

Politiche sociali 5

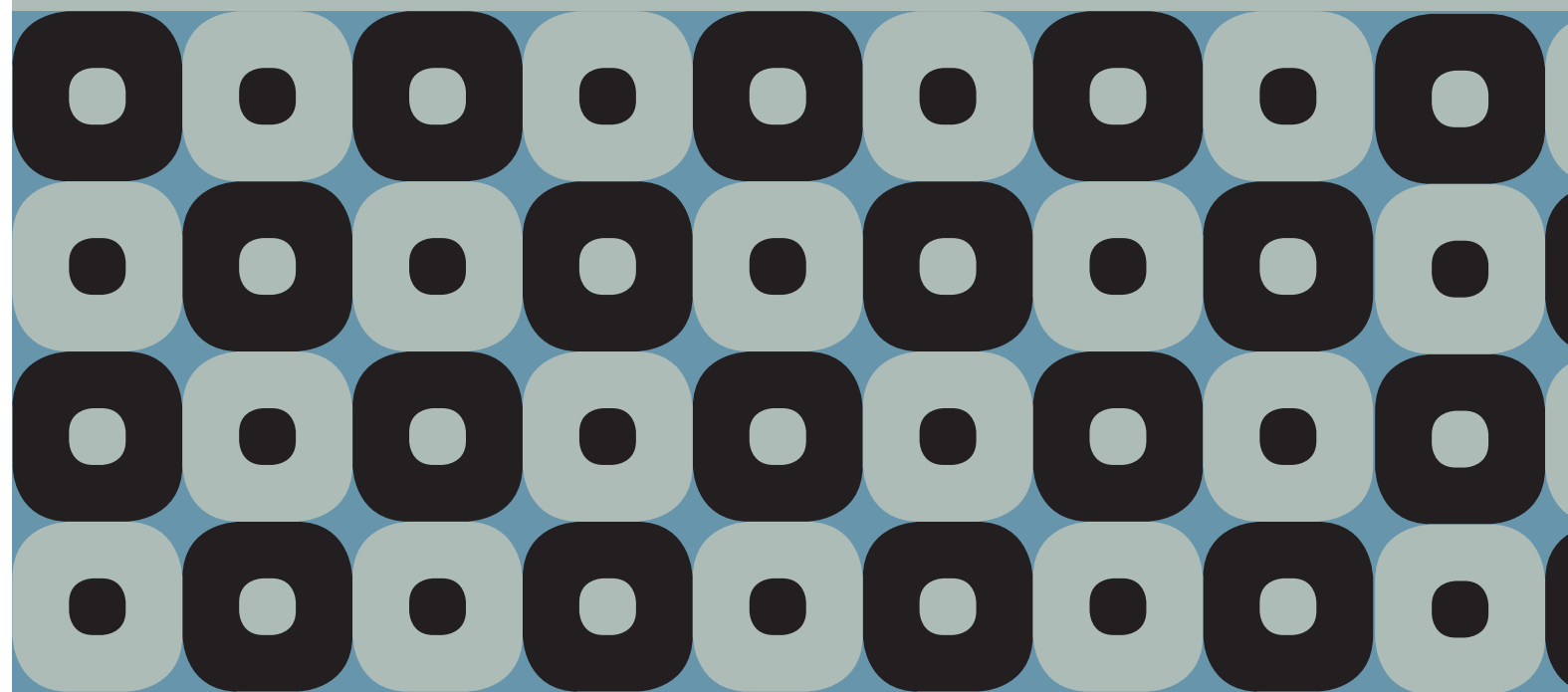
Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di

Alessandra Sannella e Franco Toniolo



Edizioni
Ca' Foscari



Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana diretta da
Stefano Campostrini

5



Edizioni
Ca' Foscari

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca
sulle Politiche Sociali (CPS)

Direttore scientifico

Stefano Campostrini (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Comitato scientifico

Luigi Benvenuti (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Silvio Giove (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Fabrizio Panozzo (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Dino Rizzi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Gaetano Ziliograndi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Alex Robertson (The University of Edinburgh, Scotland, UK)

David McQueen (Emory University, Atlanta, USA)

Direzione e redazione

Dipartimento di Economia

Università Ca' Foscari Venezia

Fondamenta San Giobbe, Cannaregio 873

30121 Venezia

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di
Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Venezia
Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing
2015

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation
Alessandra Sannella, Franco Toniolo (a cura di).

© 2015 Alessandra Sannella, Franco Toniolo

© 2015 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing per la presente edizione

Qualunque parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di recupero dati o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, senza autorizzazione, a condizione che se ne citi la fonte.

Any part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means without permission provided that the source is fully credited.

Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

Università Ca' Foscari Venezia

Dorsoduro 3246

30123 Venezia

<http://edizionicafoscarì.unive.it/>

ecf@unive.it

1a edizione settembre 2015

ISBN 978-88-6969-032-7 (pdf)

Progetto grafico di copertina: Studio Girardi, Venezia | Edizioni Ca' Foscari

Certificazione scientifica delle Opere pubblicate da Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: tutti i saggi pubblicati hanno ottenuto il parere favorevole da parte di valutatori esperti della materia, attraverso un processo di revisione anonima sotto la responsabilità del Comitato scientifico della collana. La valutazione è stata condotta in aderenza ai criteri scientifici ed editoriali di Edizioni Ca' Foscari.

Scientific certification of the works published by Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: all essays published in this volume have received a favourable opinion by subject-matter experts, through an anonymous peer review process under the responsibility of the Scientific Committee of the series. The evaluations were conducted in adherence to the scientific and editorial criteria established by Edizioni Ca' Foscari.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Sommario

Sen. Emilia Grazia De Biasi Sistemi socio-sanitari	9
Alessandra Sannella, Franco Toniolo Introduzione	11
INTERVENTI	
Carmine Clemente Verso quali diritti sociali nelle attuali dinamiche di welfare?	21
Cleto Corposanto, Beba Molinari Rilevare dati sul web: la cassetta degli attrezzi 2.0	33
Leonardo Altieri Progettazione e valutazione, tra 'buone prassi' e web	51
Alessandra Sannella Innovazione e sanità nel dibattito dello spazio europeo	67
Franco Toniolo Riflessioni sui sistemi sanitari e le nuove sfide	75
Pietro Paolo Guzzo Pensare la crisi tra sociologia e politiche di social innovation Appunti sul mutamento nei sistemi sanitari	81

ESPERIENZE

- Anna Apicella, Elio Gambardino, Lucia Tulimiero
Il modello per la sicurezza del paziente della ASL 2 Savonese: verso una organizzazione resiliente 99
- Silvia Cervia
Quando la partecipazione promuove social innovation: il caso del Consejo de Salud catalano 113
- Cordella Barbara, Greco Francesca, Natalia De Nigris, Angelita Castellani
La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma 133
- Rocco Di Santo
L'attività redistributiva dei servizi di welfare 153
- Maria Grazia De Vivo
Soli mai! 159
- Maria Femiano, Roberta Pelliccia
Metodologie e strumenti di lavoro per la riprogettazione e implementazione di un nuovo modello aziendale di Porta Unitaria di Accesso (PUA) 167
- Lucia Ferrara, Verdiana Morando, Alessandro Colombo
Cure a casa: indicazioni di policy per innovare l'integrazione socio-sanitaria 179
- Nadia Lodi
Riannodando i fili...
Un'analisi sociologica della Casa contro la violenza alle Donne di Modena 195
- Tiziana Mangarella
La costruzione della cultura della prevenzione in preadolescenza e adolescenza 203
- Pasquale Marino
La farmacia sociale
Un nuovo modello di farmacia attenta ai bisogni del cittadino 223

Giulia Palazzolo	
Le Società della Salute oltre la sperimentazione	
Innovazioni organizzative nel sistema socio-sanitario toscano	231
Claudio Poggi, Giovanni Fiore, Antonello Taranto	
Stili di vita e consumo di alcol secondo una ricerca condotta tra gli anziani della provincia di Bari	243
Giuseppe Tribuzio	
Solidarietà e comunità nell'integrazione socio-sanitaria	259
Appendice	
Storia della SISS	273
Profili degli Autori	275

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Quando la partecipazione promuove social innovation: il caso del Consejo de Salud catalano

Silvia Cervia (Università di Pisa, Italia)

Abstract Although the success of innovation relies on civic engagement and involvement in a vast array of interests, it is a long way from being clear what the best way to interest and entangle people is. Commencing with the community approach, a number of structural elements was identified, components able to make participation a growth driver for innovation and connected to two fundamental axes: the former is related to participation as a structured system, whereas the latter is linked to the rules that oversee the deliberative process. Through this key interpretation, the practices adopted by European countries in the healthcare sector have been analyzed and led to the identification of two main types of methods: those requiring the introduction of a stable participation and those relying on temporary processes. The analysis showed that each practice is adequate just for one of the two fundamental axes therefore completely inadequate for the other. The only exception is the Catalan Consejo de Salud.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Il frame comunitario. – 2.1. Verso un 'sistema strutturato' di partecipazione. – 2.2. La decisione come esito del processo collaborativo. – 3. Esperienze a confronto. – 3.1. Le pratiche a elevata strutturazione procedurale. – 3.2. La partecipazione stabile dei cittadini nel processo di decision-making. – 4. Il modello catalano fondato sul Consejo de Salud.

