

CONTRIBUTO TEORICO

“Salutogenesi” come diritto di “apprendere e creare la salute”

Patrizia Garista

ABSTRACT ITALIANO

La salute è uno dei diritti fondamentali dell'uomo. L'approccio centrato sui diritti è una prospettiva attuale nella promozione della salute in quanto si ancora a principi quali l'equità, la lotta alle disuguaglianze a la salute globale. In questo articolo sarà presentata un'interpretazione pedagogica della promozione della salute, dell'empowerment e della salutogenesi. Seguendo questa prospettiva le azioni di promozione della salute per il sostegno dei diritti umani dovrebbero adottare un modello salutogenico e un approccio orientato all'empowerment nella progettazione di interventi. La salutogenesi è quel processo che crea salute, benessere e qualità della vita. In questo processo i determinanti sociali e le risorse personali diventano cruciali nell'esperienza delle persone, esperienza attraverso cui apprendono ad affrontare gli eventi della vita. Quest'ultima affermazione suggerisce e supporta una visione della salutogenesi come processo di apprendimento, un apprendimento per tutta la vita a partire dal quale si crea salute e si afferma la titolarità del diritto alla salute.

ENGLISH ABSTRACT

Health is a fundamental human right. The human rights approach is a new perspective in health promotion because it is related to equity, inequalities and global health. In this paper a pedagogical interpretation of health promotion, empowerment and salutogenesis will be presented. Following this perspective, health promotion actions for human rights should develop both a salutogenic model and an empowerment approach in project plan implementation. Salutogenesis is the process of creating health, wellbeing and quality of life. In this process social determinants and personal resources are crucial in people's experience to learn how to cope life events. This final statement suggests and supports the vision of salutogenesis as a learning process, a lifelong learning for creating health and affirming the right to health.

Introduzione

Il modello teorico della “salutogenesi” viene di seguito presentato in relazione al diritto di salute, come diritto che presuppone un intervento dello Stato ad agire sui principali determinanti eco-socio-economici¹ e sul diritto alla cura ma, soprattutto, come diritto che si costruisce nei processi di autodeterminazione ed emancipazione delle persone e dei gruppi di popolazione. Come ha evidenziato recentemente anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, al fine di sostenere l'equità, la lotta alle disuguaglianze sociali e la salute globale, sarebbe opportuno adottare un approccio alla promozione della salute centrato sui diritti più che sui bisogni.

«L'approccio basato sui diritti presuppone che tutte le persone siano prima di tutto titolari di diritti umani e che la promozione, il rispetto e la tutela di tali diritti non siano azioni da intraprendere su base volontaria o come opzione, ma come dovere individuale e collettivo» (Biemmi, 2009, p. 67).

La titolarità di un diritto si afferma e si concretizza a partire dai modelli culturali, teorici ed operativi di cui le persone e gli organi legislativi sono portatori. Di conseguenza, al fine di tematizzare e problematizzare il diritto di salute in una prospettiva di promozione della salute ed educativa, focalizzeremo l'attenzione intorno alla rielaborazione di Lindström, allievo di Antonovsky,

del modello salutogenico, che guarda alla salute come un processo imbrigliato nell'apprendere dall'esperienza quotidiana.

La salutogenesi sarà dunque esplorata attraverso la lente della prospettiva pedagogica che vede nella genesi della salute un percorso di continuo apprendimento, di lifelong learning. Infine, se il diritto di salute è una titolarità di cui sono portatori i gruppi di popolazione e le persone, titolarità che si concretizza anche attraverso processi di emancipazione e autodeterminazione, sarà utile esplorare il possibile contributo del modello salutogenico, nel lavoro educativo sui diritti, in relazione all'empowerment, ed in particolare alla prospettiva di Paolo Freire dell'empowerment (Wallerstein, Bernstein, 1988).

