

amenti di patologie associabili all'uso di pesticidi. È attualmente in corso uno studio *ad hoc* per determinare l'esposizione della popolazione residente.

In questo modo è stato possibile coniugare formazione ed intervento reale ed integrare i dati quantitativi derivanti dai flussi informativi correnti con quelli qualitativi provenienti dalla comunità. I risultati sono stati restituiti alla comunità nel corso del 2007 tramite invio postale del profilo e nell'ambito di un'assemblea pubblica che ha visto una forte partecipazione comunitaria. Dall'esperienza pilota è tuttavia emersa la necessità di limitare le aree di indagine ed il numero di indicatori per giungere ad un profilo più snello e di facile consultazione per gli operatori e per i cittadini competenti.

Nel 2008, dopo l'esito positivo dell'esperienza pilota, si è deciso di estendere il progetto a tutti i distretti sanitari, pur limitando le aree di indagine ai più importanti ambiti contemplati nel Piano della Prevenzione Attiva della provincia di Trento. Inizialmente, nel corso di 4 workshop specifici, gli operatori sanitari hanno redatto un profilo di salute utilizzando i dati quantitativi per ciascun distretto, seguendo un modello comune e condiviso. Gli indicatori raccolti comprendono dati socio-demografici (ISTAT) su stili di vita ed adesione agli screening (sistema PASSI), maggiori cause di morbosità e mortalità (archivio schede di dimissione ospedaliera, pronto soccorso, mortalità), tumori (registro tumori) e coperture vaccinali (registro vaccinazioni). Dopo una preparazione specifica fatta agli amministratori, operatori sanitari e amministratori individuavano gli ambiti prioritari di intervento, attribuendo un punteggio da 1 a 3 a una serie di criteri discussi e condivisi (persone esposte al problema, persone colpite dal problema, anni di vita persi, percezione del problema da parte

dei cittadini, presenza di disuguaglianze sociali, disponibilità di interventi efficaci di prevenzione, differenziale tra interventi già in essere e bisogno di interventi, criteri locali specifici). Purtroppo, solo pochi amministratori hanno partecipato al corso (circa il 10% degli invitati).

Estemporaneamente si è programmata la raccolta di dati qualitativi (ancora in corso), previo corso di formazione specifico realizzato sull'argomento con gli operatori socio-sanitari impegnati nella raccolta dei dati. È in corso una serie di interviste individuali con personaggi chiave di tutti i distretti (complessivamente 70 interviste) che verranno analizzate con il metodo descritto più sopra e i cui risultati verranno integrati nella parte quantitativa del profilo comunitario. Il profilo completo verrà poi presentato al comitato di distretto (organo di governo del distretto composto da amministratori locali e sanitari) per la discussione e la scelta delle priorità, in modo da realizzare quanto fatto a livello di esercitazione, nel laboratorio del corso. Sui problemi prioritari individuati verrà fornito un elenco di possibili interventi di provata efficacia da cui i distretti interessati potranno scegliere quello più adatto alla propria realtà. Per la fine del 2009 sono attesi i progetti degli interventi da realizzare nel 2010.

Dalla nostra esperienza possiamo concludere che, utilizzando i dati quantitativi derivanti dai flussi correnti e quelli qualitativi attraverso i focus group e interviste in profondità, è stato possibile realizzare un profilo di salute sintetico e di facile lettura. La necessità di limitare ambiti ed indicatori comporta il rischio di dare una visione incompleta e superficiale, ma tuttavia sufficiente a dare indicazioni per la pianificazione delle attività di sanità pubblica, lasciando spazio ad eventuali approfondimenti successivi.

La formazione "sul campo" degli operatori ha permesso di formare professionisti in grado di utilizzare strumenti di raccolta di dati qualitativi dalla popolazione. Questo approccio ha consentito la raccolta delle opinioni e preferenze della comunità, indispensabile per la costruzione di un profilo completo. In generale, il progetto ha permesso di diffondere sapere e cultura epidemiologica sul territorio e di incrementare l'uso capillare dei dati a livello territoriale.

La scarsa partecipazione degli amministratori locali al processo - in gran parte da ascrivere alla novità dell'approccio adottato e ad una normativa provinciale carente in termini di rapporti istituzionali con i rappresentanti delle comunità locali (sindaci) - dovrà essere migliorata con il supporto della parte politica (assessorato alla salute e alle politiche sociali).