Keywords Civic engagement. Community approach. Social innovation.

1 Introduzione

Fin dalle prime elaborazioni, le teorie sulla social innovation hanno prestato molta attenzione agli aspetti di carattere processuale, in quanto connessi con la qualità dell'innovazione proposta e il suo grado di legittimazione sociale, andando così a stabilire una stretta relazione con il civic engagement, gli approcci deliberativi e le metodologie partecipative. Non è un caso, quindi, che l'*Open book* dedicato alla social innovation sottolinei questa connessione, che sarà poi sviluppata e articolata nel prosieguo del testo, fin dalle prime pagine:

In most cases the success of the innovation will rest on the participation and involvement of a wide variety of interests [...]. In the case of the public sector, the engagement of the public in the formulation of policy is even more crucial because it is tied up with issues of trust, legitimacy and representation. This raises many questions about the nature and

form of participation, e.g. what is the best way to engage and involve people? (Murray, Caulier-Grice, Mulgan 2010, p. 30).

In questa prospettiva, la partecipazione va configurandosi come una preziosa alleata del percorso di innovazione in quanto consente, da un lato, di estendere la legittimazione a prendere parte al consesso decisionale, coinvolgendo nuovi attori tradizionalmente marginali o periferici – superando sia il concetto di rappresentanza politica che quello di rappresentatività statistica – e, dall’altro, di incidere sulle regole di composizione dei punti di vista e degli interessi legittimamente rappresentati al tavolo decisionale.

Nonostante la centralità di questa connessione e il proliferare di esperienze che vedono il coinvolgimento diretto di cittadini, user e stakeholder, non è, tuttavia, ancora possibile rintracciare un’interpretazione univoca su quali siano i caratteri concreti che le pratiche di partecipazione sono chiamate ad assumere per sostenere l’innovazione sociale. Infatti, nonostante i rimandi frequenti alla partecipazione – in ragione della sua pretesa capacità di favorire l’empowerment dei cittadini, della presunta connessione con approcci comunitari e con modalità decisionali nuove e fondate sul consenso – non è ancora chiaro come tradurre quelle indicazioni e auspici in pratiche concrete. Per quanto, infatti, tali connessioni esistano, sarebbe sbagliato, e anche pericoloso, considerarle intrinsecamente legate al concetto di partecipazione, che rimanda, invece, a un’area semantica ambigua e polimorfa (Cotta 1979; Arrigo 1987; Day 1997; Roberts 2004), e necessita, pertanto, di specifiche e chiarimenti capaci di orientare il coinvolgimento dei cittadini in una direzione piuttosto che in un’altra (Cervia 2014).

Il capitolo intende addentrarsi in questo percorso, utilizzando le connessioni evidenziate dalla letteratura sulla social innovation per sciogliere i nodi teorici e fornire indicazioni concrete sulla strada da percorrere. Ci addentreremo, quindi, lungo un sentiero ancora inesplorato, con l’obiettivo di individuare le caratteristiche fondamentali e distintive di pratiche di partecipazione al processo di elaborazione delle policy sanitarie atte a promuovere social innovation, per entrare poi nel merito dei risultati dell’analisi e illustrare le peculiarità del Consejo de Salud catalano e le ragioni che sottendono alla scelta di quel modello quale best practice europea.

2 Il frame comunitario

Le indicazioni utili ai fini del percorso di definizione del concetto di partecipazione quale pratica di innovazione sociale ruotano attorno all’approccio comunitario, ivi compreso il rimando all’empowerment e a nuove modalità decisionali, fondate sulla costruzione del consenso piuttosto che

sulla composizione negoziale degli interesse in campo. Queste indicazioni si iscrivono, infatti, all'interno di uno stesso modello interpretativo, la Community Health Governance – così definita dal Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health della New York Academy of Medicine – che contribuisce a fornire tanto una cornice concettuale unitaria quanto declinazioni stringenti dei riferimenti utilizzati a corollario del concetto di partecipazione.

L'approccio comunitario pone, infatti, l'accento su processi di apprendimento collettivo di carattere trasversale che, attraverso il coinvolgimento della comunità locale e delle strutture di sanità pubblica all'interno di percorsi di collaborazione, si propongono di individuare soluzioni alternative e di attivare risorse inedite per far fronte alle questioni sanitarie (anch'esse individuate attraverso processi collettivi e consensuali). La Community Health Governance si fonda su principi inclusivi, nei quali gli attori decisionali non sono più organi monocratici, affidati a 'saperi esperti', ma reti di stakeholder pubblici e privati che concorrono alla formulazione e implementazione delle politiche e necessitano per funzionare che tutti gli attori siano in grado di agire attivamente e consapevolmente il proprio ruolo. Da questo punto di vista, solo la partecipazione *comunitaria* ai processi di programmazione concertata dei servizi – secondo una logica di co-produzione delle politiche sociali che tenda a rafforzare la posizione del cittadino quale attore attivo della vita pubblica – può diventare un'occasione per ripensare il welfare state.

La letteratura sulla governance e, in particolar modo, le elaborazioni che si sviluppano a partire dal lavoro di Janet Newman, offrono un contributo fondamentale per comprendere cosa significhi riferirsi al *frame collaborativo* nella gestione di un network. Nel testo del 2001, infatti, l'Autrice introduce il concetto di gestione collaborativa del network, per identificare quelle strategie di governo fondate su partecipazione e processi di empowerment e di capacity building locale, e propone una definizione del concetto di partecipazione 'per differenza', sottolineandone le peculiarità rispetto a un altro principio che regola il coinvolgimento di cittadini e stakeholder: la *partnership*.

Infatti, secondo Newman (2001), quest'ultimo postulato è volto a garantire una maggiore trasparenza del processo di negoziazione e mediazione degli interessi particolari. I soggetti coinvolti sono selezionati in ragione della loro parzialità e specificità; questo vale sia nel caso che siano 'chiamati a partecipare' dall'Autorità Pubblica o che si siano auto-proposti. Attraverso la partecipazione, invece, ci si colloca all'interno di un meccanismo di tipo partecipativo-riflessivo e la cornice di riferimento rimanda alla democrazia partecipativa: l'obiettivo qui perseguito riguarda l'aumento della legittimità democratica della decisione adottata. In questo caso i cittadini sono chiamati a esercitare il proprio diritto di cittadinanza. Non si tratta di negoziare tra interessi individuali o di categoria, quanto

piuttosto di comporre assieme un quadro conoscitivo il più completo possibile per acquisire, sviluppare e far emergere una visione, una lettura, una posizione quanto più condivisa possibile.

L'elaborazione di Newman è stata ulteriormente affinata e precisata da Ansell e Gash, cui faremo riferimento, in quanto la loro elaborazione ha il merito di fornire una visione olistica delle implicazioni connesse al frame collaborativo, definito come quell'assetto di network in cui una o più agenzie pubbliche coinvolgono direttamente stakeholder privati, in un processo decisionale collettivo, orientato al consenso, e deliberativo, diretto all'implementazione di politiche pubbliche o alla gestione di programmi di intervento (2007).

2.1 Verso un 'sistema strutturato' di partecipazione

Il modello collaborativo implica l'iniziativa pubblica orientata ad allargare la base decisionale anche a soggetti privati. È interessante evidenziare come i due Autori non si limitino a prevedere il coinvolgimento dei portatori di interessi rilevanti, ma prevedano la partecipazione, accanto ai gruppi organizzati, anche di privati cittadini. L'approccio collaborativo si connota in ragione del disconoscimento del monopolio della rappresentanza degli interessi, da parte degli attori ammessi al tavolo del negoziato, in favore dell'inclusione di una gamma più variegata di soggetti, che non vengono ad essere connotati quali rappresentati esclusivi del settore di riferimento. Interessante è, inoltre, notare come il sistema di rappresentanza sia aperto anche alla partecipazione non solo di soggetti collettivi ma anche di cittadini *uti singuli* (Fung, Wright 2001). L'approccio in esame, infatti, si caratterizza per considerare quale obiettivo della partecipazione il coinvolgimento di quegli attori che sono solitamente ai margini della partecipazione politica e sociale, rifiutando di riconoscere nella rappresentanza mediata dalle associazioni una garanzia della rappresentatività del consesso (Allegretti 2008; Morlino 2003; Paci 2008).

In riferimento al grado di coinvolgimento all'interno del decision making, la definizione chiarisce che non può darsi processo collaborativo se il coinvolgimento è meramente consultivo: la collaborazione implica una comunicazione bidirezionale e deve promuovere un circuito di influenza reciproca tra le parti coinvolte. Un coinvolgimento di questo tipo è orientato a costruire una responsabilità condivisa tra i soggetti, anche qualora l'autorità ultima resti in capo all'ente pubblico, ed esige una collaborazione estesa a tutte le fasi del processo decisionale (Freeman 1997). Questo elemento consente di tematizzare un'ulteriore differenza tra partecipazione e partnership. Le partnership sono infatti orientate a realizzare un coordinamento tra le azioni dei diversi partecipanti al network, non implicano e non necessitano di processi decisionali di tipo collettivo né tanto meno

collaborativo. Il contenuto della decisione può essere definito attraverso singoli accordi bilaterali o attraverso percorsi decisionali che si fondano sui rapporti di forza e sulle risorse messe a disposizione o potenzialmente attivabili dai singoli partner. Al contrario, l'approccio collaborativo si fonda sull'istituzionalizzazione di un processo decisionale collettivo (Rummeny 2006).

