


 pubblicato su:


PARTECIPAZIONE E EMPOWERMENT PER LA SALUTE

CHE COS'È L'EMPOWERMENT PER LA SALUTE?

Nell'ambito della promozione della salute, si definisce empowerment **il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute** (Glossario della Promozione della salute, OMS 1998)

Esso si realizza quando gli individui e i gruppi sociali sono in grado di:

- 1) esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni
- 2) individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale
- 3) intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali bisogni.

L'**empowerment individuale** si riferisce soprattutto alla capacità del singolo individuo di assumere il controllo della propria vita. Nei processi di empowerment gli individui percepiscono una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi e il modo in cui raggiungerli, e tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti.

L'**empowerment di comunità** si riferisce agli individui che agiscono a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità della vita nella propria comunità. La Carta di Ottawa (OMS, 1986) sottolinea l'importanza di un'azione della comunità, concreta ed efficace, nello stabilire le priorità per la salute, nel prendere decisioni, nel pianificare ed implementare strategie al fine di migliorare la salute. L'**empowered community** è una comunità nella quale gli individui e le organizzazioni utilizzano le proprie abilità e risorse in uno sforzo collettivo per affrontare le proprie priorità di salute e per soddisfare i propri bisogni.

La definizione di empowerment così formulata ha forti affinità con quella di promozione della salute, che si alimenta di processi partecipativi e di coinvolgimento dei soggetti e della comunità.

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sui determinanti di salute e, quindi, di migliorare la propria salute. La **partecipazione** è fondamentale per supportare le azioni di promozione della salute. (Glossario, OMS1998)

PARTECIPAZIONE E EMPOWERMENT NELLE POLITICHE EUROPEE E ITALIANE



Il documento di policy **Salute 2020**, che descrive la strategia e le priorità per la salute approvate dai 53 Paesi della Regione europea dell'OMS, e il **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018** utilizzano le dimensioni dell'empowerment e della partecipazione per aumentare i livelli di collaborazione tra i singoli e tra le organizzazioni dei differenti settori.

Per fare in modo che gli individui e la comunità acquisiscano un maggior controllo nelle scelte di salute (**aver voce e influenzare** i fattori che condizionano la salute e il benessere), è necessario che sviluppino competenze specifiche e abbiano accesso a informazioni, mezzi e opportunità.

In questo senso spetta anche ai professionisti della salute porsi non solo come erogatori di interventi o promotori di iniziative, ma anche come facilitatori e collaboratori, in uno spirito di servizio (**stewardship**),

così da sostenere le iniziative e le richieste dei cittadini.

La partecipazione e il coinvolgimento degli individui e della comunità sono inoltre un prerequisito per intraprendere **azioni sostenibili e volte a ridurre le disuguaglianze.**



I BENEFICI E LE SFIDE DELLA PARTECIPAZIONE E DELL'EMPOWERMENT

I programmi e le azioni fondate sui principi della partecipazione, del coinvolgimento e dell'empowerment offrono benefici sia a livello individuale che comunitario. Ormai è dimostrato che a livello individuale l'aumento della **health literacy**, sostiene una vita più autonoma e facilita l'adozione di comportamenti salutari. Ingredienti di successo sono:

- 1) una buona interazione tra chi occupa posizioni di leadership e il resto dei cittadini
- 2) ambienti favorevoli a raggiungere il pieno potenziale di benessere e salute
- 3) approcci che promuovono nei soggetti e nelle comunità un senso di controllo sui determinanti del benessere, della qualità della vita e della salute.

