei Medici di Famiglia e dei centri per il Trattamento del tabagismo*, Regione Piemonte, Maggio 2008.

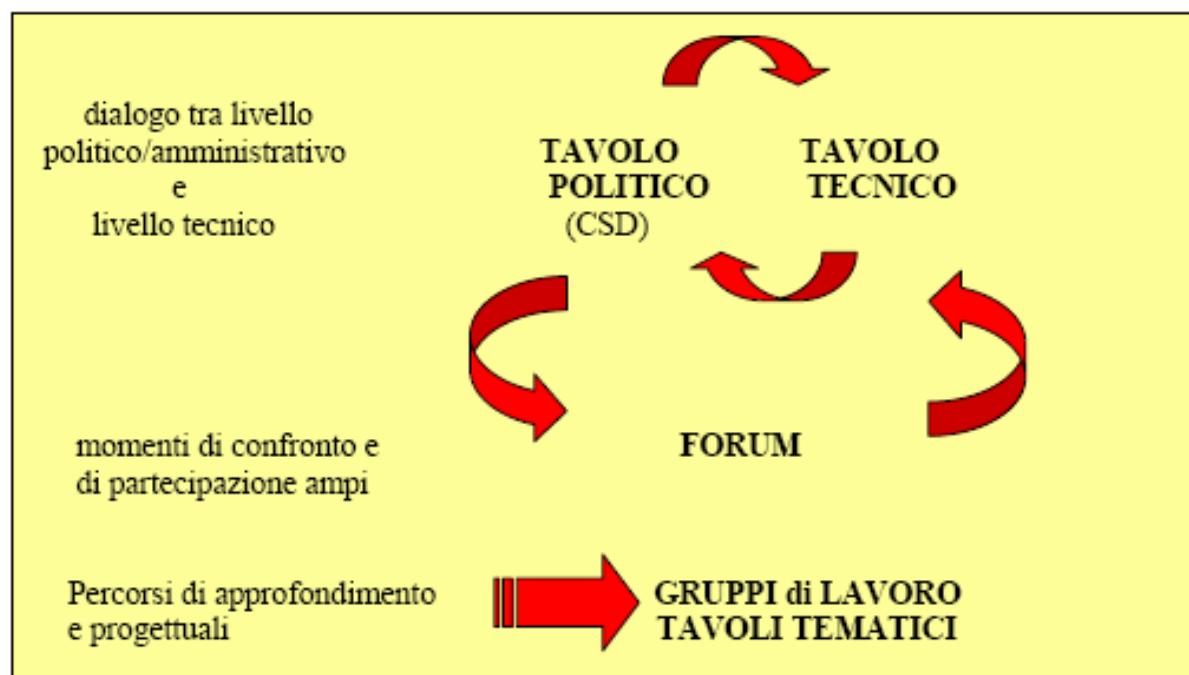
² Si veda Achille Orsenigo. "La costruzione dell'oggetto di lavoro e il modo di trattarlo nella progettazione" in La Progettazione sociale. Quaderni di Animazione e Formazione, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1999, pp. 104 – 110.

Grande cura andrebbe posta dunque ai processi attraverso i quali ciascuno e ciascun gruppo e ciascuna organizzazione porta il suo contributo alla definizione di "quale è" il problema.

Sui tratta di **favorire quelle condizioni che contribuiscono la co-costruzione** dei problemi in gioco:

darsi dei *luoghi e dei tempi per investire sulla conoscenza dei problemi*, prima di pensare alle soluzioni o alle attività e ai progetti; esplorare con libertà le *ottiche diverse* con cui le persone costruiscono i problemi, comprese le rappresentazioni affettive e gli attaccamenti di vario genere (professionali, personali, ideologici....) ad esse connesse; esplorare le ipotesi e le rappresentazioni dei problemi. Le persone si coinvolgono sul riconoscimento delle implicazioni (personal e non solo) di un problema, piuttosto che sulla proposta di azioni e interventi; rappresentarsi *esiti diversi in relazione ad attori diversi*. Se la co-costruzione è scambio fra attori diversi, allora ci saranno anche aspettative diverse, valutazioni diverse.... L'esito in ambito sociale non è (solo) l'azione in sé, ma soprattutto l'apprendimento che deriva da esso; molto valore acquista il processo, il percorso compiuto da ognuno e dai gruppi.

3. Affinchè un processo si sviluppi nel tempo è necessario che il territorio si doti di una organizzazione. Una Organizzazione Temporanea, leggera e flessibile, ma solida ed efficace. Una OT di questo tipo può prevedere modalità partecipative modulate secondo le fasi del processo, come evidenziato nella precedente tab. di pag. 10/11 e dal seguente schema.



7. SCHEMA di una organizzazione territoriale per la costruzione dei PEPS

- Per costruire i PEPS ci vuole una **organizzazione adeguata**.
- Il processo è **in capo al Comitato dei Sindaci** di Distretto.
- Serve accanto al momento politico** rappresentato dal CSD **un “motore” tecnico**: un Tavolo Tecnico [che allora va attentamente configurato, stabilendo chi ne deve far parte e indicandone il mandato].
- Per **far partecipare** i diversi soggetti previsti **bisogna articolare momenti e modalità secondo le diverse fasi del processo** (ved. Schema precedente).
- E' utile **determinare gli strumenti di comunicazione**, tra cui un sito dove trovare i materiali utili per le diverse fasi di lavoro.
- Occorre **prendersi cura della facilitazione del processo**, indicando chi se ne deve occupare. Per gli aspetti di sostegno di merito sicuramente l'ASL e coloro che hanno seguito il Corso regionale per facilitatori; per quanto riguarda gli aspetti di metodo (conduzione di gruppi, cura degli aspetti comunicativi e relazionali, presidio e cura della condivisione di senso, ecc.) ed organizzativi è necessario capire se possono/debbono coincidere con i facilitatori ASL oppure a chi affidare il compito.