Simili elaborazioni teoriche riconoscono una rilevanza centrale alla traduzione delle prassi e dei percorsi partecipativi in strutture decisionali formalizzate. Da questo punto di vista, la collaborazione dovrà tradursi in un 'sistema strutturato' di partecipazione (Padilla, Daigle 1998), nel quale le attività comuni sono sostenute attraverso la condivisione di risorse (Walter, Petr 2000).

Per quanto la pregressa storia di collaborazione o scontro tra i soggetti pubblici e privati di un determinato territorio rivesta un ruolo importante nel facilitare o disincentivare lo sviluppo di un approccio comunitario (Andranovich 1995; Gray 1989), il rispetto dei principi collaborativi, nella definizione del network, rappresenterebbe un potente veicolo di empowerment e di costruzione di capitale sociale e sarebbe, pertanto, in grado di esprimere effetti coesivi e di capacity building in qualsiasi contesto (Ansell, Gash 2007).

La legittimità e la forza vincolante della decisione assunta dal forum partecipativo, espressione del network, sono condizionate dal *grado di inclusività/rappresentatività* dei soggetti partecipanti. È quindi importante che le autorità pubbliche individuino dei metodi e delle strategie utili ad allargare la partecipazione a tutti, specialmente ai soggetti più deboli e svantaggiati, fino a ricomprendere i portatori dei punti di vista antagonisti. L'esclusione di questi ultimi, in particolare, rischia di delegittimare l'intero percorso e di decretarne il fallimento.

Tuttavia, si dovrà considerare come la composizione del panel non dipenda unicamente dall'autorità pubblica, ma necessiti di una libera e volontaria adesione dei soggetti privati; da questo punto di vista rileva quindi la motivazione a partecipare. La letteratura in materia ha evidenziato come le asimmetrie di potere rappresentino un potente fattore di rafforzamento dell'esclusione, spingendo i soggetti marginali a restare fuori dal network (Gray 1989), ma ha sottolineato anche l'importanza del ruolo delle aspettative dei soggetti privati rispetto alla capacità del sistema strutturato di partecipazione di avere un impatto effettivo sui contenuti delle politiche (Brown 2001),¹ efficacia che viene valutata anche in relazione alle risorse di tempo ed energie richieste per partecipare (Bradford 1998). Tale disponibilità risulta, inoltre, inversamente correlata alle alternative, a disposizione

¹ Questa disponibilità diminuisce sensibilmente, per poi sparire nel momento in cui i soggetti del network percepiscono la loro partecipazione come una mera ritualità (Futrell 2003).

degli stessi soggetti, di influenzare la decisione finale; in presenza di tali possibilità i privati prediligono queste vie (attività di lobby, contatti preferenziali, ecc.; Khademian, Weber 1997) preferendo perseguire il/i proprio/i obiettivo/i al di fuori del processo collaborativo (Logsdon 1991).

2.2 La decisione come esito del processo collaborativo

Da un punto di vista procedurale, il principio della collaborazione prevede che i forum partecipativi siano orientati ad assumere delle decisioni fondate sul consenso tra i partecipanti (Connick, Innes 2003). Questo orientamento implica l'adozione di una specifica modalità di decision-making che, rispetto ad altre forme di composizione di interessi, si presta a individuare le aree di accordo. La composizione degli interessi operata attraverso la formula collaborativa, infatti, non assume gli interessi dei partecipanti come punto di partenza per una negoziazione distributiva o posizionale del tipo *winner-take-all* o comunque tale per cui i vincitori ottengono la soddisfazione di parte dei loro interessi a discapito di altri (Busenberg 1999), ma predilige tecniche orientate alla negoziazione integrativa o creativa, dove l'obiettivo è superare lo scontro fondato sugli interessi costituiti, per lavorare sui bisogni dei soggetti superando il *gioco a somma zero* in favore di un *gioco a somma positiva*, dove tutti riescono a ottenere qualche vantaggio (Sclavi, Susskind 2011). Questa è, infatti, la condizione indispensabile per poter raggiungere posizioni condivise. Perché questo sia possibile è importante che il processo decisionale consenta ai partecipanti di sviluppare una lettura e una visione comune (Ansell, Gash 2007).

Il *processo* che conduce alla decisione dovrà, quindi, configurarsi come ciclico, o riflessivo, nel senso che l'architettura della procedura decisionale deve consentire al network di apprendere dalle precedenti esperienze (Huxham 2003). Per questo, l'interazione faccia-a-faccia diventa una condizione necessaria, per quanto non sufficiente, in modo da favorire l'abbattimento delle barriere tra i diversi soggetti e facilitare il superamento dei pregiudizi reciproci (Ansell, Gash 2007). L'obiettivo intermedio del network deve essere quello di sviluppare relazioni di fiducia, senza le quali è molto difficile arrivare a una decisione consensuale. La convinzione da parte dei partecipanti che la collaborazione sia la strada migliore da intraprendere per ottenere la decisione più soddisfacente possibile condiziona l'impegno dei partecipanti nel processo, il sentimento di appartenenza e anche il senso di responsabilità di ciascuno in merito ai contenuti finali.

Per questo le istituzioni sono chiamate, oltre che a definire la struttura e l'architettura del network, a farsi carico del funzionamento e della corretta applicazione e rispetto dei principi e delle regole da lei stessa definite (Imperial 2005; Fung, Wright 2001). L'elemento critico per il successo dell'approccio collaborativo è rappresentato dalla gestione dei network e,

per questo, la letteratura tende a imputare in capo all'autorità pubblica la responsabilità di attribuire questa funzione a un mediatore (*facilitatore*) che, per poter assolvere ai propri compiti, deve essere collocato in una posizione di terzietà. A lui è affidato il rispetto delle regole processuali che rappresentano il fattore critico dell'intero assetto di governance. La sua funzione di garante e agente delle regole processuali favorisce un equo svolgimento del processo decisionale, evitando asimmetrie di potere e di informazione, che espongono il processo a utilizzi strumentali e manipolatori (Ansell, Gash 2007). La centralità di questa figura risulta inversamente proporzionale alla diffusione di un clima pregresso di collaborazione e di un elevato capitale sociale, a garanzia della trasparenza delle regole e delle informazioni, per facilitare il dialogo e sostenere processi di empowerment, in particolare dei soggetti più deboli presenti al tavolo.

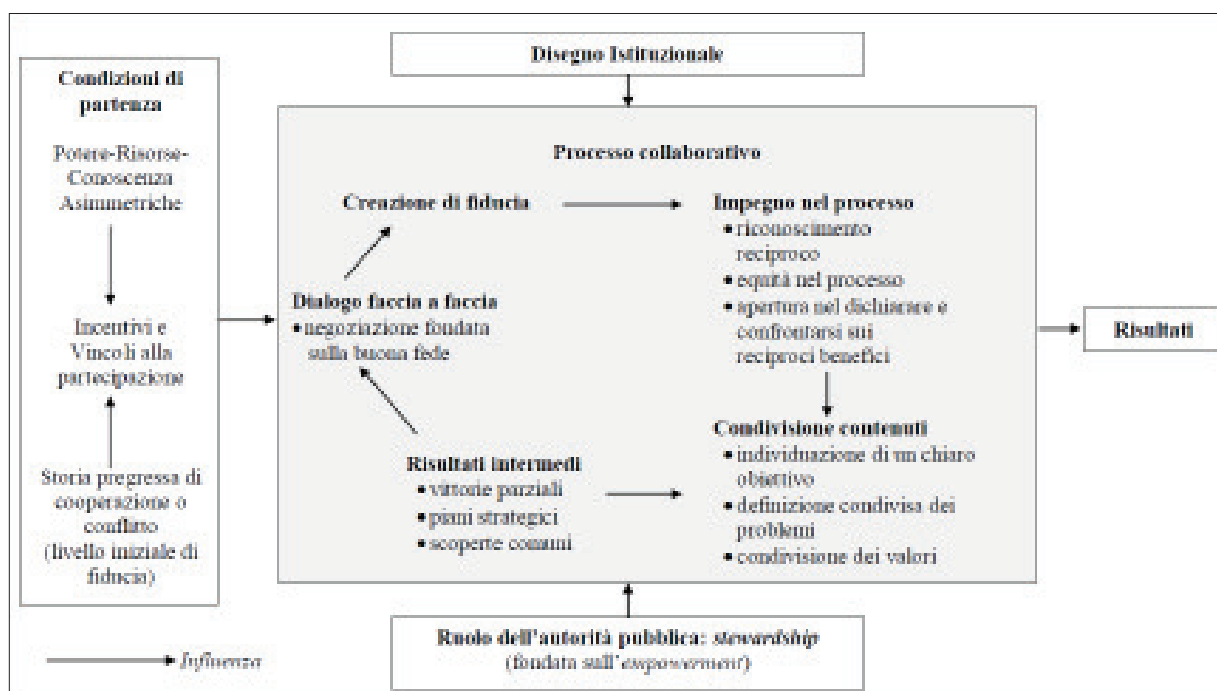


Figura 1. Modello di governance comunitaria (Ansell, Gash 2007).

