

PREFAZIONE

Questo testo è la traduzione di un volume che vede nel 2016 la sua terza edizione, a testimonianza dell'interesse che ha suscitato in ambiti disciplinari e professionali eterogenei tra loro, ma interessati a individuare strumenti concettuali e operativi utili alla realizzazione di interventi di "Salute Pubblica", come argomentaremo meglio poco oltre.

La scelta di tradurlo, per offrire anche al contesto italiano le suggestioni teoriche e gli stimoli operativi che vengono sviluppati al suo interno e un confronto con esperienze e pratiche internazionali, nasce da alcune "scintille".

La prima è un "sentire professionale" che ci accomuna, pur arrivando da storie e discipline apparentemente lontane, quali la sanità pubblica e la psicologia di comunità. In questi anni abbiamo collaborato nell'ambito della formazione, della ricerca-azione, della valutazione partecipata, della documentazione¹, del sostegno alle politiche... pensando che le nostre discipline, e i relativi modelli teorici e metodologici che le caratterizzano, fossero al servizio delle persone e delle comunità, orientando (nota: anziché guidando) pratiche professionali efficaci e sostenibili e fornendo stimoli per lo sviluppo delle potenzialità delle persone, dei gruppi, delle comunità locali.

La seconda è stata l'incontro con la professionalità rigorosa, coniugata a un'umanità non-condizionata, di Glenn Laverack: la sua vasta competenza professionale e i suoi interventi, realizzati in diverse parti del mondo, sono stati occasione di incontri e scambi che hanno messo in luce quanto le sue

¹ In collaborazione gestiamo un'area tematica dedicata a Partecipazione & Empowerment su www.dors.it: <http://www.dors.it/tema.php?idtema=31> (ultimo accesso 01.09.2017)

riflessioni, il suo metodo e i risultati del suo lavoro fossero molto prossimi al nostro percorso comune di riflessione e collaborazione.

Infine, l'opportunità di sostenere, con riflessioni e strumenti concreti all'interno di una circolarità virtuosa, i tanti operatori e decisori che già operano nell'ambito della "Salute" (intendendo quindi per Salute non solo gli aspetti eminentemente sanitari, ma tutto ciò che attiene allo sviluppo del benessere e della qualità della vita delle persone e all'equità di accesso: istruzione, cultura, ambiente, ecc.).

La fiducia e il potere sono i temi di questo testo.

La fiducia nelle competenze delle persone e delle comunità locali.

La fiducia dell'operatore nelle sue capacità, nel suo ruolo e nel suo agire professionale.

La fiducia nella relazione di cura, sia essa formale o informale.

La fiducia dei decisori nell'interpretare, nel tradurre e nel realizzare le politiche, non solo sanitarie, che condizionano e sostengono la qualità della vita, il benessere individuale e sociale, la salute delle persone e delle comunità locali, l'equità di accesso a diritti e servizi.

La fiducia è una delle condizioni necessarie affinché sia possibile sviluppare empowerment, cioè autonomia, crescita e responsabilità per acquisire o favorire il proprio benessere e la propria salute. Fiducia intra- e interpersonale, tra cittadini e operatori, tra cittadini e decisori politici, e così via. La fiducia, sappiamo, è altresì elemento fondamentale che permette lo sviluppo di relazioni e di capitale sociale, come molti autori hanno sottolineato (il riferimento qui è a Coleman e a Putnam, ma anche a Kawachi, il quale ha dimostrato come la salute sia strettamente connessa al capitale sociale).

Come Glenn Laverack sottolinea, documenta ed esemplifica lungo tutto il corso del testo: "le relazioni sono basate su rispetto, servizio agli altri, generosità, libero flusso di informazioni e impegno verso l'etica del prendersi cura e della giustizia sociale", in una logica di potere a-somma-non-zero, che supera la dicotomia dell'"io vinco /tu perdi" del potere a-somma-zero.

Il potere, quindi, è un altro aspetto che viene analizzato nel corso del testo, come recita anche il sottotitolo.

Come già anticipato, non è quindi un potere che reitera una gerarchia top-down, ma un potere che offre possibilità; è un "potere di fare" che ri-

chiama quindi la possibilità dello sviluppo di opportunità: si tratta in sostanza di un processo di empowerment.

