



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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

# Strategie comunitarie di promozione della salute

9 giugno 2021

**Martina Riccio**

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

# Sommario

- Promozione della salute ed *empowerment* di comunità
- Il ruolo politico del/la professionista
- 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](https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1)



# Azioni e strumenti per la promozione della salute



# Health in the River of Life

PROMOTION 

HEALTH EDUCATION 

PREVENTIVE 

PROTECTIVE 

CURATIVE 

*Salutogenesis*

QUALITY OF LIFE  
WELLBEING

DEATH, DISEASE

Drawing: Bengt Lindström  
Graphic: Jonas Jernström



# Equità e 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



# Partecipazione



*scala della partecipazione (e le relative "promesse")*

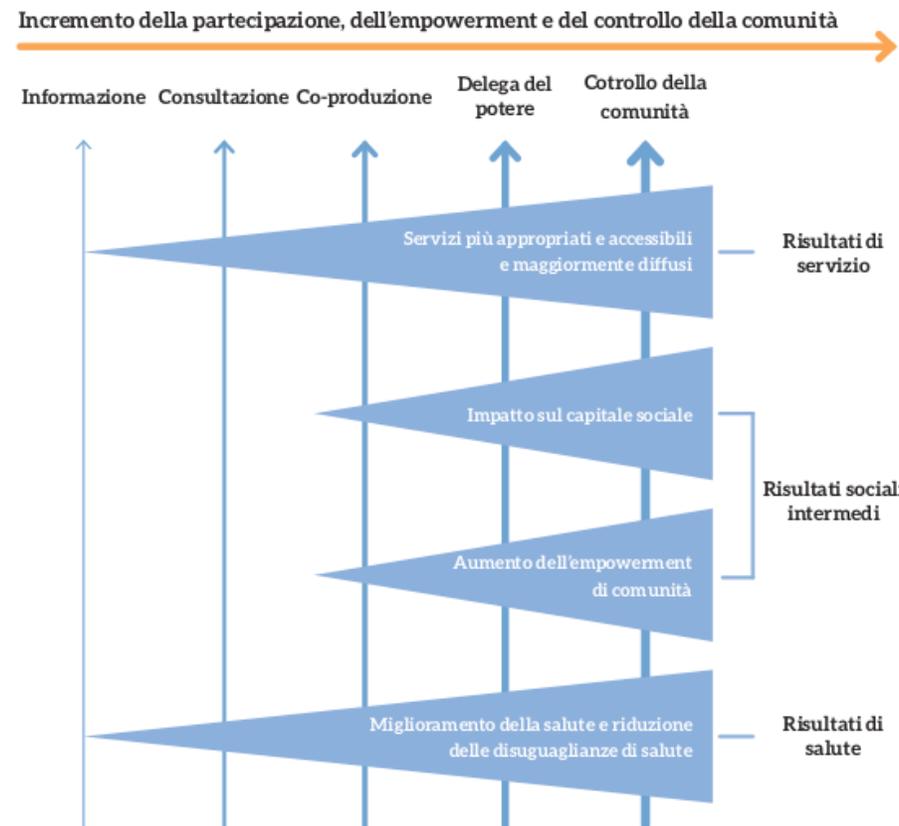
*(S.Arnstein 1969)*

# Partecipazione e salute

Una revisione rapida di Popay (2006), ha riscontrato alcune evidenze che mostrano come **diverse modalità di coinvolgimento della comunità** (dalla semplice erogazione di informazioni all'acquisizione di controllo), **producano effetti differenti su qualità dei servizi, capitale sociale e livello di empowerment** (Figura 1).

Figura 1.