1. Il diritto alla salute e alla sua tutela tra emancipazione e autodeterminazione

Nell' art. 32 della Costituzione si afferma che

«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Nella Costituzione si sottolinea dunque che mantenere e perseguire uno stato di benessere psico-fisico e sociale non è solo un diritto fondamentale di ogni persona ma altresì un interesse per la collettività più ampia, la quale sarebbe avvantaggiata dalla buona salute degli individui che ne fanno parte. Lo Stato, di conseguenza, si fa garante della promozione della salute a livello legislativo, programmatico, burocratico - organizzativo, di ricerca e sperimentazione per sostenere un sistema di tutela della salute in linea con le esigenze sociali ed economiche. Questo significa che le persone, come cittadini, vantano un diritto soggettivo di tutela della salute, personale, collettiva e dell'ambiente, un diritto che possono far valere e pretendere con modalità più o meno attive, partecipative, di responsabilità, di controllo e potere.

Tuttavia, la tutela della salute ha a che fare non solo con ciò che permette di vivere senza malattie, al contrario è strettamente legata ai processi di affermazione di sé e quindi a processi di emancipazione e autodeterminazione dei cittadini. Sono stati proprio i processi di emancipazione, autodeterminazione e lotta a sistemi culturali e politici di assoggettamento che hanno avviato movimenti di partecipazione e cittadinanza attiva in grado di influenzare le linee di intervento legislative e programmatiche del nostro sistema sanitario (si pensi ad esempio alla legge sull'aborto e alla costituzione dei consultori negli anni settanta). Il valore attribuito alla cura della persona e dell'ambiente non è sempre stato costante nel tempo, ma è stato fortemente influenzato dai bisogni sociali e da modelli culturali che problematizzano e tematizzano costrutti quali salute e malattia. Come sostiene Ivan Cavicchi (Idem, 2006) il diritto alla salute andrebbe continuamente "ricontestualizzato" a partire dai modelli culturali, dai bisogni dei cittadini e dell'ambiente in continua evoluzione e, soprattutto, in funzione della cura della persona e dell'ambiente come istanze fondatrici di un diritto, al di là del benessere/malessere economico e finanziario di un paese. Secondo Cavicchi, se non vi è attenzione verso la persona e l'ambiente non vi può essere alcuna garanzia del diritto alla salute, ma al contrario una serie di norme più o meno esplicite, in grado di creare soggetti che si "autoregolano" in funzione di comportamenti ritenuti leciti e coerenti con le scelte politiche ed economiche, proprio come afferma Foucault nelle sue analisi delle pratiche preventive (Coveney, 1998).

Ed è da questa associazione di Cavicchi tra diritto alla salute e cura della persona e del territorio, come valore imprescindibile (la quale si realizza nella storia di emancipazione, nelle pratiche di partecipazione, di cittadinanza attiva e di autodeterminazione del soggetto e della comunità più

ampia, nonché dalle indicazioni dello right-based approach to health), che vorremmo partire per esplorare le vie di fuga e gli spazi di raccordo tra il diritto alla salute e l'esperienza dell'apprendere come essere titolari, tutelare e rivendicare tale diritto.

I tre casi a seguire, tratti da esperienze di formazione in promozione della salute, rappresentano tre situazioni in cui diritto di salute e altri diritti si intersecano e si condizionano, richiamando l'attenzione sull'esperienza, sui contesti e sui significati che si possono comporre intorno al vissuto di salute, malattia e cura e su come essi possano influenzare e definire le scelte, i comportamenti, la partecipazione, il controllo e il potere per la costruzione di un proprio equilibrio di salute.

