



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Corso elettivo «Salute globale:
determinanti sociali e strategie di
primary health care»

Strategie comunitarie di promozione della salute

5 giugno 2020

Martina Riccio

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e
Interculturale (CSI) – Dipartimento di Storia Culture Civiltà

Sommario

- Promozione della salute: equità e partecipazione
- Il ruolo politico del/la professionista e la non neutralità della scienza
- Comunità e il ruolo del capitale sociale nella promozione della salute
- Esperienze: Microaree (Trieste), Pescarola (Bologna)



Promozione della salute

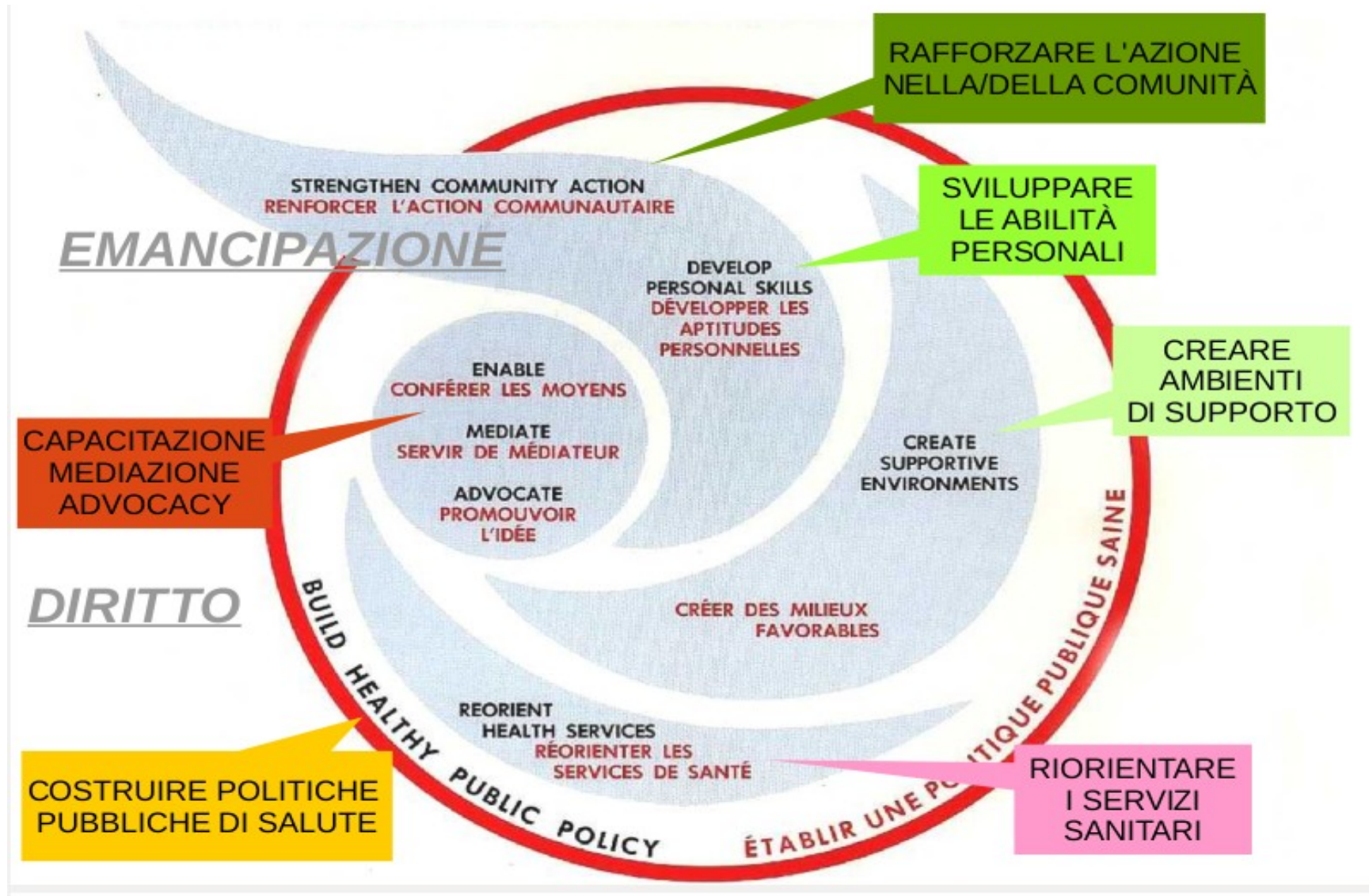
“La promozione della salute è **il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla**. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l’ambiente circostante o di farvi fronte”

Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, 1986

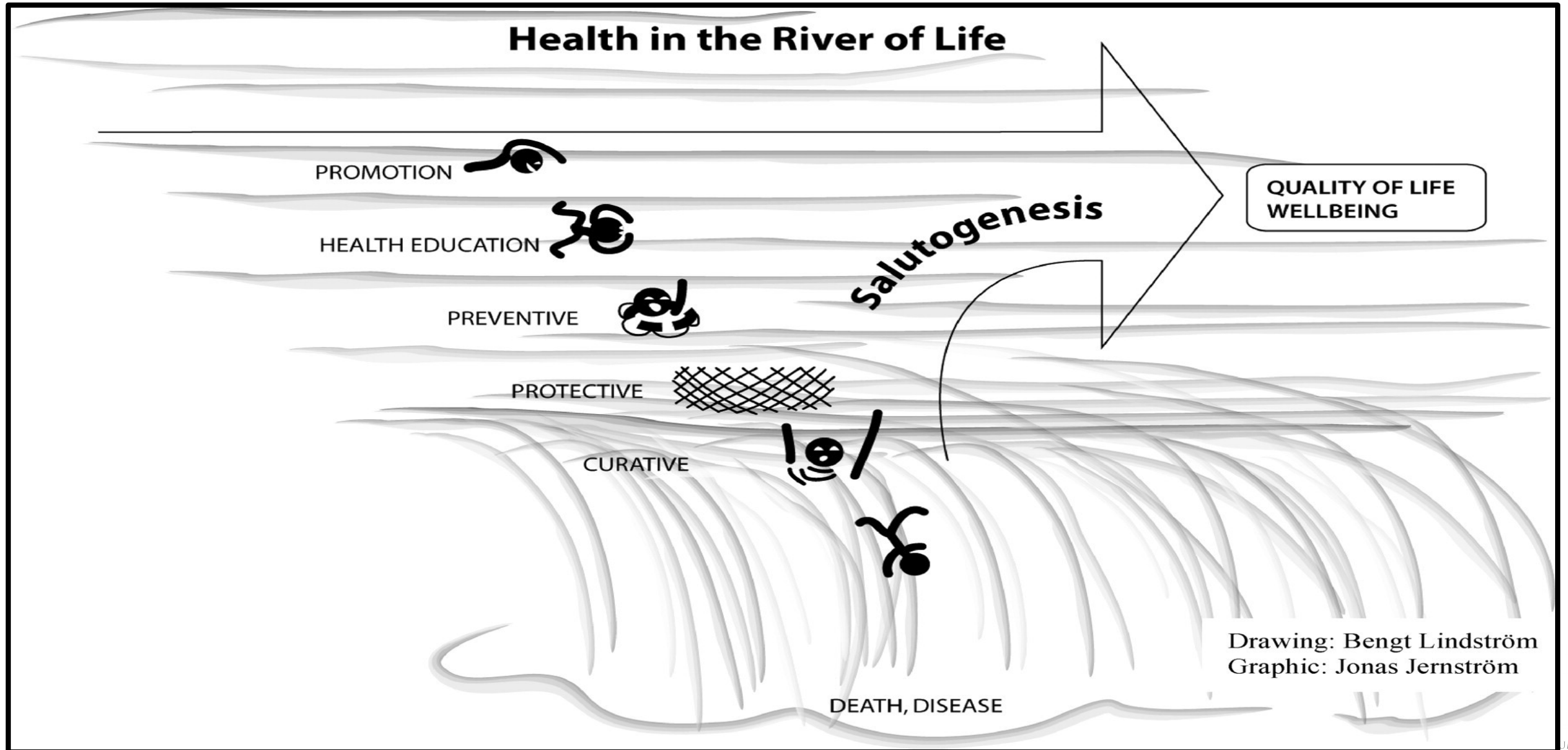
https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1



Azioni e strumenti per la promozione della salute



Promozione non è (solo) prevenzione



Al centro vi sono l'equità e la partecipazione

“La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'**equità** in tema di salute. Per **mettere in grado le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute**, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. [...] Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute.”

Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, 1986

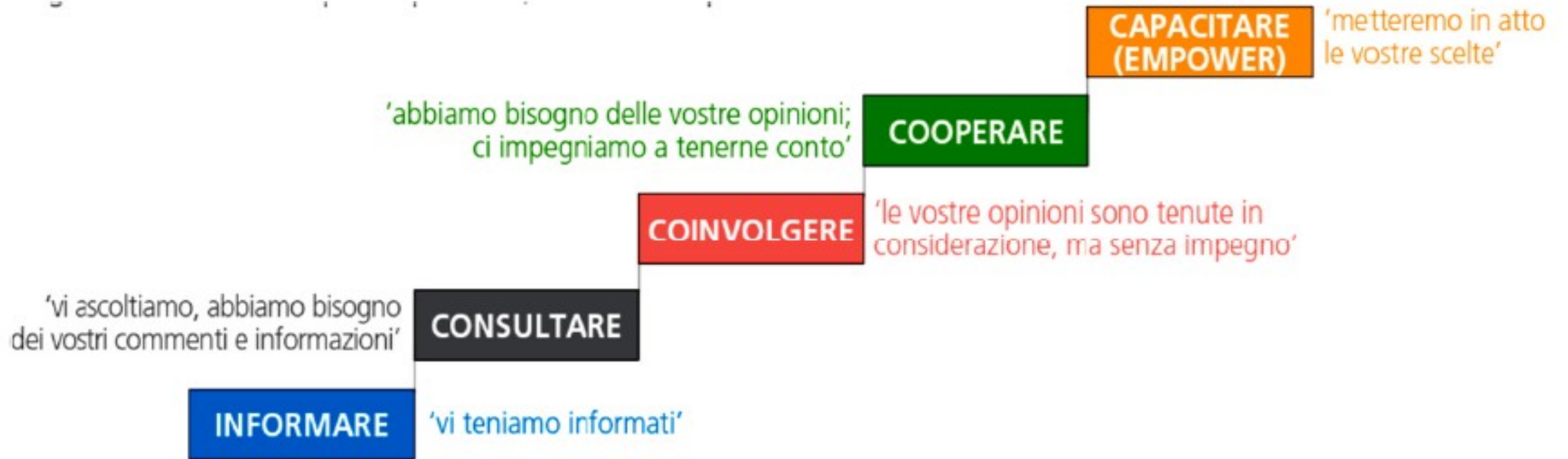




1. Uguaglianza: è dare alle persone le stesse cose.
2. Equità: è dare a tutti le stesse possibilità.



Partecipazione come fine e come strumento di capacitazione (*empowerment*)



scala della partecipazione (e le relative "promesse")

(S.Arnstein 1969)

Empowerment

- 'Empowerment' refers to the process by which people gain control over the factors and decisions that shape their lives. It is the process by which they increase their assets and attributes and build capacities to gain access, partners, networks and/or a voice, in order to gain control.
- People cannot "be empowered" by others; they can only empower themselves by acquiring more of power's different forms (Laverack, 2008). It assumes that people are their own assets, and the role of the external agent is to catalyse, facilitate or "accompany" the community in acquiring power.



Community Empowerment

- Community empowerment is more than the involvement, participation or engagement of communities. It implies community ownership and action that explicitly aims at social and political change. **Community empowerment is a process of re-negotiating power** in order to gain more control. It recognizes that if some people are going to be empowered, then others will be sharing their existing power and giving some of it up. Power is a central concept in community empowerment and health promotion invariably operates within the arena of a power struggle.
- Baum, F. (2008) Foreword to Health promotion in action: from local to global empowerment



Il ruolo politico del/la professionista e la non neutralità della scienza



1. Riconoscere il proprio potere/sapere

Maccacaro, il falso dilemma del medico “integrarsi per poter fare scienza o rinunciare a far scienza per poter fare politica?” (Maccacaro, 1979, 356)

Svolgere un ruolo pubblico in difesa degli oppressi senza che questo metta in discussione la propria pratica professionale è ciò che Maccacaro definisce sarcasticamente “**rivoluzionarismo dopolavoristico**”.

Sartre, “**l’intellettuale si nega in quanto tale**”: scindere binomio sapere/potere corrisponde al rifiuto del proprio ruolo sociale (il potere del tecnico) e all’uso del sapere in nome degli interessi della classe dominata.