A cosa ci riferiamo quando utilizziamo questo termine? Non si tratta di una domanda capziosa, poiché, come è noto, empowerment è un concetto troppo spesso abusato, riferito a definizioni e utilizzi tra loro non sempre conciliabili e sovrapponibili. Talvolta, semplificando i processi che lo dovrebbero caratterizzare, si riferisce all'auto-efficacia (*self-efficacy*), sia individuale sia di gruppo e/o di comunità, altre volte, soprattutto in ambito sanitario, si riferisce al coinvolgimento attivo del paziente e alla sua autodeterminazione nel processo di cura; alcuni criticano l'enfasi che una applicazione non proprio "ortodossa" del concetto attribuisce alla responsabilità individuale, che rischia di sollevare da ogni critica i contesti politici e istituzionali. Insomma, si tratta di un approccio talvolta idealizzato, altre volte incompreso o contestato. Laverack, partendo dalle definizioni più note e a cui si fa più classicamente riferimento, lo chiarisce nelle sue accezioni pragmatiche, proponendo un metodo di valutazione e di misurazione solidamente radicato nelle teorie, nella ricerca e nella pratica.

Spesso gli interventi di empowerment si trovano a dover "fare i conti" con obiettivi definiti dalle istituzioni o dagli organismi preposti alla salute (ad esempio, modificare le abitudini alimentari), obiettivi che quindi non nascono da bisogni percepiti come tali dai cittadini (quindi interventi top-down). Questo processo è in parte in antitesi con un approccio all'empowerment "purista", che prevede, per contro, che dall'analisi dei bisogni e delle risorse alle azioni per soddisfarli vi sia il coinvolgimento diretto e attivo dei cittadini o, meglio, che l'analisi stessa dei bisogni emerga "dal basso", come istanza trasformatrice promossa dai cittadini stessi (approccio bottom-up).

L'antinomia tra politiche e azioni top-down o bottom-up è più presente ed evidente negli interventi riferiti alla salute o, comunque, in quelle situazioni in cui l'intervento è promosso e ideato dall'ente pubblico. Laverack propone un modello volto a integrare le due modalità di intervento. Da una parte il *parallel tracking* (nel testo a pagina 42) che fa convivere in maniera efficace e sostenibile gli obiettivi e i programmi top-down con le istanze, i bisogni e le risorse di cui le comunità locali sono portatrici (bottom-up); considera, in modo coerente ed operativo, il *continuum dell'empowerment* (nel testo a pagina 105), che prefigura la progressione dall'azione individuale, ai gruppi e all'azione collettiva. Un altro contributo originale che l'autore offre alla

nostra riflessione e sperimentazione è la proposta di considerare i domini (*domains*) delle competenze della comunità (nel testo a pagina 146) che si fa partecipe e responsabile della propria salute. La definizione puntuale dei domini costituisce inoltre base e presupposto per poter misurare l'empowerment di comunità, e sappiamo quanto la misurazione e valutazione di questi processi costituisca un aspetto critico e complesso (rimandiamo alla lettura del testo per analisi più puntuali sul tema: in particolare si veda il Capitolo 9).

Tra le numerose questioni che il testo intende analizzare, il ruolo dell'operatore – considerato, secondo la tradizionale accezione ripresa dalla psicologia di comunità, un “connettore di risorse” – è centrale. La domanda cruciale che viene posta è questa: “L'Operatore vuole veramente favorire l'empowerment delle persone o vuole semplicemente modificare i loro comportamenti?” (nel testo a pagina 10).