“Siamo in un lussuoso hotel di Roma. Safia e Maha fanno parte di una delegazione irachena che partecipa al Workshop Italo-Iracheno sulle Pari Opportunità organizzato dal Ministero degli Affari Esteri (Direzione Generale Paesi del Mediterraneo e Medio Oriente - Task Force Iraq) nel febbraio 2007. Tra arredi confortanti e buffet prelibati, si discute, si presentano esperienze, ricerche e studi in corso, spesso in netto contrasto con l'ambiente che funge da sfondo. Soprattutto però si raccontano diritti negati in nome di altri diritti. Il tema della giornata a cui partecipo è “la salute come diritto dell'individuo e interesse della comunità”, in particolare con un contributo su: l'istruzione come determinante della salute. Safia e Maha raccontano di cosa ci si ammala in Iraq, di persone lontane dal fronte che devono fare i conti con malattie nuove, rare, sconosciute, spietate. Raccontano di famiglie intere ammalate e spesso decimate dalle patologie che la guerra e le armi hanno portato nel loro paese. Raccontano di donne e bambini che vorrebbero la pace, certo, ma una pace che lasci intatto il diritto a nascere e crescere sani. Nelle storie di Safia e Maha non c'è spazio per un diritto più importante della salute e della sua tutela.”

“In Italia, lontani dalla trincea e dalle armi chimiche, si combatte un'altra battaglia per la libertà, ogni giorno, in carcere. Qui i significati di salute e malattia sono capovolti. In un contesto dove spesso non vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza (LEA), la malattia è la vera risorsa. Paolo, ad esempio, ha barattato sigarette e altri oggetti di scambio con farmaci di ogni tipo che ha raccolto e messo insieme. L'obiettivo è preparare un cocktail efficace, al fine di provocare uno stato di intossicazione per poter usufruire di un intervento in tutela della salute capace di offrire una fuga dal carcere. Non vi è ambizione a star bene in carcere, piuttosto la malattia garantisce privilegi e momenti di benessere oltre il disagio quotidiano. Il diritto alla salute in carcere non può seguire nessuna logica legata ad aspirare uno stile di vita sano o all'educazione terapeutica per evitare complicanze. Piuttosto, si cerca la malattia ad ogni costo, per richiamare la tutela della salute che in questo caso vuol dire: diritto alla libertà.”

“In un altro setting, la scuola primaria, un bambino in classe non riesce a stare attento, a lavorare in gruppo con gli altri bambini, a elaborare un compito. Si lamenta e spesso piange. L'insegnante cerca di capire cosa c'è dietro questo atteggiamento e realizza, parlando con il bambino e i suoi genitori, che ha diversi denti cariati, che gli fanno male a tal punto da non riuscire a stare a scuola. La sua famiglia non può permettersi le cure. L'insegnante si attiva, chiama il servizio di igiene orale dell'azienda sanitaria, mette a conoscenza i genitori delle risorse che il sistema sanitario può fornire in questi casi. Perché per usufruire di un diritto, non è solo importante che vi sia una risorsa presente nel contesto ma altresì che si conoscano o si sappiano cercare le risorse e le opportunità a disposizione. La loro presenza in sé non implica un beneficio per la salute. Più che la presenza di risorse e la tutela di un diritto è importante imparare a ricercare le risorse, personali e del contesto, a orientarsi per risolvere problemi e prendere decisioni positive per la propria salute”.

2. Potere e controllo ai soggetti sui loro diritti di salute: la prospettiva dell'empowerment in promozione ed educazione alla salute