Alla luce del *frame collaborativo*, quindi, possiamo riconoscere la centralità, da un lato, della trasposizione del percorso partecipativo in un assetto decisionale stabile, in grado di favorire l'empowerment di ciascun partecipante e del network, e, dall'altro, dell'attenzione alle regole e procedure che sovrintendono allo scambio interno alla rete e alle modalità di composizione dei punti di vista nella decisione finale. Perché la partecipazione possa definirsi comunitaria, e quindi capace di produrre social innovation, deve essere declinata in un disegno normativo-regolamentare che, in quel dato contesto, sia capace di tradurre in vincoli istituzionali le caratteristiche anche di tipo processuale appena ricordate.

3 Esperienze a confronto

Limitandoci a osservare le pratiche diffuse nel continente europeo, abbiamo potuto rilevare una pluralità di approcci molto diversi tra loro, che non sembrano, tuttavia, in grado di strutturare un sistema di partecipazione equilibrato, nel rispetto di entrambe le dimensioni appena ricordate.

L'individuazione delle caratteristiche connotanti l'approccio comunitario, ci ha consentito di categorizzare le pratiche europee in tre differenti idealtipi: nel primo tipo collochiamo le esperienze che prestano estrema attenzione al secondo aspetto e trascurano quasi del tutto il primo; nel secondo e terzo tipo confluiscono le pratiche che, al contrario, si focalizzano sul primo aspetto a discapito del secondo ma che, adottando due prospettive tra loro irriducibili, danno vita a idealtipi teorici distinti.

3.1 Le pratiche a elevata strutturazione procedurale

Il primo esempio di pratiche partecipative a elevata strutturazione procedurale è rappresentato dalle *citizens' juries* che, a partire dagli anni Novanta, hanno fatto la loro comparsa in Gran Bretagna, sulla scorta delle pratiche sviluppate degli Stati Uniti.²

Si tratta di esperienze pilota, la cui organizzazione è strettamente legata alla rilevanza e al grado di conflittualità sollevata dalla questione oggetto del processo. Tipicamente, quindi, affrontano questioni molto rilevanti e importanti. Pur occupandosi di tematiche centrali, le giurie di cittadini-svolgono un ruolo consultivo:

le conclusioni sono sistematizzate in un rapporto [...] consegnato all'autorità sanitaria committente. Le conclusioni includono raccomandazioni operative di cui i manager del distretto possono tener conto, anche se non sono vincolanti (Serapioni 2002).

Nonostante ciò, le raccomandazioni espresse dalle giurie sono spesso riuscite a influenzare i processi decisionali delle autorità sanitarie. Infatti, riducendo le asimmetrie informative tra i cittadini partecipanti e le autorità sanitarie (p. 229), sono state in grado di mettere i cittadini nella condizione di esprimere pareri informati e, quindi, pertinenti, che hanno trovato ascolto presso le istituzioni. I partecipanti alla giuria (di solito si tratta di un gruppo composto da 12/24 persone) vengono selezionati mediante una strategia di campionamento casuale stratificata, in modo da

² Per un inquadramento teorico dello strumento, nonché per alcune riflessioni sulle concrete esperienze di realizzazione di *citizens' juries*, rimandiamo al saggio dedicato da Rodolfo Lewanski all'applicazione di questo strumenti nel nostro Paese (Lewanski 2006).

costituire un microcosmo rappresentativo della popolazione di riferimento. Questo concetto di rappresentanza declinata in senso statistico attribuisce ai partecipanti una legittimazione individuale, in quanto si assume che la loro stessa presenza e partecipazione al processo decisionale costituisca una garanzia sufficiente dell'espressione del punto di vista del 'gruppo sociale' che rappresentano. L'elemento dell'extra-ordinarietà della loro convocazione, collegato all'eccezionale rilevanza e criticità dell'oggetto della discussione, rappresenta, però, anche il principale elemento di criticità in termini di controllo/trasparenza, in merito all'intero processo di decision-making pubblico. I giurati sono esposti a un grande flusso di informazioni attraverso una pluralità di canali (documentazione fornita dagli organizzatori, testimonianze delle parti interessate e/o di esperti), relativamente alla questione da affrontare, nonché a un processo dialogico orientato all'adozione di una risoluzione condivisa, che assume la forma di un 'verdetto' (Serapioni 2002).

La giuria di cittadini si riunisce, si informa e si confronta, fino ad arrivare a una decisione comune, secondo una procedura decisionale plasmata sul modello classico della giuria, e, per la durata del suo mandato, agisce con un elevato grado di indipendenza dall'autorità sanitaria committente.

I giurati possono contare su un circuito informativo mirato e aperto, supportato da elevate dotazioni di risorse economiche e umane, messe a disposizione dal committente. Si tratta di un investimento reso possibile dalla sua preventivabilità, in relazione alla predefinita durata dello svolgimento di una citizens' jury che si articola, tipicamente, in cinque giorni. Per quanto predefinito, si tratta tuttavia di un investimento significativo che sembra ostacolare l'estendibilità del metodo (Serapioni 2002). In riferimento alla dinamica partecipativa, questo tipo di metodologia garantisce un'elevata qualità di relazioni, che si sviluppano all'interno del consesso decisionale grazie all'elevata circolazione di dati e alla co-costruzione delle informazioni all'intero del consesso, in un ambiente orientato alla riduzione delle asimmetrie informative di partenza. Ancora una volta, però, tale beneficio rimane circoscritto alla sola cerchia dei giurati. Infatti l'assunzione del concetto di rappresentanza statistica annulla del tutto le possibilità che i membri della giuria possano svolgere qualsivoglia funzione - sia essa informativa, comunicativa o partecipativa - presso la comunità locale.

La partecipazione a elevata strutturazione procedurale ha visto, nel contesto francese, una specifica declinazione, che, pur prendendo le mosse dall'esperienza canadese delle *audience publiques* (Revel et al. 2006), si è andata progressivamente definendo come modello partecipativo a sé. Si tratta del *débat public* che è stato introdotto con la legge Barnier del 1994 (relativa alla protezione dell'ambiente), parzialmente modificata nel 2002 dalla legge n. 276 (relativa alla *démocratie de proximité*), come strategia per condividere con i cittadini residenti l'opportunità della realizzazione di una grande opera pubblica ed eventualmente anche la sua progettazione.

Con il tempo, l'applicazione di questo metodo è andata estendendosi ben oltre l'ambito della progettazione, arrivando a essere applicata nell'elaborazione di progetti di legge e utilizzata anche in ambito sanitario, sia a livello locale che nazionale.

Da un punto di vista formale quindi il *débat public* trova la propria legittimazione nella legge n. 276 del 2002 e nella previsione dell'estensione dell'applicazione di questo metodo al settore sanitario grazie alle leggi n. 806/2004 e n. 879/2009 che legittimano la Conférences Nationale de la Santé (CNS) e le Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) a proporre l'organizzazione di *débats publics* su temi legati alla salute, sia a livello nazionale che a livello regionale. Tuttavia nulla vieta che la stessa Commission Nationale du *Débat Public* o altre istituzioni nazionali e locali, ma persino sindacati e associazioni, possano proporre un dibattito su questioni sanitarie.³ Per loro stessa natura i *débat public* sono processi partecipativi ad hoc, che non danno vita a organismi o processi continuativi.

La natura e le radici storiche del metodo ne fanno uno strumento di informazione e di consultazione molto potente. Infatti, nonostante l'attribuzione formale di un ruolo meramente consultivo l'esperienza francese dei *débats* relativi alle grandi opere pubbliche ha dimostrato che sono spesso riusciti a influenzare in modo decisivo i contenuti della decisione politica. L'oggetto del dibattito può spaziare dalla fase preliminare del processo decisionale fino alla valutazione della qualità dei servizi ed è solitamente ben definito, in quanto si tratta di processi ad hoc, convocati per affrontare una specifica e delicata questione. Per questo il *débat public* è per questo preceduto da un'ampia e capillare campagna di informazione orientata a raggiungere e coinvolgere tutta la popolazione di riferimento, che può partecipare a titolo individuale o collettivo. Tuttavia il processo di auto-selezione determina spesso una iper-rappresentazione degli interessi e punti di vista precostituiti (Mouterde, Prout, Massot 2011). In ragione del carattere di sporadicità del *débat*, è importante che il processo partecipativo fornisca preliminarmente tutte le informazioni necessarie perché tutti i cittadini, partecipanti e non, possano seguire l'intero iter decisionale.