Benché la formazione degli operatori, la diffusione della cultura epidemiologica sul territorio ed il coinvolgimento della comunità rappresentino valori in sé, il banco di prova finale del progetto sarà costituito dall'adozione, da parte delle amministrazioni locali, del profilo di salute per la costruzione di interventi per il miglioramento della salute della comunità. ■

Riferimenti bibliografici

1. Biocca M (Ed). *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute - I Piani per la salute in Emilia-Romagna 2000-2004*. Milano: Franco Angeli Editore; 2006.
2. Minnesota Department of Health's Community Health Services Planning Manual - Guidelines for Local Public Health Agencies. CHS Plan Cycle 2002-2003.
3. Disponibile all'indirizzo: <http://www.apho.org.uk/default.aspx>
4. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2000.

I FOCUS GROUP NELL'AVVIO DI UN PERCORSO PARTECIPATIVO PER LA COSTRUZIONE DI UN PIANO DI SALUTE PER UN COMUNE, ULSS 9 TREVISO, 2008-09

Mauro Ramigni, Sara Bartolini, Lisa Bertoncello, Giuseppina Girlando, Gianna Piovesan, Maria Chiara Scattolin, Francesca Stocco, Manuela Mazzetto e il Gruppo di lavoro per la costruzione dei piani di salute comunali*

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, ULSS 9, Treviso

Lo stato di salute di una comunità non dipende solo dall'assenza di malattie o dal buon funzionamento dei servizi sanitari, ma anche dalla

complessa interazione dinamica tra i fattori che influenzano l'ambiente in cui le persone vivono, i comportamenti degli individui e i loro stili di vita. Luogo ideale

dove coordinare tutti gli interventi che hanno lo scopo di migliorare la salute dei cittadini, favorendo lo scambio di informazioni fra questi e l'amministra-

(*) Gruppo di lavoro per la costruzione dei piani di salute comunali: Francesca Allegrì, Nadia Basile, Lidia Bellina, Marilisa Cigoli, Valeria Conte, Emanuele Della Libera, Luigi Di Staso, Vittorina Fassinato, Roberta Gallina, Giovanni Gasparetto, Rosanna Mel, Mario Menoncello, Ada Morellato, Stefania Moschetta, Laura Rigo, Sante Rizzato, Vanna Sandre, Flora Sartorato, Nadia Tavian, Renato Tomasella e Michele Trevisanato

zione e promuovendo la partecipazione della cittadinanza è il Comune: un'entità amministrativa che ha capacità di intervento e di spesa per azioni a livello locale, che già si relaziona con altri enti (scuola, organi di sicurezza, sanità, ecc.), le cui attività si ripercuotono sull'ambiente di vita e che inoltre identifica una precisa comunità.

L'ULSS di Treviso ha cominciato a realizzare nel 2008 un progetto di promozione della salute su scala comunale ("Costruzione di un piano di salute del Comune") che prevede una prima fase conoscitiva sullo stato di salute della comunità attraverso la costruzione di un profilo di salute (1), seguita da una fase di progettazione e realizzazione di buone pratiche preventive. Nella prima fase, si è scelto di affiancare alla raccolta di informazioni di tipo quantitativo una ricerca di tipo qualitativo, utilizzando la metodologia dei focus group, secondo un approccio ormai consolidato (2).

Questa metodologia permetteva infatti di integrare, nel profilo di salute, i dati provenienti da indicatori quantitativi con la percezione degli stessi cittadini sul contesto di vita e sullo stato di salute della loro comunità. L'utilizzazione del focus group consente infatti di registrare, a differenza degli altri strumenti a disposizione dell'indagine qualitativa, il punto di vista di un certo gruppo della comunità, "chiarendo le posizioni individuali e paragonandole a quelle altrui, definendo ed esplicitando significati oggettivi fino alla creazione di nuovi ambiti comuni di comprensione reciproca" (3). Utilizzare i focus group ha inoltre permesso di innescare da subito un percorso partecipato e di costruire relazioni utili alla prosecuzione del progetto.

Il primo Comune dell'ULSS di Treviso a sperimentare questo approccio è stato Carbonera, situato nella cintura urbana di Treviso, con circa 11.000 abitanti.

L'indagine è stata preceduta da una conferenza stampa per illustrare alla comunità interessata il senso e l'utilità dell'iniziativa, l'importanza della partecipazione nella costruzione del profilo e, in seguito, nella scelta, nella progettazione e nella realizzazione di azioni per promuovere la salute.