Sappiamo che la modifica di un comportamento, per quanto complesso, non implica necessariamente aver sviluppato empowerment: l'esito di un processo di empowerment è, o dovrebbe essere, molto più ampio e molto più “sistemico”. Il ruolo dell'operatore, come evidenziato poco sopra, è quello di mettere a disposizione le proprie competenze e conoscenze affinché gli individui stessi, al contempo soggetti e oggetti dell'intervento, riconoscano le loro competenze, acquisiscano fiducia nelle proprie capacità e abilità, sviluppino self-efficacy. Sappiamo, per altro, che un processo di empowerment si svilupperà solo se esistono condizioni esterne ai soggetti (sociali, ambientali, politiche) che favoriscono questo processo trasformativo. Per questo gli attori coinvolti in un processo di empowerment che si propone quindi di sviluppare benessere, salute, qualità della vita, equità sono molteplici: in primis gli operatori sanitari che si occupano di cura e assistenza e che, allo stesso tempo, sono promotori di capacità e competenze per gestire e convivere con la malattia. Gli operatori sanitari che si occupano di prevenzione e promozione della salute in collaborazione con scuole, associazioni, comuni, aziende e ditte, comunità locali, ecc. Ma un insegnante non è un “operatore” che fornisce strumenti culturali per una crescita cognitiva ed emotiva verso l'autonomia? Un educatore non è un “operatore” che si mette al fianco di adolescenti per sostenerli nel trovare un senso alla loro vita? Un operatore culturale non è un “operatore” che, attraverso l'arte e il teatro, permette alle persone di scoprire la bellezza delle diversità e dei luoghi in cui viviamo? Un amministratore locale non è un “operatore” che opera

scelte per offrire servizi, qualità della vita, equità e inclusione ai propri concittadini? Quando si fa riferimento all’“empowerment di una comunità” si intende per l’appunto l’insieme degli attori e dei ruoli che compongono la comunità a co-costruire strategie e interventi.

Per queste ragioni il testo ha come potenziali lettori e “praticanti” non solo gli operatori sanitari della cura e della promozione della salute (“appartenenti” alla sanità pubblica pubblica), ma anche quanti operano nei diversi settori della comunità locale e della società, che possono influenzare e hanno un “potere” di orientamento sui determinanti sociali della salute (quindi promotori di salute pubblica).

La pluralità di questi operatori concorre alla salute pubblica dentro a processi di empowerment proprio come ormai da tempo i documenti di policy degli organismi internazionali raccomandano e, non senza contraddizioni, le politiche nazionali e regionali cercano di recepire, come è il caso dei Piani di Prevenzione Nazionale e Regionali. I principali documenti internazionali di policy sono: La Salute in Tutte le Politiche – OMS 2013², Salute 2020 – OMS Europa 2013³, Agenda 2030 con i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile – ONU 2015⁴, e a 30 anni dalla Carta di Ottawa⁵ OMS del 1986 la Dichiarazione di Shanghai – OMS 2016⁶.

È su queste basi, qui sinteticamente accennate, che abbiamo scelto di tradurre *public health* non con “sanità pubblica”, ma con “salute pubblica”. Perché la salute è una risorsa individuale e sociale non equamente distribuita, come dimostrano in questi ultimi anni le crescenti disegualianze di salute. E in quanto tale richiede il concorso di responsabilità, creatività e professionalità di tutti i settori della società e delle comunità locali. Gli ambiti di intervento a cui pensiamo, e a cui anche il testo fa riferimento, si collocano a livello della comunità locale; essa costituisce una dimensione

² Il documento in lingua italiana a cura di DoRS Regione Piemonte è disponibile su www.dors.it: <http://www.dors.it/page.php?idarticolo=470> (ultimo accesso 01.09.2017)

³ Il documento in lingua italiana a cura di DoRS Regione Piemonte è disponibile su <http://www.dors.it/page.php?idarticolo=338> (ultimo accesso 01.09.2017)

⁴ Il documento in lingua italiana è disponibile su <http://www.unric.org/it/agenda-2030> (ultimo accesso 01.09.2017)

⁵ Il documento in lingua italiana è disponibile su http://www.dors.it/alleg/0400/1986_Carta_Ottawa_OMS_ita.pdf (ultimo accesso 01.09.2017)

⁶ Il documento in lingua italiana a cura di DoRS Regione Piemonte sarà prossimamente disponibile su www.dors.it. Al momento è consultabile sul sito dell’OMS <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/> (ultimo accesso 01.09.2017)

territorialmente e geograficamente definita, oggettivamente circoscrivibile, più facilmente affrontabile con una buona governance partecipata. Questo permette di rilevare e analizzare i bisogni e le risorse del territorio e costruire con i concittadini nuove forme di welfare solidale ed equo.

Un secondo termine che è stato oggetto di un lungo dibattito tra i traduttori e con l'editore è *client*. Cliente, paziente, destinatario, utente, nessuno di questi termini ci convinceva e non dava conto del valore che l'autore attribuiva ad esso. Il cliente, nella cultura anglosassone protestante e liberale, è un imprenditore di se stesso, ma, nella proposta dell'autore, non è un soggetto isolato, ma è in connessione con gli altri, proprio come il continuum dell'empowerment evidenzia. Abbiamo scelto quindi di tradurre la parola con "cittadino" o, talvolta, "concittadino": l'appartenenza alla città, alla polis, ci rende responsabili, contributivi e creativi e non solo utenti e pazienti.