La **health literacy** indica le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni tali da promuovere e preservare la propria salute (Glossario OMS, 1998)

A livello comunitario è dimostrato che l'aumento del **capitale sociale** influenza il benessere e la salute, integrando ed arricchendo il bagaglio di risorse (economiche, culturali, ambientali) che individui e comunità hanno a loro disposizione. A livello europeo si stima che un aumento del 10% del capitale sociale di una persona tipo, possa produrre un aumento di 2,8 punti percentuali della probabilità che questo individuo sia in buona salute (Rocco, 2012). Il capitale sociale agisce in diversi settori della vita comunitaria: dalla prevenzione della delinquenza minorile e della criminalità, alla valorizzazione dei percorsi formativi ed educativi dei giovani, alla promozione di politiche partecipative. Rafforzare il capitale sociale nelle comunità può rappresentare una via importante per la riduzione delle disuguaglianze socioeconomiche in materia di salute (Kawachi, 1999).

Il **capitale sociale** rappresenta il livello di coesione sociale che esiste all'interno delle comunità. In particolare, si riferisce ai processi che si instaurano tra le persone, che stabiliscono reti, norme e fiducia sociale e che facilitano il coordinamento e la cooperazione per il raggiungimento di un beneficio reciproco. (Glossario OMS, 1998)

La relazione tra rete e il sostegno sociale è stata oggetto di numerosi studi con la dimostrazione dell'**efficacia delle relazioni interpersonali e sociali nel contribuire alla salute** psichica e fisica. La quantità e la qualità delle relazioni e degli scambi tra individui e ambiente condizionano lo sviluppo del sistema mente-cervello. Infatti, studi recenti hanno dimostrato che il sistema nervoso, endocrino e immunitario non funzionano autonomamente al di fuori dell'ambiente sociale, poiché essi reagiscono alle realtà sociali (il plurale è voluto) per mezzo di processi psicosociali, quali sintomi depressivi, solitudine, sostegno sociale, stress percepito, conflitto sociale (De Piccoli, 2014).

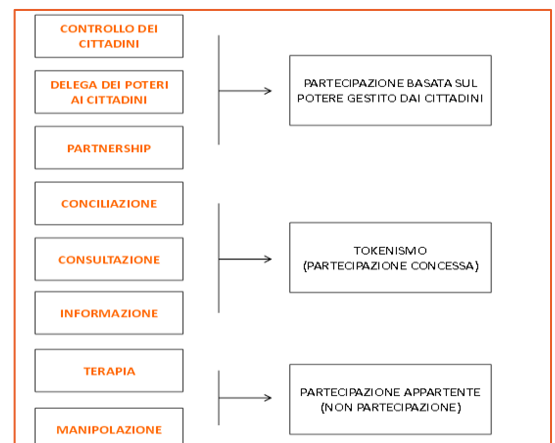
Con l'epigenetica infine viene a spezzarsi l'ultimo diaframma che oscurava la via della conoscenza di questi fenomeni a livello molecolare: gli eventi mentali, consci e inconsci, si traducono in **segnatura epigenetica** che modula l'espressione genica di pattern d'informazione cruciali per la normale attività dell'essere umano, tra cui l'assetto recettoriale cerebrale di ormoni fondamentali, come il cortisolo e altri, fino alla produzione di molecole essenziali alla normale attività degli organi, cervello incluso. La segnatura epigenetica, soprattutto se interviene nelle prime fasi della vita, può influenzare stabilmente l'assetto biologico e comportamentale dell'adulto (Bottaccioli, 2014).

GOVERNANCE PARTECIPATIVA E STEWARDSHIP

I processi partecipativi sono fondanti le politiche per la salute. **Salute 2020** individua come obiettivi strategici il miglioramento della **leadership e governance partecipativa** per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze, attraverso **approcci integrati e strategie intersettoriali di promozione della salute**. Coerentemente il **PNP 2014-2018** afferma nella sua vision il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare (...) con una sistematica attenzione alla intersettorialità e al miglioramento della qualità dei servizi. Propone inoltre che il servizio sanitario assuma una funzione di **stewardship**, intesa come **leadership di servizio**, nella governance delle azioni orientate al miglioramento della salute della popolazione attraverso il confronto diretto con i possibili interlocutori (organizzazioni e stakeholder) per promuovere collaborazioni intersettoriali, e fornendo strumenti e conoscenze per l'attuazione delle iniziative.