L'architettura partecipativa di questi percorsi è molto ben definita. Va tenuto presente che non si tratta di un processo deliberativo in senso stretto in quanto non ci si propone di giungere a una decisione comune o collettiva. Le regole di gestione sono però tutte orientate a garantire lo sviluppo dei due presupposti habermasiani di competenza ed equità. Pertanto, si tratta di processi che, a loro volta, necessitano di essere svolti

³ Per una ricognizione dettagliata dei dibattiti pubblici svoltisi in Francia in ambito sanitario rimandiamo al lavoro di Mouterde, Prout, Massot 2011.

in un contesto neutro, che garantisca la libera espressione di tutti i punti di vista e ostacoli eventuali meccanismi distorsivi. È, infatti, richiesta la

«présence d'un comité de pilotage, d'un garant, d'un comité scientifique...; indépendance de l'autorité organisatrice, gel des décisions publiques pendant la durée du débat» (Mouterde, Prout, Massot 2011, p. 68).

Tuttavia, la pratica sviluppata in ambito sanitario dimostra come questo requisito sia, troppo spesso, disatteso dalle esperienze concretamente realizzate (Mouterde, Prout, Massot 2011). L'elevato grado di formalizzazione della procedura e del metodo consentono una chiara individuazione delle risorse necessarie per la sua realizzazione che viene avviata solo in presenza di dotazioni (economiche e non) sufficienti. Come abbiamo detto, non si tratta di contesti decisionali e non è quindi prevista alcuna modalità di assunzione della decisione comune, mentre è già sufficientemente chiaro, da quanto abbiamo detto, che ciascun partecipante è stimolato a esprimere il suo specifico punto di vista, sia esso individuale o espressione di una soggettività più ampia. Pertanto, nonostante la qualifica attribuita al *débat public* dallo stesso ordinamento francese che, disciplinandolo all'interno degli strumenti di *démocratie de proximité*, gli riconosce una valenza di democratizzazione, è evidente che si tratta di uno strumento capace di aumentare la razionalizzazione delle scelte pubbliche, offrendo una occasione concreta di confronto con gli interessi costituiti e quindi la possibilità per le istituzioni di compiere una scelta che tenga in considerazione anche questi elementi.

Nonostante le esperienze realizzate in Francia siano ormai numerose, la loro percezione da parte della popolazione rimane molto scarsa e il settore sanitario continua a essere percepito come un ambito di competenza dei saperi esperti, rispetto ai quali ci si riserva il potere di adire le autorità giudiziarie in caso di contenzioso (Mouterde, Prout, Massot 2011).

3.2 La partecipazione stabile dei cittadini nel processo di decision-making

All'interno del secondo gruppo, è possibile individuare una forte discrasia tra la declinazione che il principio di partecipazione dei cittadini/utenti ha avuto nei Paesi di matrice *bismarkiana* rispetto a quelli di matrice *beveridgiana*. Nei primi, infatti, l'interpretazione si fonda sull'approccio corporativo, piuttosto che collaborativo, per cui la voce di pazienti e utenti dei servizi sanitari si manifesta essenzialmente attraverso l'azione delle loro stesse organizzazioni, considerate attori legittimi del sistema di rappresentanza degli interessi e da questo incorporate. In questi Paesi predominano organismi di partecipazione che sono, in realtà, camere di concertazione tra portatori di interessi potenzialmente confliggenti, nelle quali le orga-

nizzazioni dei consumatori/pazienti fungono da contrappeso rispetto ai rappresentanti dei fornitori dei servizi e delle assicurazioni. Per questo, in Germania e Olanda, lo Stato si è fatto carico di sostenere la capacità di lobby di queste organizzazioni: nella prima includendo loro rappresentanti all'interno di alcuni organismi, tra i quali il più importante è senz'altro il Comitato Federale Congiunto (Gemeinsamer Bundesausschuss); nella seconda supportando direttamente l'organismo di coordinamento tra le organizzazioni, ovvero la Federazione Nazionale dei Pazienti e Consumatori (NPCF).

L'approccio corporativo rimane anche nel Paese che ha maggiormente ibridato la matrice bismarkiana, ovvero la Francia. Nonostante le riforme più recenti costruiscano un modello di partecipazione molto più articolato e strutturato rispetto ai due Paesi appena citati, quest'ultima è rimasta sostanzialmente ancorata alla matrice corporativa. Infatti all'interno delle già citate CRSA, i rappresentanti degli utenti dei servizi sanitari e socio-sanitari siedono accanto a quelli delle istituzioni locali, delle conferenze territoriali, dei partner sociali, degli attori della prevenzione e della formazione, dei fornitori dei servizi di salute e di soggetti esperti.

Dal punto di vista della social innovation, le perplessità maggiori circa l'idealtipo tipico dei Paesi di matrice bismarkiana riguardano l'acquisizione di un modello decisionale fondato sulla negoziazione, anziché sulla collaborazione. Da qui deriva l'identificazione della voce dell'utenza in quella dei gruppi organizzati e associazioni costituite. Tuttavia, si dovrà considerare criticamente anche l'assunzione di un peso e di una 'capacità contrattuale' simile tra tutti gli attori coinvolti nel processo di negoziazione degli interessi. Elemento, sul quale, negli ultimi anni si sta comunque cercando di intervenire, attraverso iniziative governative volte a colmare la profonda asimmetria di potere e di conoscenza che separa i rappresentanti degli utenti dagli altri attori in campo. L'istituzione di una unità di supporto in Germania e il sostegno pubblico al Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) in Francia muovono certamente da questa consapevolezza. Entrambi, infatti, hanno il compito di formare e informare adeguatamente i rappresentati di utenti e consumatori perché possano svolgere più efficacemente il ruolo che sono chiamati a ricoprire. Nella stessa direzione può essere letta l'istituzione all'interno del CRSA francese di una commissione ad hoc dedicata ai diritti degli utenti e composta per la metà da rappresentanti di pazienti e consumatori.

Molto più vicino all'approccio collaborativo risulta essere il terzo idealtipo, di matrice britannica. In questo Paese, infatti, le istanze partecipative hanno condotto, fin dagli anni Settanta, all'istituzionalizzazione di organismi stabili di coinvolgimento dei cittadini utenti nel processo di decision-making sanitario (Community Health Council). Il nuovo secolo ha aperto la strada a un rinnovato interesse per questo tipo di soluzioni, al punto che, a partire dalla seconda metà del primo decennio, abbiamo assistito

alla completa revisione del sistema di partecipazione in Gran Bretagna (dove oggi esistono modelli differenti e indipendenti in ciascuna area del Paese: Scozia, Galles e Inghilterra) e all'introduzione di organismi stabili di partecipazione in Spagna, nelle Comunità Autonoma di Castilla-La Mancha e di Catalogna, e in Italia, dove, accanto all'esperienza dei Comitati Consultivi Misti dell'Emilia, dobbiamo ora annoverare anche la Toscana.

In questi casi, l'impostazione collaborativa emerge con chiarezza dalla comune istituzionalizzazione di processi partecipativi, la cui esistenza viene così sottratta alla disponibilità delle autorità competenti, dai dispositivi dedicati ad agganciare la rappresentatività dei partecipanti alla comunità locale, che garantisce una legittimazione a partecipare, tanto di tipo individuale che collettivo, nonché dalle previsioni orientate a blindare l'indipendenza di questi organismi dalle autorità sanitarie.

Decisamente poco coerenti con le possibilità di produrre social innovation sono l'attribuzione di una funzione consultiva pressoché esclusiva, così come la scarsità delle dotazioni, in termini di risorse umane (staff di supporto) ed economiche, sulle quali gli organismi stabili di partecipazione al processo di decision-making pubblico possono contare per espletare le loro funzioni, ma, soprattutto, l'assenza di strutturazione della procedura decisionale.

In generale, quindi, registriamo una biforcazione delle concrete strategie di coinvolgimento dei cittadini, nelle quali rimangono ben distinte le due linee di azione della potenzialità trasformativa insita nell'approccio collaborativo. In presenza di elevata strutturazione è penalizzato, per non dire dimenticato, l'aspetto procedurale, che è invece centrale nelle pratiche di impianto deliberativo che, d'altro canto, configurano momenti di coinvolgimento altamente strutturati ma circoscritti nel tempo e nello spazio. La ricognizione compiuta ha consentito di individuare un'unica, parziale, eccezione, rappresentata dal modello catalano che, pur non senza criticità, apre la strada alla possibilità di promuovere più stabilmente innovazione sociale, introducendo all'interno degli organismi stabili di partecipazione alcuni elementi connotanti le pratiche di tipo deliberativo.

4 Il modello catalano fondato sul Consejo de Salud

La riforma catalana del 2006 (decreto n. 38) ha riorganizzato l'intero assetto decisionale sanitario, secondo principi di inclusione e partecipazione. Con il decreto in questione, l'originario assetto della legge n. 15 del 9 luglio 1990,⁴ che fondava la partecipazione comunitaria sull'inclusione degli enti locali all'interno degli organi collegiali della struttura organizzativa della sanità catalana, è stato sostituito da un sistema di co-governo che coinvolge direttamente i cittadini, accanto all'amministrazione sanitaria e al governo locale.

