

## **Presentazione del numero.**

### ***Sviluppo di comunità per la promozione della salute***

di Norma De Piccoli, Silvia Gattino

Sono ormai più di trent'anni che, a seguito della promulgazione della Carta di Ottawa, con il termine *promozione della salute* si intende quel “processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla” (Ottawa Charter for Health Promotion; WHO, 1986).

Il Glossario OMS della promozione della salute World Health Organization (DoRS, 2012) sottolinea poi che la promozione della salute non è finalizzata solo a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma è volta a migliorare le condizioni sociali, ambientali ed economiche che hanno un impatto sulla salute. Inoltre, la partecipazione è considerata lo strumento principale su cui basare lo sviluppo di azioni di promozione della salute.

Secondo tale prospettiva vi è dunque una stretta analogia tra promozione della salute e sviluppo di comunità, quest'ultima intesa come “un processo attraverso cui i membri di una comunità si uniscono al fine di intraprendere un'azione collettiva e generare soluzioni a problemi comuni” (UN, 1955). Infatti, se l'obiettivo comune è migliorare il proprio benessere fisico e psicologico, allora la promozione della salute implica lo sviluppo attivo della comunità poiché, come è stato dimostrato, quanto più si sviluppa empowerment di comunità, tanto più è possibile coinvolgere i cittadini in azioni di promozione della salute.

Come già aveva chiarito Rappaport (1981), l'empowerment di comunità si riferisce a un processo di cambiamento intenzionale e continuativo centrato sulla comunità locale, basato sul rispetto reciproco, sulla riflessione critica, sulla capacità di prendersi cura (*caring*) e sulla partecipazione (Zani,

\* Dipartimento di Psicologia, Università di Torino, norma.depliccoli@unito.it, silvia.gattino@unito.it

*Psicologia di Comunità* (ISSN 1827-5249, ISSN 1971-842X), 2, 2020

DOI: 10.3280/PSC2020-002001

2012). Esso inoltre, come auspicato anche in ambito di promozione della salute, prevede la presenza di una rete sociale, di legami sociali basati sulla fiducia, ovvero di ciò che definiamo capitale sociale.

A nostro modo di vedere, l'analogia tra promozione della salute e sviluppo di comunità si basa almeno su tre presupposti: 1) tradurre concretamente la nota definizione di salute integrando le tre dimensioni che la definiscono, biologica, psicologica e sociale; 2) collocare il tema della salute all'interno della complessità dei sistemi che concorrono a determinarla; 3) avere come punto di riferimento l'idea di un soggetto attivo secondo una prospettiva ecologica.

La definizione di promozione della salute proposta dall'OMS poco sopra richiamata è forse quella maggiormente in sintonia con gli assunti da cui muove la psicologia di comunità, ma – come sottolineano diversi autori – non è l'unica. A tale proposito Lemma (2018) osserva che, pur accogliendo unanimemente la definizione proposta dall'OMS, dal punto di vista operativo questa si declina in modi differenti, che riflettono diversi assunti epistemologici, quali quello biomedico, sociologico e psicoeducativo. Ciascuna di queste “aree di lavoro”, come le definisce Lemma (2018), si focalizza su alcuni specifici aspetti che ispirano la promozione della salute, a discapito di uno sguardo sistemico, semplificando per certi aspetti la complessità del tema.

L'eterogeneità di approcci con cui la promozione della salute è stata considerata, sia teoricamente sia nella sua applicazione pratica, è sottolineata anche da Marks *et al.* (2015), i quali ricordano che gli approcci maggiormente utilizzati nell'ambito della promozione della salute sono due: uno relativo al cambiamento di comportamento e l'altro allo sviluppo di comunità. Il primo ha i suoi riferimenti nei modelli teorici socio cognitivi che riguardano il cambiamento di comportamento. I principali limiti di tale prospettiva sono: 1) un'eccessiva focalizzazione sull'individuo e una scarsa considerazione dei fattori sociali che limitano la promozione del benessere e della salute; 2) un'idea di intervento di tipo *top-down*, dove è l'esperto che stabilisce qual è il comportamento da modificare; 3) una centratura sulla dimensione cognitiva – la *cognition* è considerata la sola variabile che influenza le azioni umane – che non tiene conto dei molteplici fattori che, invece, entrano in gioco; 4) il soggetto è considerato un essere esclusivamente razionale (come per esempio nella teoria del comportamento pianificato di Ajzen, 1985), e si assume inoltre l'universalità delle variabili considerate, ignorando le differenze di carattere culturale, sociale e grupppale.