Nei tre casi-storia raccontati, molto diversi tra loro, l'elemento comune rintracciabile è quello delle disuguaglianze sociali, che influenza la tutela della salute oltre il diritto di salute stabilito a livello legislativo e che fa emergere il livello di reale controllo e potere che abbiamo rispetto a ciò che può determinare la salute. Nella pratica di promozione ed educazione alla salute ci siamo ormai abituati a sentire e nominare un concetto a cui difficilmente ancor oggi diamo un'accattivante traduzione: l'empowerment. Dare potere e controllo ai soggetti è, infatti, uno degli obiettivi prioritari della promozione della salute ed è fondamentale ognqualvolta si voglia sostenere l'assunzione di una libertà e responsabilità nella scelta di comportamenti/azioni in grado di sostenere la ricerca di un proprio equilibrio di salute e l'affermazione dei propri diritti. Da qui la necessità di affrontare la questione su come agire per promuovere empowerment anche da un punto di vista delle strategie educative. Eppure il legame tra empowerment e strategie educative non si giustifica solo nella ricerca di una pragmatica dell'empowerment, bensì si radica nella genesi del concetto, che gran parte della letteratura internazionale riconduce a vari esponenti delle scienze sociali tra cui il pedagogista brasiliano Paulo Freire. Ripercorrere velocemente il percorso di Freire può aiutare a capire meglio il contesto in cui si è generato e la fama di cui gode attualmente in molti discorsi e progetti sulla salute. Paulo Freire è nato e cresciuto in un ambiente in cui le disuguaglianze sociali e culturali erano molto forti, in cui persone "powerless", senza potere, definiti poi "gli oppressi", vivevano situazioni in cui difficilmente potevano assumere controllo su ciò che determinava la propria salute. Sebbene noi ci collochiamo in una cornice storica assai differente da quella brasiliana degli anni 50/60 (anche se gli ultimi anni di crisi economica hanno fatto riaffiorare molti problemi legati alle disuguaglianze, all'equità e alla salute globale), possiamo però affermare che, a tutt'oggi, molti problemi di salute e di qualità di vita dipendono in gran parte da disuguaglianze sociali, mancato accesso alle informazioni di salute (health and risk literacy), incapacità di partecipare attivamente alla presa di decisione rispetto a un piano terapeutico, rispetto all'ambiente fisico - sociale in cui si vive, rispetto alle influenze che gruppi di potere (mass media, pari, enti governativi) ci impongono inconsapevolmente, influenzando stati di benessere e malessere. Come afferma Cavicchi non siamo cioè in grado di influenzare positivamente l'affermazione del valore della persona e dell'ambiente in funzione del diritto di tutela della salute. Per Freire quella realtà poteva essere trasformata. E trasformarla significava "umanizzare" il mondo, nel senso di creare una coscientizzazione capace di far emergere i contributi di tutti alla costruzione di conoscenze sul mondo e sulle azioni che ne derivano. Egli differenzia la "coscientizzazione" dalla "presa di coscienza", atto puramente razionale. Nella prima, infatti, sono presenti elementi emotivi ed affettivi, sociali e politici oltre che cognitivi. Alla base di tale assunto, con una connotazione marcatamente emancipativa, si radicano i concetti di partecipazione, processo educativo ed empowerment, in cui l'azione educativa diventa il motore di avviamento in grado di sostenere gli altri. Un intervento educativo deve aiutare le persone a uscire da uno stato di malessere, di mancanza di potere, di assoggettamento, apparentemente senza soluzioni possibili e quindi senza speranza e deve far acquisire un linguaggio critico per guadagnare speranza e creare possibilità di cambiamento, perché è questo di fatto lo scopo dell'agire educativo: lavorare sul futuro, creare situazioni e tempi storici in cui inserire azioni di trasformazione, di costruzione della realtà in cui portare speranze di cambiamento. Il concetto di empowerment si genera dunque in uno spazio in cui individuo e gruppo ne supportano lo sviluppo a vicenda e in cui l'educatore si colloca come figura che non deve dare risposte ma condurre, creare un ambiente in grado di sostenere il processo di costruzione di una conoscenza e di una prassi partecipate.

Ma cosa caratterizza il processo di empowerment in relazione alla tutela della salute? Nella storia di Safia e Maha il diritto alla salute sembra schiacciato da una guerra in nome di altri diritti. A quali risorse possono fare riferimento le famiglie per crearsi un equilibrio o per affermare la loro titolarità al diritto alla salute? E' possibile parlare di empowerment in un contesto di guerra, in carcere o a scuola con le stesse modalità?