Analizzando la struttura definita da questa riforma, non possiamo non sottolineare che il sistema di partecipazione è stato istituzionalizzato con la stessa norma che riorganizza l'intero assetto della governance della salute nella regione attraverso l'introduzione dei governi territoriali di salute (Gobiernos Territoriales de Salud GTS), quali consorzi di diritto pubblico istituiti tra gli enti locali e l'amministrazione sanitaria. A tali organismi viene attribuita la competenza di pianificare, programmare e valutare, attraverso *los pactos de salud*, il primo accesso, gli ospedali e l'integrazione socio-sanitaria. Tra gli organi statutari, accanto alla presidenza (nominata del Dipartimento di Salute), al consiglio di amministrazione (composto proporzionalmente dai rappresentanti degli enti locali e del Dipartimento di Salute), alla commissione consultiva di coordinamento dei gestori, è previsto anche un organismo di partecipazione comunitaria chiamato Consejo de Salud (art. 4). È interessante notare come la letteratura riconosca a questi nuovi organismi GTS una duplice legittimazione democratica:

el consejo rector es el órgano donde las entidades locales ostentan la representación de los ciudadanos del territorio de referencia del gobierno territorial de salud, a diferencia del consejo de salud, que se define como el órgano de participación de los ciudadanos a través de las entidades más representativas del tejido social del territorio. Mientras el primero responde al principio de la denominada democracia representativa, el segundo se basa en el principio de la democracia participativa. (Arenas, Teixidó 2010, p. 32).

Il consiglio di salute ha il compito di garantire che la voce delle persone colpite dalle decisioni assunte dall'amministrazione sia inclusa e considerata all'interno del processo decisionale pubblico. Questo presupposto si traduce nella possibilità per il consiglio di salute di svolgere una funzione,

4 In Spagna, il passaggio dal modello bismarkiano della Seguridad Social all'attuale modello di impostazione Beveridgiana, introdotto nel 1986 con la legge General de Sanidad n. 14 del 25 aprile (Aguilar Idáñez 2001), ha coinciso con l'avvio del processo di decentramento delle competenze relativamente alla politica sanitaria (conclusosi nel 2002).

all'interno del processo di decision-making pubblico, di tipo essenzialmente consultivo (elemento, questo, che abbiamo visto ricorrere in tutti gli altri casi di partecipazione dei cittadini). Si prevede, infatti, che il parere non vincolato del consiglio di salute sia obbligatorio in materia di promozione della salute e di servizi sociali, in riferimento all'impatto sulla popolazione, agli obiettivi sanitari e sociali, alla qualità dei servizi, alle priorità e al coordinamento delle risorse socio-sanitarie, alla mappatura dei bisogni, al piano strategico annuale e alla redazione del rapporto annuale. Il consiglio di salute ha, inoltre, il potere di chiedere formalmente l'inserimento nell'ordine del giorno del consiglio di amministrazione di specifici argomenti, ha il dovere di collaborare nella diffusione della conoscenza delle politiche di salute presso la cittadinanza, di realizzare, ove è il caso, altri processi partecipativi, nonché di costituirsi in commissioni o gruppi di lavoro per affrontare meglio gli argomenti di propria competenza (Pascual, Pascual, Torrents 2010) e la potestà di inoltrare proposte al consiglio di amministrazione, relativamente a obiettivi e funzioni del GTS (Esponera 2010).

Il decreto si limita a normare quest'ultimo potere lasciando così ampi margini di azione ai GTS, ai quali viene però imposto l'obbligo di formalizzare, attraverso un proprio regolamento interno, i casi nei quali i membri del consiglio di salute potranno prendere parte, con e senza diritto di voto, alle riunioni del consiglio di amministrazione. Si prevede comunque che dovranno essere realizzate almeno due riunioni congiunte all'anno, il cui ordine del giorno sarà definito dal presidente del GTS (Esponera 2010).

Non siamo in grado, a causa della breve vita dei GTS e della conseguente scarsità di letteratura, di valutare la portata concreta di questo disposto, che potrebbe configurare un ruolo molto più incisivo per i Consejo de Salud; tuttavia, per quanto possa risultare interessante, e forse anche decisivo, seguire la concreta declinazione della funzione e del ruolo attribuito alle riunioni congiunte, e all'interno di queste ai rappresentanti del Consejo de Salud, che potranno essere dotati o meno del diritto di voto, è per noi rilevante il fatto che questa parte non venga 'blindata' dalla legge, ma sia lasciata, a differenza del ruolo consultivo, alla discrezione dei singoli GTS.

In riferimento alla rappresentatività dei partecipanti e della legittimazione a partecipare, la normativa attribuisce a ciascun GTS il compito di definire i criteri per l'individuazione dei membri del proprio consiglio di salute, in modo che rappresentino la comunità territoriale di riferimento, sia attraverso la presenza di rappresentanti delle associazioni, sia tramite la partecipazione di privati cittadini. Con questo secondo criterio di legittimazione si è inteso bilanciare la partecipazione della parte attiva della popolazione, che si raggiunge tramite il criterio della rappresentanza di organizzazione e associazioni, attraverso criteri di territorialità e sociali (Arenas, Teixidó 2010). Per realizzare un simile obiettivo, che comporta la definizione di alcuni criteri guida capaci di garantire il rispetto delle

specificità territoriali, il Sistema Sanitario Catalano (CatSalut) si è dotato di uno strumento regolamentare con il quale sono stati definiti i principi di massima, lasciando ai singoli GTS la determinazione delle concrete strategie di implementazione. In riferimento alla composizione del consiglio di salute il *Reglamento de régimen interno del los consejos de salud*, del 2008, stabilisce che esso sia composto da un numero di membri pari a quello del consiglio di amministrazione e che debba necessariamente avere al proprio interno al massimo due rappresentanti sindacali e due rappresentanti datoriali, tre rappresentanti delle professioni sanitarie proposti dalle stesse professioni, sette rappresentanti al massimo di associazioni o federazioni di pazienti, famigliari di pazienti o utenti, che potranno essere integrati da rappresentanti di altre associazioni o gruppi, interessati a far parte del consiglio e sufficientemente significativi nel territorio, e da cittadini chiamati a rappresentare specifici gruppi sociali o culturali (art. 3).

La trasparenza dell'intero processo decisionale dovrebbe essere garantita dall'obbligo, statuito dal decreto (art. 4.2), di una stretta relazione tra consiglio di salute e consiglio di amministrazione, informata ai criteri di pubblicità e trasparenza. Prospettive interessanti si aprono a partire dalle affermazioni contenute nel Piano di Salute Catalano, che lascia intravedere la possibilità di un monitoraggio e di una valutazione partecipata, aperta a tutti i soggetti coinvolti nella definizione dei contenuti del piano. Il piano afferma, infatti, che:

no puede considerarse un plan cerrado, sino que debe ser mesurado en sus cumplimientos y revisado anualmente en colaboración con los agentes, que habrán ayudado a diseñarlo participativamente (Generalitat de Catalunya 2010, p. 33).

Molto interessante, dal nostro punto di vista, risulta il testo del dettato in relazione alla dimensione procedurale che definisce tratti peculiari e del tutto caratteristici. In riferimento, infatti, al grado e al tipo di strutturazione della procedura decisionale ci si riferisce esplicitamente al modello deliberativo e consensuale (Pascual, Pascual, Torrents 2010), nel quale tutti i passaggi devono essere definiti chiaramente per garantire una partecipazione effettiva ed efficace:

El modelo de participación de los consejos de salud es una experiencia pionera dentro de los procesos de participación, porque a parte de tener rigor conceptual (definición, objetivos que persigue el modelo de participación a partir de los consejos de salud), también se está logrando un rigor metodológico que está llevando a una evolución de los resultados muy satisfactoria (Pascual, Pascual, Torrents 2010, p. 90).

La nascita di un consiglio di salute segue, infatti, tappe precise. Si sviluppa, a partire da sessioni preliminari, orientate alla definizione del gruppo, seguite da fasi costitutive orientate a favorire la reciproca conoscenza tra i membri, per arrivare alla piena operatività solo dopo aver favorito il processo di acquisizione di consapevolezza delle risorse disponibili. La fase di operatività si caratterizza per la costruzione collettiva di un'analisi comune e condivisa della situazione, attraverso gruppi di lavoro e commissioni tematiche, che condurrà alla deliberazione, poi sottoposta al consiglio di amministrazione o analizzata congiuntamente durante le riunioni collettive (Pascual, Pascual, Torrents 2010, p. 90).

Per garantire il rispetto di questa metodologia è previsto che il consiglio di salute possa essere coadiuvato da un facilitatore (*dinamizador*), nominato per un periodo di almeno cinque anni e prorogabile nelle sue funzioni all'infinito, che dovrà gestire le riunioni in modo da favorire un Confronto Creativo, la partecipazione attiva di tutti - anche attraverso la predisposizione e la circolazione della documentazione necessaria perché i partecipanti possano essere preparati adeguatamente in merito all'oggetto in discussione - e dovrà coordinare l'azione dei diversi gruppi di lavoro, ecc. (art. 11).