Mettere in discussione il proprio potere/sapere all’interno della propria pratica professionale



2. Svelare i meccanismi attraverso cui le istituzioni “della cura” riproducono forme di oppressione

“Smascherare nella pratiche che la fabbrica è nociva alla salute, che l’ospedale produce malattia, che la scuola crea emarginati e analfabeti, che il manicomio produce pazzia, che le carceri producono delinquenti [...] significa spezzare l’unità implicita nella delega data ai tecnici che hanno il compito di confermare, con le loro teorie scientifiche, che pazzi, malati, ritardati mentali, delinquenti sono ciò che sono per natura, e che scienza e società non possono modificare processi connaturati nell’uomo”.

Basaglia e Ongaro Basaglia, 2013 (1975), 15.

”Per quanto possa apparire paradossale l’ospedale è fatto per i medici non per i malati” (ivi, 25).



3. E come queste siano legittimate dalla scienza (non neutrale)

“Se il tecnico professionale è il funzionario – consapevole o inconsapevole – dei crimini di pace che si perpetrano nelle nostre istituzioni, in nome dell’ideologia dell’assistenza, della cura, della tutela dei malati e dei più deboli, o in nome dell’ideologia della punizione e della riabilitazione, può essere utile mettere in piazza non solo lo stato di violenza e di arretratezza [...] delle nostre istituzioni repressive (manicomi, carceri, istituti per minori, eccetera), quanto **i meccanismi attraverso cui la scienza giustifica e legittima queste istituzioni?**” (ivi, 24).



4. Ridare pari valore e potere ai saperi dell'esperienza e dei vissuti, e costruire dei contesti in cui possano emergere (anche i propri!)

È necessario che l'intellettuale/il tecnico/il professionista smetta di “parlare per” e **si metta sullo stesso piano dell'utente del servizio che deve prestare**, perché è con lui che deve trovare le risposte a bisogni” che non sono quelli istituzionalmente riconosciuti.



«C'è una modalità [...] in questa società molto svalutata che è la produzione non istituzionale del sapere, quindi non istituzionalizzata, che è un percorso importante perché non è preoccupato di dar voce a figure accreditate e di muoversi all'interno di codici culturali da rispettare ma più preoccupato, invece, di raccogliere dal basso della vita sociale quelle tensioni e quelle voci che hanno bisogno di esprimersi, [che] hanno un sapere da proporre, il sapere della loro esperienza, della loro vita. Hanno quindi [...] delle grandi chance di rinnovamento dell'immaginario perché si muovono senza i vincoli dell'istruzione, cioè hanno la possibilità [...] di muoversi su dei territori che non vengono solitamente considerati come rilevanti dalle istituzioni ma che, da un punto di vista della produzione del sapere, possono essere di straordinaria efficacia perché innovativi, creativi, fluidi, capaci di essere fuori dalle dimensioni conformizzate, dal pensiero unificato, dalla voce che, diciamo così, sta attenta perché ha riserve, paure e tanti altri condizionamenti sociali che invece la produzione del sapere istituzionalizzato inesorabilmente porta con sé»
(Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna).



5. Praticare “nuove istituzioni” insieme alle persone (“pazienti”, “utenti”) a partire dai bisogni

“Finché è la classe dominante a programmare i nuovi servizi sanitari che dovrebbero rispondere ai bisogni di tutti, le nuove strutture continueranno a rispondere ai bisogni della classe che le programma” (ivi, 31)

“Si tratta della costruzione di un’alternativa pratica che non risponda più ai bisogni di chi la crea, ma a quelli per cui sarebbe formalmente creata. Occorre agire direttamente nella situazione, per arrivare a comprendere quali siano i bisogni cui si dovrebbe rispondere. **Bisogna cioè costruire assieme agli altri, al malato, al carcerato, a chi abitualmente è oggetto di oppressione e di manipolazione [...] uno strumento capace di rispondere praticamente ai bisogni**, opponendosi alla strumentalizzazione che traduce la scienza in uno dei messi di oppressione di classe” (ivi, 47).



La comunità e il ruolo del capitale sociale nella promozione della salute



Che cos'è la comunità?