3. L'empowerment: il sacro graal della promozione della salute?

Il glossario della promozione della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, parafrasando Nutbeam, definisce l'empowerment come un processo attraverso cui le persone guadagnano più controllo sulle decisioni e le azioni che riguardano la propria salute. In seguito, tale definizione è stata meglio elaborata delineandone meglio sia gli aspetti concettuali sia le conseguenze sul piano operativo. «Empowerment può essere un processo sociale, culturale, politico o psicologico attraverso cui gli individui o i gruppi sociali sono capaci di esprimere i propri bisogni, presentare i propri interessi, proporre strategie per essere coinvolti nella presa di decisioni e nel perseguire azioni politiche, sociali e culturali che incontrino tali bisogni. Tramite il presente processo le persone constatano una più evidente corrispondenza tra gli obiettivi della loro vita e il senso di come perseguiрli nonché una relazione tra i loro sforzi e ciò che realizzano. La Promozione della Salute (PdS) non solo comprende azioni dirette a rafforzare le life skillse quelle individuali, ma anche influenzando le sottostanti condizioni sociali ed economiche e l'ambiente fisico che hanno un impatto sulla salute. In questo senso la PdS è diretta a creare le condizioni che offrono la migliore possibilità che si verifichi una relazione tra gli sforzi degli individui/gruppi e i risultati di salute conseguenti. Bisogna fare una distinzione tra empowermentindividuale e di comunità laddove l'empowerment individuale si riferisce principalmente all'abilità dell'individuo di prendere decisioni e di avere controllo sulla propria vita personale. Empowerment di comunità riguarda gli individui che agiscono collettivamente per sviluppare maggiore influenza e controllo sopra i determinanti di salute e di qualità della vita nella loro comunità ed è una finalità importante nell'azione comunitaria per la salute» (Nutbeam, 1998).

Anche tale definizione però non chiarisce questioni, possiamo affermare ancor in parte aperte, che ruotano intorno a questo concetto: quale legame c'è, provato scientificamente, tra empowerment e miglioramento delle condizioni di salute? Come promuoverlo esattamente? Come valutarlo? E quando possiamo affermare di promuovere realmente un processo di empowerment?

In riferimento a tali quesiti ci si è domandati se l'empowerment non sia un "sacro graal" della PdS, cioè il famoso vaso di cui si narra l'esistenza ma che non si sa dove sia e come cercarlo (Rissel, 1994). Innanzitutto richiamiamo la definizione di PdS per cui essa corrisponde al "processo di mettere le persone in grado di accrescere il controllo su o di migliorare la propria salute" (OMS; 1986). In effetti, lo scopo della PdS sembra strettamente legato al concetto di empowerment. Empowerment, tuttavia, è una definizione complessa in quanto si costruisce sul contributo di letterature specifiche differenti. E' un'idea che si radica nella lotta per i diritti civili, il movimento femminista, l'ideologia di "azione sociale" degli anni '60 e quella delle prospettive di auto-aiuto degli anni '70. In seguito, negli anni '80, l'empowerment è stato promosso come la teoria principale della psicologia di comunità (Rappaport, Francescato). Negli anni '90 può essere considerato parte del più ampio movimento che cerca di restituire maggior controllo ai cittadini in molte aree della loro esistenza, compresa quella medica, della tutela e cura della salute, (si veda ad esempio Ivan Illich), dell'educazione alla salute, del movimento di auto-aiuto, dell'ambiente fisico, dell'assistenza domiciliare. Quando parliamo di empowerment dunque richiamiamo una storiografia non indifferente, tanto che sembrerebbe ambizioso poter rintracciare una bibliografia

internazionale completa, proprio perché è oggetto di studio di innumerevoli campi disciplinari (storico, sociologico, psicologico, pedagogico, studi sulle organizzazioni e le risorse umane ecc.). Muovendoci nel contesto di promozione della salute ci affidiamo dunque alla sistematizzazione di Rissel, per cui è chiaro come l'empowerment sia qualcosa che debba generarsi dal di dentro, e questo è un principio importante da considerare nella decisione circa quali strategie utilizzare. Proseguendo nel dibattito, negli anni successivi si è cominciato a distinguere l'empowerment individuale da quello di comunità e a considerare le differenziazioni tra l'esperienza soggettiva di empowerment psicologico e l'obiettiva realtà delle condizioni sociali strutturali modificate nel proposito di ricollocare le risorse. Un conto è avere la percezione di essere empowered e un conto è poterlo essere.