Gli approcci che si riferiscono allo sviluppo di comunità hanno per scopo lo sviluppo e la promozione della salute rivolgendosi ai determinanti socio-

economici e ambientali riferiti alla salute all'interno della comunità. Si riconosce quindi la stretta relazione tra salute soggettiva e i suoi contesti sociali e materiali, che di conseguenza diventano l'oggetto del cambiamento. Gli individui agiscono collettivamente al fine di cambiare il loro ambiente. Quindi, secondo questa prospettiva, è a livello collettivo che si può attivamente intervenire per cambiare l'ambiente. Lo psicologo assume pertanto un ruolo in quanto agente di cambiamento.

Quest'ultimo è, evidentemente, l'approccio più sintonico con la prospettiva che caratterizza la psicologia di comunità. Tale orientamento può però essere ulteriormente specificato sulla base del ruolo che la comunità assume all'interno di un intervento di promozione della salute. A tal proposito McLeroy *et al.* (2003) distinguono 4 diverse tipologie di promozione della salute focalizzate sulla comunità intesa secondo differenti accezioni, ossia comunità: a) come *setting*, definita in termini geografici; b) come *target*; c) come *risorsa*; d) come *agente*. Gli interventi di promozione della salute in cui la comunità è intesa come un *setting*, prevedono esperti esterni il cui oggetto di intervento è una comunità ben specifica. Se, invece, questa è considerata il *target* dell'intervento, allora esso è volto soprattutto a creare ambienti sani attraverso cambiamenti sistematici. Ritenerne la comunità una risorsa comporta che gli esperti esterni realizzino i propri interventi identificando e promuovendo le forze presenti all'interno della comunità. Infine, intendere la comunità come *agente* si traduce nella realizzazione di un intervento effettuato *con* la comunità, al fine di identificare bisogni e risorse e sostenerla nel processo di cambiamento. Quest'ultimo è l'approccio che caratterizza la psicologia della salute di comunità e, a nostro avviso, è anche quello espresso nelle dichiarazioni dell'OMS.

La definizione di comunità come agente richiama lo stretto legame tra promozione della salute e sviluppo di comunità. Campbell *et al.* (2007), a seguito di una serie di interventi realizzati in Sud Africa volti a ridurre l'infezione da HIV, hanno identificato sei fattori che promuovono lo sviluppo di comunità: costruire conoscenza e competenze di base; creare spazi sociali per facilitare il dialogo e il pensiero critico; rendere consapevoli i soggetti dei problemi che appartengono alla comunità locale e promuovere incentivi per l'azione; mettere in evidenza le forze e le risorse della comunità; mobilitare le reti formali e informali già esistenti; costruire partnership tra comunità marginalizzate e attori e agenzie esterne più potenti.

Tali fattori possono riguardare anche altri contesti e altri ambiti e, a nostro parere, costituiscono una sintesi dei principali aspetti alla base dello sviluppo di comunità.

Infine, è da sottolineare che un approccio realmente fedele agli assunti

che sottendono lo sviluppo di comunità è necessariamente anche un approccio politico, poiché dovrebbe dare voce e potere a coloro (individui e gruppi) che sono tradizionalmente esclusi dai processi decisionali, modificando le relazioni di potere che intercorrono tra organi di governo e cittadini. Questo potrebbe entrare in conflitto con coloro che hanno un interesse a mantenere lo status quo (industrie, organi di governo, ecc.). È quindi difficile pensare che una istituzione (sociale, educativa, sanitaria) proponga di attuare un processo che potrebbe intaccare, in qualche modo, i suoi fondamenti. Un processo di tale natura può essere realizzato, piuttosto, attraverso una azione sociale trasformativa, in cui l'iniziativa parte dalla base (vedi partecipazione *bottom up*), ma difficilmente un processo di natura *top-down* si proporrà tali obiettivi. Alla luce di tali riflessioni, la promozione della salute che intende la comunità come *agente*, per riprendere la classificazione di McLeRoy e colleghi, può quindi essere considerata un obiettivo verso cui tendere, e ciò che viene concretamente realizzato una forma "spuria", più o meno vicina a questa definizione.