- È definita come un gruppo di persone che condivide elementi comuni: il luogo di vita (sono abitanti di uno stesso quartiere, di una stessa città o regione,...), l'identità (sono persone appartenenti alla stessa etnia, hanno la stessa età o la stessa occupazione,...), la sfera degli interessi o delle affinità (condividono la stessa fede,...) o altre circostanze comuni.
- La comunità può avere rapporti sociali preesistenti o può costituirsi per rispondere a un particolare problema. A prescindere dal fatto che la comunità esista da tempo o si sia da poco sviluppata, essa può definire un problema o una necessità da risolvere; oppure, sono dei soggetti esterni alla comunità a individuare la questione da affrontare e successivamente a definire la comunità pertinente da 'coinvolgere'.
- È anche **attraverso il processo di coinvolgimento che individui gruppi possono arrivare a concepire sé stessi in quanto comunità.**



Comunità e immunità

Roberto Esposito: la comunità e l'immunità hanno una radice comune, munus, in latino l'imposta (il dovere, la legge, l'obbligo, ma anche il dono) che qualcuno ha dovuto pagare per vivere o far parte della comunità. **La comunità è cum (con) munus: un gruppo umano vincolato da una legge e un obbligo comuni, ma anche da un "dono"**, ovvero da qualcosa che non ha un prezzo. Il nome immunitas è un termine privativo che deriva dalla negazione di munus. Nel diritto romano, l'immunità era una dispensa o un privilegio che esentava qualcuno dall'obbligo dei compiti che sono comuni a tutti. Chi era stato esonerato era "immune".

La comunità non è concepita come ciò che mette in rapporto determinati soggetti, ma piuttosto come **l'essere stesso del rapporto**; appartenere fino in fondo alla communitas originaria vuol dire rinunciare alla propria sostanza più preziosa, vale a dire alla propria identità individuale, in un **processo di progressiva apertura all'altro da sé**.

<https://www.internazionale.it/opinione/paul-preciado/2020/05/09/lezioni-virus>

<http://www.benicomuni.unina.it/roberto-esposito-comunita-immunita-biopolitica.html>



I bisogni e le risposte

- Che cos'è il bisogno? Da cosa è influenzato? Chi lo definisce?
- Ci sono bisogni più importanti di altri?
- In che modo incidono le disuguaglianze sociali nel riconoscimento ed espressione del bisogno? Siamo tutti in grado di riconoscere ed esprimere i nostri bisogni allo stesso modo?
- E nella capacità di ricercare risposte?



“Che cosa conosciamo dei bisogni se essi sono precondizionati, se essi sono il risultato di una logica e di una cultura che determinano il modo in cui devono manifestarsi, in rapporto alla qualità della risposta che si è disposti a dare?

Quando ci si prefigge di organizzare un servizio sanitario la difficoltà sta nel trovare risposte concrete alle domande concrete che provengono dalla realtà in cui si agisce. **Ma le risposte aderenti alla realtà dovrebbero insieme superarla per trasformarla. [...]**

Si corre il rischio di cadere in due errori opposti: da un lato quello di proporre risposte che vanno oltre il livello di realtà in cui si muovono i bisogni, creandone altri [...]; dall'altro, quello di restare così aderenti alla realtà, da proporre risposte chiuse nella logica che produce il problema da affrontare.

Basaglia e Basaglia Ongaro, ivi, 27.



Considerato che...

- La visione individualizzante e biomedica della salute che permea il contesto socioculturale in cui viviamo incide profondamente sull'immaginario di ciò che si ritiene sia possibile esprimere come proprio bisogno
- Parlare di bisogni di salute chiama in causa le risorse e le forme attraverso le quali è organizzata la possibilità di esprimere il proprio bisogno e di vedere una risposta, e come questo dipenda da ciò che viene offerto e che è disponibile
- Vivere in una condizione di marginalizzazione prolungata (isolamento, abbandono da parte delle istituzioni, ...) disabilita le persone a decidere sulla propria vita e salute (sfiducia verso se stessi e gli altri, verso i servizi e le istituzioni, verso la possibilità di un cambiamento positivo; senso di inadeguatezza ad esprimersi, abitudine a delegare decisioni ad altri; conflittualità e insicurezza, difficoltà di agire collettivamente per scopi comuni)