VALUTARE LA PARTECIPAZIONE

Esistono in letteratura diversi strumenti per valutare la partecipazione. Nella scala proposta da Arnstein (1969) ai livelli più bassi si trova la manipolazione (una forma di **partecipazione illusoria**), a livelli intermedi l'informazione e la consultazione (una forma di **partecipazione concessa e controllata dall'esterno**), e ai livelli più alti la **partnership e il controllo da parte degli individui**, in cui il potere è maggiormente bilanciato tra decisori e cittadini. La partecipazione non necessariamente promuove empowerment, in quanto può generare sia opportunità (coinvolgimento, responsabilità, equità, democrazia...), sia rischi (retorica, creazione di false aspettative, sfruttamento della fiducia...).



Scala dei livelli partecipativi (Arnstein, 1969)

VALUTARE L'EMPOWERMENT DI UNA COMUNITÀ NEI PROCESSI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE

Esistono in letteratura diverse scale di misura dell'empowerment di una comunità. Recentemente è stata condotta una revisione di lettura (Laverack e Labonte, 2008), che ha sintetizzato le principali dimensioni, chiamate domini (9). Essa può essere utilizzata sia come **strumento** di autovalutazione, sia da valutatori esterni. La comunità può essere intesa sia come comunità locale, sia come comunità organizzata, quali la scuola, i servizi sanitari (ospedale, distretto, poliambulatori...), luoghi di lavoro, carceri... ovvero i contesti di vita e lavoro delle persone nella loro vita quotidiana.

La scala per misurare l'empowerment delle comunità (Laverack e Labonte, 2008) (traduzione a cura di DoRS)