Empowerment individuale e di comunità si riferiscono al benessere di un singolo o di un gruppo ma soprattutto alla capacità di controllare e riequilibrare le risorse che permettono un migliore stato di salute (servizi offerti e bisogni di salute, accesso alle risorse sanitarie: es qualità di vita in una famiglia con persona a carico; adolescenti che vivono in quartieri dove i fattori di rischio sono più elevati, partecipazione dei gruppi minoritari –bambini, anziani, donne, immigrati). Ciò che risulta rilevante ai fini dell'empowerment, seguendo l'analisi di Rissel è la compresenza di quello individuale e di quello di comunità, anche se non sempre si riscontra una tale corrispondenza. I modelli di sviluppo di empowerment sintetizzati da Rissel risultano molto interessanti per comprendere come le azioni di trasformazione e di affermazione di un diritto possano fare riferimento a livelli differenti di empowerment compresenti in una comunità. Nello specifico sono tre i modelli guida presentati nello sviluppo e nella valutazione dell'empowerment. Quello sistematico, delle componenti, di Torre (si promuovono micro fattori come autostima e autoefficacia, per poi lavorare su fattori di mediazione quali la costruzione di conoscenze e pensiero critico, con la finalità di influenzare macro fattori delle strutture sociali, culturali, politiche ed economiche). Il modello stadiale di Kieffer invece prevede diversi momenti (stadi) che portano allo sviluppo di empowerment. Si inizia con il cosiddetto "momento di entrata" (quello in cui si cominciano a esplorare e comprendere i ruoli di potere e autorità), al "momento di avanzamento" (in cui le persone attraverso le relazioni con mentori e i loro pari si attivano in azioni di dialogo e problem solving), al "momento di incorporazione" (nei gruppi che discutono e attivano richieste) fino al "momento dell'impegno" (quello che richiede partecipazione attiva e azioni di advocacy, che richiamano un vero e proprio impegno politico, come cittadini capaci di influenzare e avere un peso nelle decisioni politiche ed economiche). Un ulteriore modello stadiale è quello di Shift e Levin. Questi autori individuano un primo stadio in cui si prende atto della propria assenza di potere e controllo (la consapevolezza del disempowerment), un secondo stadio di azione sociale attraverso cui si cerca di riappropriarsi del potere e controllo, e infine una terza fase in cui si attivano azioni di cambiamento sociale e politico. Questi modelli aiutano a comprendere come in un lavoro di promozione dell'empowerment non sempre tutte le persone coinvolte risultano empowered allo stesso livello e nello stesso momento. Così come non sempre un lavoro sull'autoefficacia può essere considerato sufficiente a supportare un impegno di azione sociale e politica che l'empowerment richiede rispetto all'affermazione di sé e dei propri diritti, compreso quello di salute.

Rissel prosegue la sua analisi in modo provocatorio domandandosi dove sia il "potere" nell'empowerment. La volontà di non offrire ricette risponde alla caratteristica dell'empowerment di stare paradossalmente tra un equilibrio fatto di "potere e controllo" tra soggetti e storie di un soggetto, che ne influenzano i fattori che lo supportano. La prospettiva di Lupton e Tulloch destruisce, con il pensiero di Foucault, l'idea che l'empowerment, ovvero la capacità delle persone

di avere potere e controllo sui determinanti della propria salute, sia il giusto mezzo per un progetto su di Sé. Tale progetto coinvolge non solo uno sviluppo di tipo cognitivo e culturale ma anche sociale, relazionale, corporeo. Le persone dunque devono in continuazione acquisire conoscenze e competenze per gestire il proprio progetto su di sé e il proprio benessere rendendosi empowered, eppure tali conoscenze non sono mai da considerarsi esaustive nella nostra società (knowledge based society), la quale ci insegna ad accettare la relatività dei saperi. Le persone si trovano così a scegliere, decidere, sopesare in continuazione rischi e benefici sulla base di conoscenze che potrebbero anche non essere risolutive per i loro problemi (Idem, 1998).