La presenza di questa figura sembra garantire i partecipanti rispetto al grado di indipendenza assicurato al processo, nel valutare il quale si dovrà, tuttavia, fare i conti con un elemento ambivalente, ovvero l'attribuzione della presidenza del consiglio di salute al presidente della GTS, chiamato a presiedere anche il consiglio di amministrazione (Esponera 2010). Infatti, se, da un lato, tale previsione riconosce un ruolo importante al consiglio e gli garantisce un collegamento informato e autorevole in merito alle questioni via via affrontate dal consiglio di amministrazione, dall'altro, rischia di esporre il consiglio di salute a pericolose manipolazioni e strumentalizzazioni. Il rischio di questa seconda ipotesi viene in parte arginato sia dalla presenza della figura del *dinamizador*, chiamato a ricoprire un ruolo di terzietà e a svelare eventuali comportamenti poco trasparenti del presidente, sia dalla previsione di un obbligo di convocazione semestrale (art. 12), con cui si intende arginare il rischio che una così importante e autorevole presidenza ostacoli, più o meno intenzionalmente, l'attività del consiglio impedendo la regolarità delle riunioni.

Come abbiamo cercato di evidenziare, introducendo l'analisi del modello catalano attraverso una panoramica delle caratteristiche tipiche dei percorsi più o meno stabili di partecipazione, il disegno istituzionale delineato dalla Comunità Autonoma catalana con il decreto n. 38 del 2006 rappresenta un unicum nel panorama europeo. Per la prima volta, infatti, l'autorità pubblica ha dimostrato di occuparsi del processo di costruzione del punto di vista e del parere dell'organismo stabile di partecipazione, previsto dalla stessa riforma, facendosi carico di introdurre dispositivi orientati a disciplinare le fasi di costituzione di tali organismi e di dotarli

di figure terze (il *dinamizador*) quali manager e garanti del processo decisionale.

Si aprono nuovi scenari, densi di interessanti e innovative implicazioni, a maggior ragione se si considera come questo percorso sia andato a iscriversi in una congiuntura economica decisamente poco propizia. Gli anni più recenti sono stati caratterizzati, infatti, dal crescente impatto della crisi sul sistema sanitario spagnolo, che ha parzialmente sospeso l'operatività più tipica di questi organismi e catalizzato la loro attenzione sulle più ampie strategie di contenimento e sostenibilità del sistema. A oggi non sono affatto chiare le ricadute in termini di sostenibilità del modello all'interno di un processo di messa in discussione dell'intero assetto di gestione della salute pubblica, né è chiaro quale possa essere il contributo del Consejo de Salud come risorsa per affrontare il difficile momento, anche aprendo nuove prospettive e soluzioni, potenzialmente innovative. Il momento sarebbe quanto mai propizio per verificare le potenzialità trasformative agite da una così originale architettura partecipativa sia in relazione alle comunità locali che ai governi territoriali di salute.

Bibliografia

- Allegretti, U. (2008). «Democrazia partecipativa e processi di democratizzazione». *Democrazia e diritto*, 2, pp. 175-217.
- Andranovich, G. (1995). «Achieving Consensus in Public Decision Making: Applying Interest-based Problem Solving to The Challenges Intergovernmental Collaboration». *Journal of Applied Behavioural Science*, 31, pp. 429-445.
- Ansell, C.; Gash, A. (2007). «Collaborative Governance in Theory and Practice». *Journal of Public Administration and Theory*, 13, pp. 1-29.
- Arenas, J.; Teixidó, V. (2010), «Los gobiernos territoriales de salud: Conceptos y organización». In: *Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad*. Barcelona: Elite Grafic 2000, pp. 55-76.
- Arrigo, G. (1987), «Partecipazione». In: Zaccaria, G. (a cura di), *Lessico della Politica*. Roma: Edizioni Lavoro.
- Brown, I. (2001). «Involving The Public in General Practice in An Urban District: Levels and Tye of Activity and Perceptions of Obstacles». *Health and Social Care in the Community*, 8 (4), pp. 251-259.
- Busenberg, G. (1999). «Collaborative and adversarial analysis in environmental policy». *Policy Sciences*, 32, pp. 1-11.
- Cervia, S. (2014). *La partecipazione dei cittadini in Sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Connick, S.; Innes, J.E. (2003). «Outcomes of Collaborative Water Policy Making: Applying Complexity Thinking to Evaluation». *Journal of Environmental Planning and Management*, 46 (2), pp. 177-197.

- Cotta, M. (1979). «Il concetto di partecipazione politica: linee di inquadramento teorico». *Rivista Italiana di Scienza Politica*, 9 (2), pp. 193-227.
- Day, D. (1997). «Citizen Participation in The Planning Process: An Essentially Contested Concept?». *Journal of Planning Literature*, 11 (3), pp. 421-434.
- Esponera, E. (2010). «El marco jurídico de los gobiernos territoriales de salud». In: *Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad*. Barcelona: Elite Grafic 2000, pp. 25-39.
- Freeman, J. (1997). «Collaborative Governance in The Administrative State». *UCLA (University of California, Los Angeles) Law Review*, 45, pp. 1-98.
- Fung, A.; Wright, E.O. (2001). «Deepening Democracy: Innovations in Empowered Participatory Governance». *Politics & Society*, 29, pp. 5-41.
- Futrell, R. (2003). «Technical Adversarialism and Participatory Collaboration in the US Chemical Weapons Disposal Program». *Science, Technology & Human Values*, 28, pp. 451-82.
- Generalitat de Catalunya (2010). *Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010: Los cinco ejes estratégicos que articulan las políticas de salud* [online]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Disponible all'indirizzo http://www.20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxius/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf (2012-09-20).
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multi-party Problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Huxham, C. (2003). «Theorizing Collaboration Practice». *Public Management Review*, 5, pp. 401-423.
- Imperial, M. (2005). «Using Collaboration as A Governance Strategy: Lessons from Six Watershed Management Programs». *Administration & Society*, 37, pp. 281-320.
- Khademian, A.; Weber, E. (1997). «From Agitation to Collaboration: Clearing The Air Through Negotiation». *Public Administration Review*, 57 (5), pp. 396-410.
- Lewanski, R. (2006). «Le 'giurie di cittadini': le prime sperimentazioni in Italia». In: Blanchetti, E.; Conti, E. (a cura di), *NimbyForum 05/06, Infrastrutture, Energia, rifiuti: L'Italia dei sì e l'Italia dei no*, 2a ed. Milano: ARIS, pp. 70-80
- Logsdon, J. (1991). «Interests and Interdependence in The Formation of Social Problem-solving Collaborations». *Journal of Applied Behavioral Science*, 27, pp. 23-37.
- Morlino, L. (2003). *Democrazie e democratizzazioni*. Bologna: il Mulino.
- Mouterde, F.; Proult, E.; Massot, C. (2011). *Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé, deuxième partie*. Paris: Planète Publique.

- Murray, R.; Caulier-Grice, J.; Mulgan, G. (2010). *The Open Book of Social Innovation*. The Young Foundation.
- Newman, J. (2001). *Modernizing Governance: New Labour, Policy and Society*. London: Sage.
- Paci, M. (2008). *Welfare locale e democrazia partecipativa*. Bologna: il Mulino.
- Padilla, Y.C.; Daigle, L.E. (1998). «Inter-agency Collaboration in An International Setting». *Administration in Social Work*, 22 (1), pp. 65-81.
- Pascual, J.M.; Pascual J.; Torrents A. (2010). «La participación ciudadana: los consejos de salud, un instrumento de acción participativa». In: *Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad*. Barcelona: Elite Grafic 2000, pp. 77-94.
- Revel, M.; Blatrix, C.; Blondiaux, L.; Fourniau, J.-M.; Dubreil, B.H., Lefebvre, R. (2006). *Le débat public: Une expérience française de démocratie participative*. Paris: La Decouverte.
- Roberts, N. (2004). «Public Deliberation in An Age of Direct Citizen Participation». *American Review of Public Administration*, 34 (4), pp. 315-353.
- Rummery, K. (2006). «Partnerships and Collaborative Governance in Welfare: The Citizenship Challenge». *Social Policy & Society*, 5, pp. 293-303.
- Scalvi, M.; Susskind, L.E. (2011). *Confronto Creativo: Dal diritto di parola al diritto di essere ascoltati*. Milano: Et al. Edizioni.
- Serapioni, M. (2002). «Forme innovative di partecipazione dei cittadini alla valutazione di qualità: Citizens' Juries e Comitati Consultivi Misti». In: Cipolla C.; Giarelli, G.; Altieri, L. (a cura di), *Valutare la qualità in sanità: Approcci, metodologie e strumenti*. Milano: FrancoAngeli. pp. 217-251.
- Walter, U.; Petr, C. (2000). «A Template for Family Centered Interagency Collaboration: Families in Society». *The Journal of Contemporary Human Services*, 81, pp. 494-503.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Profili degli Autori

Leonardo **Altieri** insegna Metodologia della Ricerca Sociale e Metodi e Tecniche di Valutazione presso l'Università di Bologna. È stato membro del Nucleo di Valutazione del suo Ateneo. Tra le pubblicazioni segnaliamo Valutazione e Partecipazione: Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale (2009).