Relazione tra livello di coinvolgimento della comunità e risultati a livello di servizi, esiti sociali e effetti sulla salute



Tratta da: Popay J. Community engagement for health improvement: questions of definition, outcomes and evaluation. A background paper prepared for NICE. London: NICE; 2006. Traduzione italiana a cura di DoRS



# *Empowerment* di comunità

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 of 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, 2008. Foreword to Health promotion in action: from local to global empowerment



# Analizzare l'*empowerment* (Popay, 2020)

- Iniziative di *empowerment* sempre più concepite come supporto a capacità psicosociali, cambiamenti nello stile di vita e delle condizioni prossimali del quartiere (“inward gaze”) e meno come supporto alla comunità per mobilitarsi e acquisire maggiore controllo (“outward gaze”) > **rischio depoliticizzazione**
- Non confondere processi di *empowerment* di comunità dal loro esito positivo > **collective control**
- Incorporare una **lettura più accurata delle dinamiche di potere** che agiscono nei contesti comunitari nella progettazione, erogazione e valutazione delle iniziative di *empowerment*

Popay et al. 2020, Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks

<https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/daaa133/6056661>



**Box 1: Emancipatory Power Framework and empirical markers in each power dimension**

<b>Definition</b>	<b>Power within:</b> Capabilities internal to a community supporting collective control/action	<b>Power with:</b> Capabilities to build alliances and act with others to achieve common goals	<b>Power to:</b> Capabilities to establish spaces for collective decision-making and exercise collective control	<b>Power over:</b> Power over other institutions or exercise of power over a group of community members by another group
<b>Empirical markers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Sharing existing skills/ expertise</li> <li>*Increasing efficacy/confidence in ability to act together</li> <li>*Expressions of shared values, interests and common identity</li> <li>*Developing new collective knowledge, skills and ‘know how’</li> <li>*Recognition of need for breath/depth of community participation</li> <li>*Arrival at shared vision for area improvements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Recognition of potential benefits of working with others</li> <li>*Identifying opportunities to develop relationships and/or work with others</li> <li>*Establishing new, or re-shaping previously acrimonious, relationships with others</li> <li>*Inviting local agencies to participate in decision-making/ action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Formation of new inclusive governance structures</li> <li>*Establishing formal practices/frameworks</li> <li>*‘Opening out’ to enable shared decision-making</li> <li>*Improved social, cultural or economic conditions through collective action by residents or influencing decisions of others</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Changes in balance of power to the benefit of community groups</li> <li>*Local politicians/ professionals excluded to retain control over decision-making</li> <li>*Lack of transparency in decision making/use of rules/procedures ‘excludes’ others</li> </ul>



## Box 2: Limiting Power Framework: Forms of power limit collective control by communities

Compulsory power	<u>Direct and visible</u> exercised by/through e.g. police, local and national legislation
Institutional power	Less visible, exercised through <u>organisational rules, procedures and norms</u> , e.g. controlling information put into the public sphere, who is involved in decision-making
Structural power	Invisible, <u>systematic biases embedded in social institutions</u> (law, labour market, education); generating/sustaining social hierarchies of class, gender, ethnicity and resources, opportunities, social status.
Productive power	Invisible, operates through <u>diffuse social discourses and practices</u> to legitimate some forms of knowledge, while <u>marginalising</u> others. Shapes meanings of different social identities.

Powell et al . 2020, Power, control, communities and health inequalities III: participatory spaces—an English case

<https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/daaa059/6056660?searchresult=1>