DOMINIO	1	2	3	4	5
Partecipazione comunitaria (community participation)	Non tutti i membri e gruppi della comunità (es. donne, giovani, uomini) partecipano alle attività e agli incontri che si svolgono nella comunità.	I membri della comunità sono presenti alle riunioni/incontri, ma non sono coinvolti nelle discussioni e non offrono il loro contributo.	I membri della comunità partecipano alle discussioni ma non alla presa di decisioni circa la pianificazione e realizzazione. Si limitano a volontariato e donazioni.	I membri della comunità partecipano alle decisioni circa la progettazione e la realizzazione. Esiste un sistema per condividere le informazioni tra i membri.	La partecipazione al decision-making viene mantenuta. I membri della comunità partecipano ad attività esterne alla comunità.
Capacità di analisi dei problemi (problem assessment capacities)	La comunità non ha effettuato un'analisi dei problemi.	La comunità manca di capacità e consapevolezza per effettuare un'analisi dei problemi.	La comunità possiede le capacità. I problemi e le priorità sono state identificate dalla comunità. Non tutti i settori della comunità sono stati coinvolti.	La comunità ha identificato i problemi, le soluzioni e le azioni. L'analisi dei problemi viene utilizzata per rafforzare la progettazione della comunità.	La comunità continua a identificare con competenza e padronanza i propri problemi, le soluzioni e le azioni.
Leadership locali (local leadership)	Alcune organizzazioni della comunità sono prive di leader.	Per tutte le organizzazioni sono presenti dei leader. Alcune organizzazioni non funzionano secondo la guida di leader.	Le organizzazioni della comunità funzionano seguendo le indicazioni dei leader. Alcune organizzazioni non hanno il supporto di leader esterni alla comunità.	I leader prendono iniziative con il supporto delle loro organizzazioni. I leader chiedono una formazione su specifiche competenze.	I leader prendono piena iniziativa. Le organizzazioni danno pieno supporto. I leader lavorano con gruppi esterni per ottenere risorse.
Strutture organizzative (organisational structures)	La comunità non ha strutture organizzative come i comitati/consigli.	La comunità ha costituito delle organizzazioni, ma queste non sono attive.	C'è più di un'organizzazione attiva. Le organizzazioni hanno meccanismi/modalità per permettere ai membri di partecipare in modo significativo.	Molte organizzazioni della comunità hanno stabilito legami reciproci all'interno della stessa comunità.	Le organizzazioni sono coinvolte attivamente all'interno e all'esterno della comunità. La comunità è attivamente impegnata al suo interno e con le altre organizzazioni.
Attivazione delle risorse (resource mobilisation)	La comunità non ha attivato le risorse.	Solo le persone ricche e influenti attivano le risorse identificate nella comunità. I membri stessi della comunità sono "fornitori" di risorse.	La comunità fornisce sempre più risorse, ma non vengono prese decisioni condivise sulla loro ripartizione. Le risorse attivate producono benefici limitati.	Le risorse attivate vengono usate anche per attività esterne alla comunità. La comunità discute circa la distribuzione, ma le decisioni finali non sono eque.	Vengono attivate considerevoli risorse e tutta la comunità decide circa la loro distribuzione. Le risorse sono distribuite in maniera equa.
Collaborazioni con altri (Links to others)	Nessuna	La comunità ha collaborazioni informali con altre organizzazioni e persone, ma senza uno scopo ben definito.	La comunità ha concordato le collaborazioni, ma non è coinvolta nelle azioni e nel loro sviluppo.	Collaborazioni interdipendenti, definite e orientate allo sviluppo della comunità, basate sul rispetto reciproco.	Le collaborazioni generano risorse, fondi e reclutano nuovi membri. Le decisioni producono miglioramenti per la comunità.
Capacità di 'chiedersi perché' (ability to "ask why")	Non si tengono discussioni di gruppo per domandarsi il 'perché' circa le questioni della comunità.	Si tengono discussioni in piccoli gruppi sul 'perché' rispetto a questioni che riguardano la comunità e per mettere in dubbio la conoscenza acquisita.	Si effettuano incontri di gruppo per "ascoltare" gli argomenti che interessano la comunità. Questi gruppi sono in grado di riflettere sui presupposti alla base delle proprie idee e azioni. Sono in grado di mettere in discussione la conoscenza acquisita.	Esiste un dialogo tra i gruppi della comunità per identificare soluzioni e per condurre auto-valutazioni e analisi. Alcune soluzioni vengono sperimentate concretamente.	I gruppi della comunità hanno la capacità di autovalutarsi e di migliorare i propri sforzi nel tempo. Questo porta a un cambiamento collettivo.
Gestione dei programmi (programme management)	Da parte degli operatori.	Da parte degli operatori, ma confrontandosi con la comunità.	Da parte della comunità con la supervisione di operatori. I meccanismi di decision-making sono concordati. I ruoli e le responsabilità sono definiti in modo chiaro. La comunità non ha ricevuto una formazione sulle competenze specifiche di gestione dei programmi.	Da parte della comunità rispetto alla progettazione, attuazione e valutazione con un'assistenza limitata da parte degli operatori. Sviluppo del senso di appartenenza alla comunità.	Autogestione della comunità, indipendente degli operatori. La gestione è responsabile.
Relazioni con consulenti esterni (relationship with outside agent)	Consulenti esterni controllano l'attuazione, i fondi, le risorse e la valutazione del programma.	Consulenti esterni svolgono un ruolo di controllo, ma confrontandosi con la comunità. Questa non partecipa al decision-making. Il consulente agisce a favore dell'ente al fine di produrre risultati.	Consulenti e comunità prendono decisioni condivise. Il ruolo del consulente è concordato reciprocamente.	La comunità prende le decisioni con il sostegno dei consulenti. Il consulente facilita il cambiamento attraverso la formazione e il sostegno.	I consulenti facilitano il cambiamento su richiesta della comunità che prende le decisioni. Il consulente agisce a favore della comunità con lo scopo di costruire competenze.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