Anna **Apicella** è responsabile dell'Ufficio qualità PO Levante e territorio SSD qualità e governo clinico ASL 2 Savonese. Si è laureata in Sociologia presso La Sapienza Università di Roma e perfezionata in Sociologia della salute presso l'Università di Bologna, insegna all'Università degli Studi di Genova. È consulente sociologa per progetti di ricerca ministeriali, regionali e comunali, responsabile scientifico e formatrice in numerosi eventi formativi sui temi della gestione qualità, gestione rischio clinico, audit clinico, PDTA, Benessere organizzativo e non technical skills.

Angelita **Castellani** è psicologa, specializzata in Psicologia della salute presso La Sapienza Università di Roma.

Silvia **Cervia** è dottoressa di ricerca in Sociologia, ricercatrice in Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Scienze politiche dell'Università di Pisa. Si occupa principalmente di pratiche partecipative in ambito sanitario e di gender studies. Tra le più recenti pubblicazioni ricordiamo: *La partecipazione dei cittadini in Sanità* (2014).

Carmine **Clemente** è presidente SISS 2012-2015 e autore di diverse pubblicazioni sui temi della salute. È ricercatore, docente di Sociologia e coordinatore di un master di I livello presso l'Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

Luigi **Colaiani** è PhD, assistente sociale specialista e sociologo. È attivo presso il Dipartimento di Neuroscienze e salute mentale, Fondazione Policlinico di Milano e il Laboratorio di Metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali dell'Università degli Studi di Padova.

Alessandro **Colombo** è direttore generale e direttore di Funzione specialistica relazioni esterne e sanità, Éupolis Lombardia.

Barbara **Cordella** è psicologa, psicoterapeuta, ricercatrice presso il Dipartimento di Psicologia dinamica e clinica, docente della Scuola di dottorato in Metodi di ricerca per l'analisi del mutamento socio-economico presso La Sapienza Università di Roma.

Cleto **Corposanto** è professore ordinario di Sociologia presso l'Università degli Studi «Magna Graecia» di Catanzaro. È coordinatore scientifico nazionale della sezione di Salute e medicina dell' AIS (Associazione Italiana Sociologia). Si occupa di metodologia e tecniche di ricerca e di implicazioni sociali della salute/malattia.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

Natalia **De Nigris** è psicologa. Si è specializzata in Psicologia della Salute presso La Sapienza Università di Roma ed è la responsabile della progettazione presso l'associazione Il sentiero dorato ONLUS.

Maria Grazia **De Biasi** senatrice dalle ultime elezioni, è presidente della Commissione Igiene e sanità di Palazzo Madama. Accanto ai numerosi aspetti relativi all'importante e delicato settore della sanità, tra i temi di cui si è finora occupata figurano in particolare le problematiche legate alle patologie derivanti dal gioco d'azzardo e alla sperimentazione animale.

Maria Grazia **De Vivo** ha conseguito la laurea magistrale in Sociologia e politiche per il territorio. Suoi campi di interesse sono le tematiche inerenti alla salute degli individui con attenzione ai diversamente abili, alle differenze di genere, alle vittime di stalking-mobbing, all'integrazione dei servizi socio-sanitari nei casi di calamità naturali e all'inserimento della figura del sociologo negli elenchi dei consulenti tecnici d'ufficio (CTU) presso i tribunali.

Rocco **Di Santo** è sociologo della salute e referente dell'area welfare dell'ENFOR (Ente di Formazione Professionale di Policoro, Matera). È l'autore del volume *Sociologia della disabilità: Teorie, modelli, attori e istituzioni* (2013).

Lucia **Ferrara** è PhD candidate all'Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

Maria **Femiano** è sociologo dirigente e direttore della Struttura complessa integrazione socio-sanitaria della ASL Napoli 2 Nord. Esperta di programmazione, progettazione e start-up di interventi (servizi socio-sanitari e di formazione in ambito sociosanitario), ha come sua area di ricerca l'individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari integrati della persona con disabilità.

Giovanni **Fiore** è medico internista specializzato in alcologia, già direttore dell'Unità Operativa Complesso (UOC) del Dipartimento Dipendenze patologiche, ASL di Bari. Si interessa di medicina sociale e di epatopatie alcol-correlate.

Francesca **Greco** è psicologa, dottoranda presso la Scuola di Dottorato in Metodi di ricerca per l'analisi del mutamento socio-economico del Dipartimento di Scienze sociali ed economiche presso La Sapienza Università di Roma.

Pietro Paolo **Guzzo** è dottore di ricerca, consigliere nazionale SISS, UO Formazione e qualità dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, collaboratore di ricerca del CRISP (Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi Sanitari e Politiche di Welfare) presso l'Università degli Studi «Magna Graecia» di Catanzaro, già professore a contratto delle Università degli Studi di Palermo e della Calabria.

Nadia **Lodi** è sociologa specializzata in Sociologia sanitaria, iscritta alla SISS. Già funzionario amministrativo presso l'AUSL di Modena, è impegnata da anni nell'associazione cattolica femminile CIF (Centro Italiano Femminile) di cui è presidente regionale.

Tiziana **Mangarella** sociologa, svolge attività di ricerca, valutazione e formazione. Collabora con enti pubblici e non profit, occupandosi di politiche sociosanitarie, prevenzione del disagio e contrasto agli stereotipi di genere. È coautrice e curatrice del volume *Di che genere sei?: Prevenire il bullismo sessista e omotransfobico* (2014).

Pasquale **Marino** è sociologo libero professionista. Esperto di marketing e comunicazione in farmacia, è da anni consulente sui temi relativi alle strutture organizzative, valutatore della qualità dei servizi socio-sanitari e formatore presso aziende private.

Beba **Molinari** dottore di ricerca in Sociologia, è assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Genova. Si occupa principalmente di sociologia della salute, con una particolare attenzione alla qualità della vita, al terzo settore e alla metodologia della ricerca sociale.

Verdiana **Morando** è PhD, Research Fellow, CERGAS presso l'Università Commerciale «Luigi Bocconi» di Milano.

Giulia **Palazzolo** si è laureata a Pisa, ha conseguito il dottorato di ricerca in Economia aziendale presso l'Università Politecnica delle Marche. I suoi interessi di studio riguardano le tematiche organizzative in ambito sanitario. Ha partecipato a convegni e workshop in qualità di relatrice e pubblicato saggi su innovazione e sanità.

Roberta **Pelliccia** è sociologa, titolare di borsa di studio presso l'ASL Napoli 2 Nord. È esperta in materia socio-sanitaria, con particolare interesse alle aree della fragilità e non autosufficienza, della prevenzione dei disturbi comportamentali in adolescenza.

Claudio **Poggi** è sociologo sanitario e dirigente dell'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Bari. Si occupa di epidemiologia e ricerca sociale applicate alle dipendenze patologiche, di prevenzione in ambito scolastico e di comunità.

Alessandra **Sannella** è ricercatrice presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, dove insegna Sociologia e Politiche sociali. I suoi interessi scientifici riguardano prevalentemente le migrazioni internazionali, la salute e le policy di global health. Ha coordinato ricerche sul campo in tema di sociologia della salute. È autrice di numerosi articoli in riviste e volumi collettanei, per FrancoAngeli ha pubblicato: *Sulle orme di Endimione: Una riflessione sociologica sull'eutanasia* (2003); *Salute transculturale* (2010).

Antonello **Taranto** è psichiatra e direttore del Dipartimento Dipendenze patologiche, ASL di Bari. I suoi ambiti di ricerca sono prevalentemente orientati all'approccio psicodinamico nella cura delle dipendenze patologiche.

Franco **Toniolo** vicepresidente SISS, si è laureato in Sociologia all'Università degli Studi di Trento e specializzato in Diritto amministrativo e scienza dell'amministrazione all'Università di Bologna. Dal 1995 al 2005 è stato direttore generale Area Sanità e sociale della Regione del Veneto, nonché responsabile della Segreteria tecnica unica delle Commissioni degli Assessori alla Sanità e ai servizi sociali nell'ambito della Conferenza delle Regioni. Dal 1999 al 2005 è stato presidente dell'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali). Dal 2006 al 2012 si è occupato di formazione manageriale. Attualmente in quiescenza, libero professionista.

Giuseppe **Tribuzio** è dottorando di ricerca in Scienze delle relazioni umane presso l'Università degli Studi di Bari «Aldo Moro». Tra le sue pubblicazioni: *Le sfide dell'Asia: Modelli educativi a confronto* (2003); *L'educazione che non c'è* (2006); *In nome del padre* (2010); *Camice bianco in cerca di colori* (2013); *Judo: Educazione e società* (2014).

Il testo affronta il delicato tema della crisi economica e sociale analizzando le ricadute sui sistemi sanitari e sui cittadini in termini di equità e di umanizzazione delle cure, alla luce dell'attuale scenario socio-sanitario generato (anche) dalla digital society. Sono raccolti qui i contributi di esperti del mondo del lavoro e dell'università presentati in occasione del Convegno organizzato dalla Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS), tenutosi a Roma il 29 maggio 2014. Cardini della riflessione sono la social innovation, la 'crisi del sistema' e la possibilità di un suo superamento: quali sono le modifiche attuabili in futuro per ridurre la complessità del 'sistema sanitario' in epoca di deterritorializzazione delle strutture sanitarie e di digital m-care?



Università
Ca'Foscari
Venezia