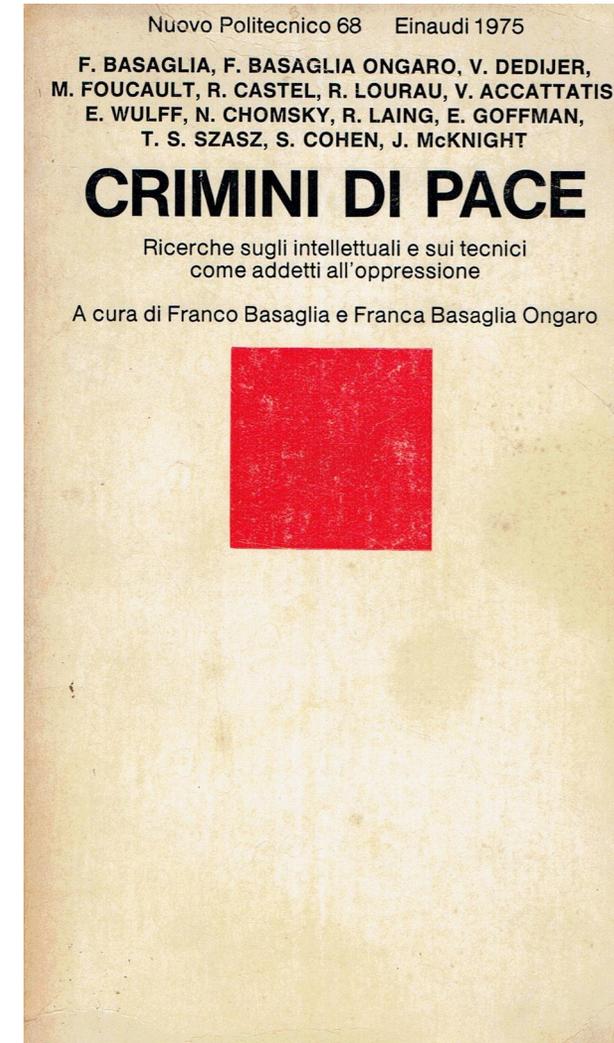
Empowerment initiatives should aim to **support communities to develop and exercise collective control capabilities** in the pursuit of greater social and health equity. To do this, they must reflect an understanding of the forms of power communities require to exercise collective control—i.e. capabilities—and establish processes to develop these.

(Popay et al. 2020, 4)



# Il ruolo politico del/la professionista

- Riconoscere il proprio potere/sapere e metterlo in discussione all'interno della propria pratica professionale (Maccacaro 1979; Basaglia 1975)
- Svelare i meccanismi attraverso cui le "istituzioni della cura" riproducono forme di oppressione e come queste siano legittimate dalla scienza
- Praticare "nuove istituzioni" insieme alle persone a partire dai bisogni



# 1. Riconoscere il proprio potere/sapere

*“L'intellettuale o il tecnico militante nei partiti di sinistra, svolgeva contemporaneamente una pratica professionale di segno opposto alla sua attività politica: ingegnere in fabbrica, medico d'ospedale, giudice, psichiatra in manicomio, insegnante, ciascuno confermava con la propria pratica professionale, ciò che altrove negava, senza la consapevolezza di quello che comportava essere i «funzionari» dell'ideologia dominante nella propria sfera di lavoro (Basaglia e Ongaro Basaglia, 1975, 12).”*

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”** (Maccacaro, 1979, 356).



*La consapevolezza di essere «commessi», «funzionari» del gruppo dominante nel proprio settore di lavoro pratico cominciò a manifestarsi [...] in uno scontro diretto fra ideologia e pratica, che partiva dalla pratica. Furono cioè quelli che Sartre definisce i **"tecnici del sapere pratico"**, gli esecutori materiali delle ideologie e dei "crimini di pace" da esse legalizzati e giustificati [...].*

*In questo settore, in cui siamo direttamente impegnati, **la distanza fra l'ideologia ("l'ospedale è un istituto di cura") e la pratica ("l'ospedale è un luogo di segregazione e di violenza") è evidente** (Basaglia e Ongario Basaglia, 1975, 12).*



## 2. Svelare i meccanismi attraverso cui le istituzioni “della cura” riproducono forme di oppressione e come queste siano legittimate dalla scienza

*“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” (ivi, 15).*



### 3. Praticare “nuove istituzioni” insieme alle persone (abitanti, pazienti) 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).