L'intento era quello di utilizzare un termine che restituisse l'idea di un soggetto attivo, poiché ogni comunità si sostanzia e si definisce attraverso le reti di relazione e il contributo attivo dei suoi membri.

In conclusione, riteniamo che sia necessario, proprio in questo momento storico di crisi di rappresentatività e di fiducia, far emergere le potenzialità presenti nelle nostre comunità; lo sviluppo del benessere, delle capacità (qui il riferimento è all'approccio delle *capabilities* secondo l'accezione proposta da Amartya Sen) e un'attenzione all'equità e all'inclusione dovrebbero essere un obiettivo che guida ogni forma di intervento, senza timore dei confini settoriali che troppe volte ostacolano la visione comune.

Diventa sempre più necessario ampliare gli strumenti concettuali e le pratiche professionali di tutti coloro che operano nei servizi e nelle comunità locali (psicologi, medici, operatori sanitari e sociali, volontari, educatori, insegnanti e altro ancora) e che li dirigono (politici, amministratori, decisori, ecc.). Gli strumenti classici con cui molti di noi si sono formati, con l'enfasi sulla cura e sulla terapia, risultano oggi insufficienti e non sostenibili dal punto di vista economico. È necessario cercare di integrare i paradigmi classici alla base delle diverse professionalità con paradigmi che guardino a un'analisi sistemica ed ecologica al tempo stesso, specialmente se l'obiettivo è lo sviluppo di capitale sociale, di salute, di qualità di vita, equità, inclusione, ecc.

Molta parte del nostro impegno consiste nel creare occasioni di incontro tra esperienze diverse e nel favorire i legami sociali che spesso si creano. Nel

nostro lavoro quotidiano ci imbattiamo in molti studenti e in molte esperienze e pratiche professionali e gestionali che si muovono in questa direzione.

Non vogliamo essere ottimisti a tutti i costi ma realisti. Lo stesso Lave-rack propone un approccio molto pragmatico e, nell'ultimo capitolo, propone un percorso, che di seguito riportiamo sintetizzandolo (nel testo nel capitolo 10 e in particolare a pagina 160).

Per avere un maggior successo in futuro, sia nel dare alle comunità un ruolo più forte, sia nel conseguire obiettivi di empowerment, la Salute Pubblica dovrebbe tenere conto dei seguenti temi:

- *coinvolgere le comunità per condividere le loro priorità;*
- *costruire le competenze delle comunità;*
- *usare meccanismi di finanziamento flessibili;*
- *costruire a partire dalle iniziative locali di successo;*
- *fornire i mezzi per permettere alla comunità di dare dei feedback.*

Ricordiamo una riflessione ripresa da uno dei maestri della nostra epoca:

“Le malattie corporali non sono solo corporali. Le malattie psichiche non sono solo psichiche. Hanno tutte tre entrate: l'entrata somatica, trattata da medici con medicine e interventi chirurgici; l'entrata psichica, trattata da stregoni e sciamani, e poi da confessori e guru, e oggi da psicoterapeuti e psicoanalisti; l'entrata ecologica e/o sociale, nella quale penetrano le perturbazioni dell'ambiente, (...) che dovrebbe essere trattata da una politica di civiltà.

Si può curare attraverso l'una o l'altra di queste entrate, raggiungere lo psichico attraverso il chimico, raggiungere il biochimico attraverso lo psichico e talvolta raggiungere l'uno e l'altro cambiando le condizioni di vita.”⁷

Ci auguriamo che questo testo fornisca occasioni di confronto e di sperimentazione creative, efficaci e sostenibili, volte alla trasformazione “salutare” dei nostri contesti di vita e di lavoro.

Norma De Piccoli e Claudio Tortone

⁷ Morin E. Il metodo 5. L'identità umana. Milano: Cortina, 2002; pp. 33-34; edizione originale La Méthode 5. L'Humanité de l'Humanité, tome 1, L'identité humaine. Paris: Editions du Seuil, 2001