Allo scopo di ricostruire una dimensione più completa possibile rispetto a determinanti e problemi di salute del Comune, si sono identificati diversi gruppi di popolazione: i genitori di bambini in età prescolare, i giovani, le donne fra 40

e 64 anni, gli uomini fra 40 e 64 anni, gli anziani, i tecnici e i politici comunali, gli operatori sanitari territoriali e ospedalieri, gli operatori sociali, i rappresentanti delle associazioni (sportive, culturali, di volontariato, ecc.) attive nel Comune, i cittadini stranieri, i commercianti e gli imprenditori.

I focus group sono stati condotti da un gruppo di operatori di varie professionalità appartenenti a diversi enti pubblici (ULSS, ARPA Veneto, Ufficio Scolastico Provinciale) al fine di favorire lo sviluppo di un percorso il più possibile partecipato in ogni fase. Gli operatori sono stati appositamente formati all'uso delle tecniche di indagine qualitativa, supervisionati e supportati, anche tramite piattaforma di *e-learning*, da esperti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Tutti gli operatori hanno partecipato o come facilitatori o come osservatori a più focus.

Tra novembre 2008 e gennaio 2009 a Carbonera sono stati effettuati 15 focus group cui hanno partecipato 98 cittadini, reclutati con metodi diversi di campionamento: di convenienza per alcuni gruppi, casuale per altri, universale per i gruppi meno numerosi. Il reclutamento è stato coordinato da un referente comunale che, in particolare, ha assunto un ruolo di mediazione laddove la scelta dei partecipanti era più opportuno che fosse orientata alla reale probabilità di partecipazione e di disponibilità all'interazione.

I cittadini selezionati hanno ricevuto un invito scritto contenente una breve presentazione della ricerca e dei suoi obiettivi, dell'importanza della partecipazione e di ciò che i partecipanti si sarebbero dovuti aspettare durante e dopo l'incontro. All'invito scritto seguiva un rinforzo telefonico. L'adesione complessiva è stata del 23%.

Gli incontri hanno avuto luogo in una sala, fornita dal Comune, che garantiva un ambiente confortevole ed informale, situata all'interno di un centro sociale noto ai residenti.

Ai partecipanti ai focus sono state poste 4 domande, costruite durante il corso di formazione ed inizialmente testate in 2 focus group di prova condotti da esperti ISS (cosa vuol dire star

bene in salute? Quali sono i problemi di salute principali per la gente della vostra zona? Nella vostra zona quali sono i fattori che influiscono sui problemi di salute che avete citato? Che cosa ostacola la comunicazione tra cittadini ed istituzioni e cosa manca perché funzioni bene?).

Durante la conduzione dei focus il ricercatore utilizzava uno schema standard (linee guida del facilitatore) per mantenere la discussione focalizzata sulle domande di interesse, seppure con una certa flessibilità. Al termine di ciascun incontro i 2 operatori presenti effettuavano una revisione delle osservazioni annotate (linguaggio paraverbale, pause, passaggi particolari dell'incontro) ed esprimevano un giudizio sintetico su alcuni parametri dell'incontro stesso: organizzazione, facilità della conduzione, partecipazione del gruppo.

I focus group hanno avuto una durata media di 90 minuti e per due terzi sono stati realizzati in orario serale. Sono stati tutti registrati in file mp3 e successivamente trascritti integralmente, in parte dagli stessi operatori impegnati nella conduzione, in parte da personale del Comune. In generale, per la trascrizione di un focus group è stato necessario un tempo quadruplo rispetto alla sua durata.

Il processo di trascrizione e la rilettura delle trascrizioni hanno consentito agli operatori di familiarizzarsi con le discussioni nella loro interezza, facilitandone l'analisi successiva e permettendo di pesare l'influenza del gruppo sugli interventi dei singoli partecipanti.

I dati provenienti dalle trascrizioni sono stati codificati da un sottogruppo di operatori utilizzando una griglia di codifica basata sulle 4 categorie principali individuate dalle domande: definizione di salute, determinanti di salute, problemi di salute della comunità, comunicazione. Queste categorie sono state poi suddivise in sottocategorie e a loro volta articolate in unità semplici di significato (Tabella), mediante un processo induttivo fondato sui contenuti delle trascrizioni.

La griglia si è così evoluta dinamicamente di pari passo con la codifica dei focus group. In questo modo, ►

Tabella - Griglia di codifica

Categoria	Sottocategoria	Unità semplice di significato
Determinanti di salute	Relazioni	Relazioni all'interno della famiglia

attraverso il confronto continuo tra gli operatori che revisionavano trascrizioni per trascrizione tutte le tematiche emerse, si è potuto verificare il raggiungimento della saturazione dell'informazione (4).