Partendo dalle diverse prospettive con cui l'approccio alla promozione della salute è stato declinato, si può ipotizzare un continuum in cui a un estremo si colloca una prospettiva della promozione della salute di carattere individuale e salutista, basata sugli stili di vita che l'individuo è chiamato a seguire, in quanto principale responsabile degli stessi, e all'interno della quale può essere collocato anche l'approccio del cambiamento di comportamento. All'estremo opposto di tale continuum, vi è una prospettiva basata sulla agentività della comunità (vedi sviluppo di comunità), che muove dall'assunto secondo cui per raggiungere buoni livelli di salute e benessere occorre coinvolgere la comunità, favorendo lo sviluppo di senso di comunità, reti sociali o, per usare un concetto che li comprende tutti, capitale sociale, e occorre altresì operare per ridurre le ineguaglianze di salute.

Il tema di questo numero monografico *Sviluppo di comunità per la promozione della salute* si focalizza proprio sul legame che connette promozione della salute e sviluppo di comunità. In altre parole, si fa qui riferimento alla promozione della salute come a un approccio in cui gli interventi sono ancorati alla comunità locale e volti a sviluppare empowerment e processi di partecipazione, costruire partnership, creare connessioni adottando una prospettiva interdisciplinare e intersettoriale. Oggetto/soggetto degli interventi di promozione della salute è pertanto la comunità locale, perché essa costituisce l'habitat all'interno del quale gli individui vivono, creano relazioni, co-costruiscono significati e sviluppano processi partecipativi.

I contributi qui presentati si inseriscono all'interno di queste riflessioni e mettono in evidenza la complessità della promozione della salute così intesa.

Seppure differenti per area geografica, caratteristiche ed estensione territoriale, gli articoli che compongono questo numero monotematico danno conto della complessità che contraddistingue gli interventi di promozione della salute. Tutti i contributi si riferiscono alla salute nei suoi aspetti biopsicosociali, articolando tra loro le dimensioni che la caratterizzano e considerando i diversi “livelli ecologici” che connotano la vita delle persone e delle comunità locali.

La complessità degli interventi attuati nell’ambito della promozione della salute è ciò su cui pone l’accento l’articolo di Glenn Laverack, il quale focalizza l’attenzione su alcuni punti critici. In particolare, l’Autore sottolinea come la presenza di programmi *top-down* abbia contribuito a un basso coinvolgimento della comunità e che sia pertanto necessario considerare sino a che punto le comunità possono essere stimolate ad acquisire una capacità di analisi politica critica, al fine di poter esercitare un maggior controllo sui determinanti delle loro vite e della loro salute nell’ambito di progetti *top-down*.

In conclusione, Laverack propone di sostituire il termine “sviluppo di comunità” con “empowerment di comunità” sia nel discorso sia nella pratica della promozione della salute. Attraverso queste riflessioni, l’Autore pone l’attenzione su alcuni aspetti critici, che possono costituire un ostacolo alla piena realizzazione di un intervento di promozione della salute.

Gli articoli successivi possono essere letti anche alla luce delle criticità evidenziate da Laverack. In particolare essi, attraverso la presentazione di interventi realizzati sul territorio italiano, dimostrano come sia possibile progettare e realizzare interventi di promozione della salute in un’ottica sistemico-ecologica.

Il contributo di Calloni, Capriulo, Torri, Parisi, Meroni, Olivadoti e Celata benché riporti un’esperienza condotta in Lombardia e relativa al gioco d’azzardo patologico, sviluppa riflessioni che si potrebbero adattare a qualsiasi area tematica – non solo il gioco d’azzardo – e a qualsiasi territorio. Facendo riferimento ai principi chiave illustrati nei documenti *Guadagnare salute* (Ministero della Salute, 2007) e *Salute in tutte le Politiche* (WHO, 2014), l’articolo sottolinea come l’azione di governance e il coinvolgimento intersettoriale, la condivisione di buone pratiche, la co-costruzione di interventi accrescano conoscenze, percezione di controllo e motivazioni delle comunità, estendendo il loro impatto anche ad altri determinanti di salute. Si sottolinea, in sostanza, la possibilità, da un lato, di trasformare in interventi localmente situati le linee guida che dovrebbero caratterizzare un intervento di promozione della salute, dall’altro di trasferire metodologie e prassi di intervento anche in altri ambiti.

Il lavoro di Ceccarini e Rao presenta un progetto realizzato in un paese

della seconda cintura torinese volto a promuovere salute presso una popolazione anziana. Ispirandosi alla *Integrated Community Care* e alla cultura della domiciliarità, questo contributo dimostra come la necessaria costruzione di partnership tra diversi enti e attori, non solo ha permesso lo sviluppo dell'intervento, ma ha facilitato la costruzione di nuove reti, divenendo l'esempio di un possibile cambiamento che va nella direzione di una pratica di integrazione orientata alla salute comunitaria.