TESTI

- Bottaccioli Francesco. Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia. Le due facce della rivoluzione in corso nelle scienze della vita. Saggio scientifico e filosofico. Edra, Milano, gennaio 2014
- Bulsei Gian-Luigi, Podestà Noemi. L'ascolto del territorio. Esperienze di democrazia partecipativa, Aracne, 2014.
- Dallago Lorenzo. Che cos'è l'empowerment. Carocci, 2006.
- De Piccoli Norma. Salute e qualità della vita nella società del benessere – Prospettive interdisciplinari. Carocci, 2014.
- Laverack Glenn, Labonte Ronald. Health Promotion in Action, from Local to Global Empowerment. Palgrave Macmillan, 2008.
- Matricoti Francesca. I teatri di Igea. Il teatro come strumento di promozione della salute. Teorie Italian University Press, 2010
- Nicoli Maria Augusta, Pellegrino Vincenza. L'Empowerment nei servizi sanitari e sociali. Il pensiero scientifico, 2011.
- Ripamonti Ennio. Collaborare. Metodi partecipativi per il sociale. Carocci, 2011.
- Roar Amdam. Planning in Health Promotion Work: an empowerment model. Routledge, 2011.
- Rossi Ghiglione Alessandra. Teatro sociale e di comunità. Audino 2013.

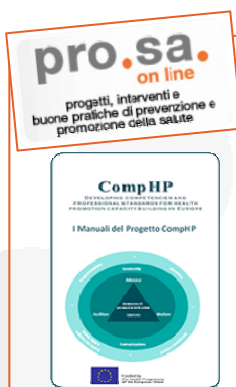
ARTICOLI E DOCUMENTI ON LINE

- Glossario O.M.S. della Promozione della Salute, 1998 – Versione italiana a cura di DoRS
- Health literacy – DoRS - Factsheet n.4, gennaio 2012
- I quaderni di Monitor: "Il sistema sanitario e l'empowerment" – a cura di AGENAS
- Il Capitale Sociale fa bene alla salute, Lorenzo Rocco, 2012.
- Kawachi I, Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health, Annals of the New York Academy Sciences; 896:120-30, 1999,
- La progettazione partecipata intersettoriale e con la comunità – DoRS
- Le strategie di empowerment per la salute tracciate dal documento dell'OMS Salute 2020 e dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – DoRS
- Piano Nazionale della prevenzione 2014-2018 – Ministero della Salute
- Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 – Regione Piemonte
- Progetto CompHP: sviluppo di competenze e di standard professionali in promozione della salute. DoRS. Factsheet n. 9, gennaio 2015
- Salute 2020: Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere. WHO 2013.. Traduzione e recensione a cura di DoRS
- Teatro e salute. DoRS. Factsheet n. 3, novembre 2010
- WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1988 (di cui è disponibile una versione in italiano)

RIFERIMENTI WEB



Approfondimenti nell'area tematica Partecipazione e Empowerment del sito www.dors.it



Nella guida alla progettazione su Pro.Sa. (banca dati e sistema informativo di progetti e interventi di Prevenzione e Promozione della Salute) trovi ulteriori approfondimenti in relazione al ruolo e alle competenze del promotore della salute europeo individuato dal progetto CompHP (Sviluppo di Competenze e di Standard Professionali per la Costruzione di Capacità in Promozione della Salute nell'ambito di un sistema di accreditamento europeo) promosso dall'International Union of Health Promotion and Education.

A cura di

Alessandro Coppo, Rita Longo, Claudio Tortone - DoRS, Regione Piemonte
Maurizio Marino - S.C.a.D.U. Epidemiologia, ASL TO3

Norma De Piccoli, Angela Fedi, Silvia Gattino - Laboratorio di psicologia sociale e di comunità, Dipartimento di Psicologia, UNITO
Alda Cosola, Piero Genovese - S.S. Promozione della Salute, ASL TO3.

La factsheet è stata prodotta in occasione del Seminario Regionale Partecipazione e Empowerment per la costruzione dei piani di prevenzione – 18 febbraio 2015 Avigliana (To) promosso e organizzato dall'ASL TO3, DoRS - Regione Piemonte, Rete HPH&HS Piemonte, in collaborazione con il Coordinamento Operativo Regionale per la Prevenzione – Regione Piemonte (CORP) e il Comune di Avigliana (To)