Il lavoro degli operatori lungo l'intero processo, il confronto continuo immediatamente successivo ad ogni sessione di rilevazione e di codifica, la triangolazione per cui più operatori con diverso retroterra culturale e professionalità hanno effettuato l'analisi, insieme alla supervisione da parte di esperti, hanno favorito sistematicità e credibilità ai risultati ottenuti (5).

I dati provenienti dalle codifiche sono stati successivamente analizzati secondo il metodo della *long table analysis* di Krueger (6).

La grande messe di dati è stata infine ordinata secondo una mappa concettuale (7) messa a punto da tutti gli operatori/ricercatori che hanno realizzato i focus group e costruito le categorie (Figura).

In sintesi appare che al centro dell'attenzione vengono collocati l'individuo con le sue risorse, la famiglia, cui è attribuito il principale ruolo nel determinare salute, e la comunità con le sue dinamiche.

La partecipazione attiva dei cittadini sembra essere considerata risorsa importante per guadagnare salute.

Si possono individuare determinanti di salute "distali", considerati poco controllabili dai cittadini e dei determinanti "prossimali", con un'influenza più forte

nei confronti del *continuum* salute-malattia, ma anche più modificabili dal contributo del singolo, della famiglia e della comunità nel suo insieme.

I partecipanti hanno costantemente sovrapposto determinanti e problemi di salute, introducendo spesso temi considerati "problemi" anche solo per il fatto di costituire delle occasioni quotidiane di esposizione spiacevoli o minacciose (il contesto di vita considerato inquinato o deteriorato rispetto al passato; il traffico autoveicolare, la frammentazione del territorio, i nuovi aspetti sociali, ecc.). Malattie ed incidenti sono stati trattati dai partecipanti con frequenza ed enfasi sensibilmente minori.

La ricerca si è completata con alcune interviste in profondità ad informatori chiave, in particolare su temi che nei focus erano risultati più ricorrenti o maggiormente sentiti. Il profilo di salute verrà condiviso con la cittadinanza mediante la diffusione capillare di una sintesi dei risultati e con un'iniziativa pubblica che aprirà la strada alla scelta delle aree prioritarie d'azione.

L'utilizzo dei focus group si è rivelato estremamente utile in questa prima fase del progetto, poiché ha consentito ai ricercatori di conoscere aspetti del contesto legati alla percezione e alla cultura dei cittadini che non si sarebbero affatto colti con una tipica raccolta di indicatori quantitativi; essi rappresentano inoltre un metodo adeguato a rendere sin da subito partecipato il percorso di costruzione di un piano di salute e ad innescare delle

reti locali. Il punto di vista collettivo registrato con la tecnica del focus group, talvolta anche in contraddizione con i dati quantitativi, va considerato come componente "effettivo" della realtà della comunità in studio e quindi imprescindibile per intraprendere un percorso con un reale coinvolgimento dei cittadini. Vanno semmai analizzate le ragioni della discordanza tra osservato e percepito, verosimilmente legate ad un gap informativo anch'esso da approfondire. Per l'organizzazione dei profili comunitari per altri Comuni della ULSS sarà opportuno considerarne con attenzione la fattibilità, visto l'impegno finanziario e l'impiego di tempo richiesto agli operatori. ■

Riferimenti bibliografici

1. Groupe de travail: profil santé de ville - Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS 2005. Vers un profil santé de ville: système local d'observation en santé. Disponibile all'indirizzo: http://www.villes-sante.com/datas/doc_pdf/Vers%20un%20Profil%20Sante%20de%20Ville.pdf
2. Cohen D, Crabtree B. Qualitative research guidelines project. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualres.org/>
3. Cataldi S. *Come si analizzano i focus group*. Milano: Franco Angeli Editore; 2009.
4. Rabiee F. Focus group interview and data analysis. *Proceedings of the nutrition society* 2004;63:655-60.
5. Malterud, K. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-8.
6. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3rd edition. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2000.
7. Novak JD, Cañas AJ. The theory underlying concept maps and how to construct and use them. Disponibile all'indirizzo: <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryCmaps/TheoryUnderlyingConceptMaps.htm>
8. Costa G, Bellini S, Ghigo S. Lo scenario epidemiologico dopo 30 anni. *Tendenze nuove* 2008;6:729-65.



Figura - Mappa concettuale dei risultati dell'indagine qualitativa, profilo di salute) Carbonera, 2008

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it