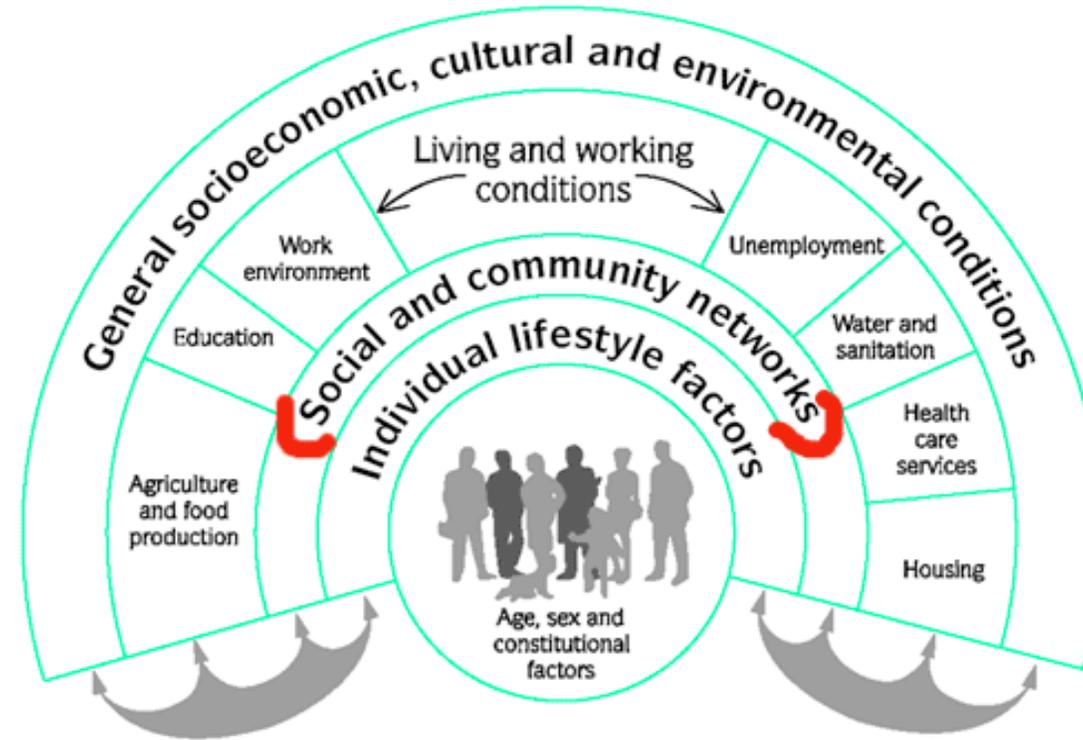


# Il ruolo del capitale sociale nella promozione della salute



## Slide 2. Determinanti della salute (Europa)

### The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

Il capitale sociale non è da intendersi come un fattore a sé stante ma come il contesto che regola e media l'impatto dei determinanti sul comportamento individuale



# 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)



Proponiamo di partire dall'ipotesi contro-intuitiva che **la trasmissione di uno svantaggio individuale sulla cattiva salute individuale avvenga attraverso meccanismi sociali**, ovvero interazioni e interdipendenze sociali che in quelle particolari condizioni stanno all'origine dei comportamenti delle persone, non favorevoli alla salute. Questo perché **il contesto non sarebbe uno sfondo neutro** ai comportamenti individuali, più o meno liberamente intrapresi, ma un sistema di interazioni attive con le persone stesse. 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

Di Monaco e Pilutti, 2018, 8.



# 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.



# Esperienze



# Programma microaree -Trieste

- Nasce in Friuli nei primi anni 2000. La governance si basa su un'intesa tra l'Azienda sanitaria, il Comune e l'Azienda territoriale per l'edilizia residenziale pubblica, con una successiva inclusione del terzo settore.
- Tre dispositivi caratterizzano l'intervento locale sui territori: la **sede** di microarea, il/la **referente** di microarea e gli **incontri periodici di monitoraggio e coordinamento**.
- Sperimenta un **approccio** che vuole essere insieme:
  - **Locale**: ancora l'azione pubblica ai contesti;
  - **Plurale**: attiva e coinvolge la pluralità di attori implicati, inclusi ovviamente gli abitanti e i potenziali di risorse formali e informali di cui essi sono portatori;
  - **Globale**: assume la globalità delle problematiche dei quartieri target, intervenendo insieme sulle persone e sui luoghi.





ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Grazie per l'attenzione!

Per ulteriori domande e materiali potete scrivere a:  
[martina.riccio2@unibo.it](mailto:martina.riccio2@unibo.it)