CO-COSTRUZIONE DEI BISOGNI, OLTRE CHE DELLE RISPOSTE



Il problema strategico della lotta alle disuguaglianze di salute consisterebbe nel **riuscire a fare in modo che le persone adottino comportamenti tesi al benessere, pur non potendo spesso eliminare, soprattutto nel breve periodo, le disuguaglianze sociali**, in particolare quelle che affondano le radici nell'esperienza pregressa, come le carenze di istruzione, di formazione, le esperienze sociali negative, i lutti in famiglia, ecc. (Costa, 2014)



Che cos'è il capitale sociale

- Il capitale sociale indica **le risorse che derivano dalla partecipazione civica, dalle relazioni di fiducia e dalle norme di reciprocità** che caratterizzano le reti sociali.
- Il dibattito sul capitale sociale ha il merito di **aver riportato le relazioni sociali e le risorse delle comunità locali al centro del confronto scientifico e politico sulle strategie di salute**. Ha favorito inoltre gli studi sulle determinanti strutturali della malattia e sulle relative dinamiche di potere, mettendo in primo piano le correlazioni fra malattia, assetti sociali e partecipazione.

Minelli, 2007, Capitale sociale e salute



Il capitale sociale per Bourdieu

“Il capitale sociale è la somma delle risorse, attuali e virtuali, che fanno capo a un individuo o a un gruppo in quanto questo possiede una **rete durevole di relazioni**, conoscenze, reciproche riconoscenze più o meno istituzionalizzate, e cioè **la somma di capitali e poteri che una simile rete permette di mobilitare**” (Bourdieu e Wacquant, 1992).

Per Bourdieu, il CS è una delle **risorse che gli attori sociali impiegano per produrre e riprodurre specifiche relazioni di potere**. Il termine capitale inoltre può essere compreso solo se ricondotto ad agenti storici concreti, in conflitto tra loro, entro uno specifico campo di relazioni che si definisce volta a volta in base ai capitali (economico, sociale, culturale) convertiti e scambiati (Minelli, ivi, p18)



Il capitale sociale oltre il paradigma dello stile di vita

- I meccanismi causali attraverso i quali lo **svantaggio sociale** della persona ostacola i **comportamenti coerenti con il benessere** e quindi causa un effetto sulla salute, **sono complessi**.
- **La trasmissione di uno svantaggio individuale sulla cattiva salute individuale avviene attraverso meccanismi sociali**, ovvero interazioni e interdipendenze sociali che in quelle particolari condizioni stanno all'origine dei comportamenti delle persone, non favorevoli alla salute.
- Il contesto non è uno sfondo neutro ai comportamenti individuali: le regolarità osservate dalla ricerca nell'effetto degli svantaggi sociali sulla salute sarebbero quindi originate da **processi ricorrenti che influenzano le decisioni individuali sui comportamenti, messi in atto dalle persone, immerse nelle loro relazioni sociali**



La proprietà protettiva e capacitante del capitale sociale

Due effetti concreti dalla disponibilità di adeguati livelli di capitale sociale in una specifica comunità:

1. **maggiore inclusione in reti sociali** - di relazione, scambio, reciprocità, dono, ecc. - e ampliamento delle medesime. Anche la famiglia, convivente o meno, è parte di queste reti. **I soggetti diventano più attivi nelle relazioni**

2. cambiamento culturale con **aumento di importanza di valori** e del relativo controllo sociale, **favorevoli all'aiuto reciproco e alla solidarietà**. Questo attribuisce senso all'attivazione.



Sostenere lo sviluppo di capitale sociale (mutuoaiuto, solidarietà) nei contesti di marginalità

- Mettere al centro le persone e le loro esperienze; costruire dei contesti di fiducia in cui possano emergere (momenti di convivialità e di benessere, gruppi di lavoro, azioni collettive)
- Mettersi in gioco come persone (con i propri vissuti) prima che come professionisti (col sapere esperto); mettere a tema di “discussione” la differenza di potere tra i soggetti coinvolti (non occultare)
- Utilizzare il corpo e forme artistico-espressive per “superare” le disuguaglianze di abilità di espressione/comunicazione e lavorare anche sulle emozioni
- Costruire spazi reali di presa delle decisioni (vs coinvolgimento; intrattenimento)
- Supportare lo sviluppo di azioni di advocacy verso i servizi e le istituzioni per far ascoltare i bisogni





ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Grazie per l'attenzione!

Per ulteriori domande e materiali potete scrivere a:
martina.riccio2@unibo.it