I due contributi successivi pongono invece l'accento su alcuni aspetti presenti in ogni intervento di promozione della salute ma, forse, non adeguatamente analizzati e considerati. Il ruolo delle partnership nella promozione della salute delle comunità è il tema del contributo di Barbieri, Prati, Albanesi, Compare e Cicognani. Gli autori analizzano alcuni interventi di promozione della salute realizzati nella regione Emilia Romagna. Se da un lato i due contributi precedenti illustrano come la costruzione di partnership e di reti tra diversi enti e attori sociali costituiscano un aspetto rilevante dell'/degli intervento/i, dall'altro lato, come chiariscono Barbieri e collaboratori, la valutazione del lavoro di partnership e i processi che lo rendono efficace restano una questione ancora aperta. I risultati della ricerca presentata evidenziano che il ruolo (volontario o professionista) con il quale si partecipa e l'apporto (decisionale o informativo) che si ritiene di avere dato al progetto influiscono sull'efficacia della collaborazione, in particolare, sulla qualità percepita del lavoro di partnership, il senso di comunità e l'empowerment.

Il contributo di Gattino, De Piccoli, Tortone e Dutto, riferendosi a un intervento di promozione della salute realizzato in quattro comuni della provincia di Cuneo, mette in luce quanto un processo di promozione della salute sviluppi conoscenza, competenza, empowerment non solo nei soggetti target. Attraverso una analisi di dati qualitativi, l'articolo dimostra che la riflessione sull'azione, intrinseca in ogni processo di ricerca-azione, favorisce l'apprendimento degli operatori, sottolineando la necessità di rendere espliciti gli apprendimenti consolidatisi, spesso lasciati sotto-traccia, poiché anche essi vanno a costituire quel "valore aggiunto" di un processo partecipato.

In conclusione, ci sembra che i quattro casi studio presentati permettano di dare una risposta, seppure parziale, alle criticità evidenziate dall'articolo di Laverack. Benché tutti gli interventi analizzati siano *top-down*, essi hanno saputo però costruire reti e partnership, sviluppando competenze *bottom-up*. La dimensione politica ha trovato uno spazio nel coinvolgimento degli amministratori locali, mentre nei progetti presentati la dimensione dell'*advocacy* e della consapevolezza critica è rimasta piuttosto sullo sfondo, anche se questo nulla ha tolto ai risultati raggiunti. Laverack, inoltre, sottolinea come il coinvolgimento delle organizzazioni radicate nella comunità locale contri-

buisca all'efficacia degli interventi e tutti i casi qui presentati hanno evidenziato come questo aspetto abbia costituito una fase imprescindibile per lo sviluppo del progetto e il raggiungimento degli obiettivi.

Ci piace pensare che le suggestioni che il testo di Laverack forniscono al lettore contribuiscano anche a riflettere sugli altri contributi presentati, poiché un filo rosso li lega: la complessità, ma anche l'efficacia di interventi che considerano la salute un bene collettivo relazionale (Zani, 2007).

## Riferimenti bibliografici

- Campbell, C., Nair, Y., & Maimane, S. (2007). Building contexts that support effective community responses to HIV/AIDS: A South African case study, *American Journal of Community Psychology*, 39, 347-363. doi: 10.1007/s10464-007-9116-1
- DORS – Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (2012). Glossario O.M.S. della Promozione della Salute. Retrieved from [https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS\\_Glossario%201998\\_Italiano.pdf](https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf)
- Lemma, P. (2018). *Promuovere salute. Principi e strategie*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Marks D.F., Murray M., Evans B., & Estacio E. V. (2015). *Health Promotion, in health Psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Ministero della Salute (2007). *Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*. Roma. Retrieved from [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=605](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=605)
- McLeroy, K.R., Norton, B. L., Kegler M.C., Burdine J. N. & Sumaya, C.V. (2003). Community-Based Interventions. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529-533. doi: 10.2105/AJPH.93.4.529
- Rappaport, J. (1981). In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25. doi: 10.1007/BF00896357
- United Nations (1955). *Social progress through community development*. New York: United Nations.
- World Health Organisation (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2014). *Health in all Policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Copenhagen: OMS Regional Office for Europe.
- Zani, B. (2007). La salute come “bene comune relazionale”: significati e strumenti per una psicologia della salute di comunità. *Psicologia di Comunità*, 1, 13-28.
- Zani, B. (2012). Empowerment: analisi di un costrutto “intrigante”. In B. Zani (a cura di), *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi* (pp. 135-162). Roma: Carocci.