Nell'empowerment di fatto c'è sempre una relazione tra chi è empowered e chi non lo è. Basti pensare che la promozione della salute è un'attività burocratica, ancorata a istituzioni o professionisti che lavorano in istituzioni o associazioni empowered. E' difficile immaginare in questo senso un processo che non sia calato dall'alto. In sostanza il paradosso potrebbe essere che si cerca di produrre empowerment ma in realtà si fa disempowerment. Si tratta quindi di trovare un giusto bilanciamento, di creare un'azione di co-power in cui entrambi collaborano in questo riequilibrio volto a bilanciare le risorse (Lupton, Tulloch, 1998; Freire, 2004). Il processo di bilanciamento, della ricerca di un equilibrio tra situazioni che si presentano come polarità portatrici di significati opposti (potere, assenza di potere; salute, malattia; risorse, mancanza di risorse; fattori positivi, fattori di rischio) è alla base della genesi della salute. Un processo, come spiega Lindström, reso possibile dalla possibilità di dare un significato agli eventi, di riorientarsi in continuazione (life-guiding skills), e infine dalla capacità di fare di ogni esperienza un'occasione di apprendimento.

4. Creare salute dando potere: Salutogenesi per "apprendere il diritto alla salute" e il suo controllo

Attraverso la storiografia dell'empowerment abbiamo costruito una mappa concettuale, rappresentandolo come un processo che, non solo risponde a finalità emancipative e di giustizia sociale ma che è in grado di dare potere, contribuendo a creare salute più che a contrastare la malattia e i fattori di rischio, guardando alle persone come a soggetti che partecipano attivamente alla costruzione della loro qualità di vita e che affermano quotidianamente un loro diritto. In tale prospettiva la finalità diventa creare da una parte ambienti socioeconomici in grado di supportare scelte di salute, dall'altra sostenere gli individui nel far diventare le scelte di salute scelte facili. A partire da tali assunti secondo Koelen e Lindstrom l'empowerment si presenta non solo come un principio ma come una teoria solida che orienta lo stato di benessere individuale e di comunità. Non si può prescindere allora, in tale inquadramento, dall'esaminare in modo più approfondito il modello della salutogenesi di Antonovsky, il quale ci sembra poter delineare un framework teoretico ben strutturato e completo per l'empowerment.

Secondo Antonovsky² (Idem, 1998), il principale teorico della salutogenesi, la salute coincide con la ricerca continua di un equilibrio tra uno stato di completo benessere e uno stato di completo malessere, che può oscillare spesso nel corso di un ciclo di vita. La salute diviene allora un'esperienza di apprendimento permanente che porta a confrontare se stessi, la propria storia con gli eventi della vita. Per creare il proprio equilibrio di salute le persone hanno bisogno di comprendere la situazione in cui si trovano al momento nel suo insieme, di riconoscere delle risorse e di utilizzarle con successo. Nel modello salutogenico è possibile compiere un movimento verso la salute a partire dalla disponibilità di risorse di resistenza (GRRs). Si tratta di fattori (interni ed esterni al soggetto) biologici, materiali, psicosociali. Risorse sono ad esempio (soldi, conoscenze, esperienze, autostima, strategie di coping, legami, supporto sociale, impegno, cultura, intelligenza, tradizioni, ideologie, arte, religione) (Lindström, Eriksson, 2005). Non ci si riferisce solo a ciò

che c'è a disposizione ma a ciò che le persone sono in grado di utilizzare e riutilizzare: infatti, possono esserci risorse a disposizione ma se le persone non le riconoscono o non vi hanno accesso è come se non ci fossero, proprio come nel caso dei servizi di igiene orale per il bambino del caso narrato precedentemente. Attraverso tali risorse le persone possono costruirsi un bagaglio di esperienze (non necessariamente positive) in grado di aiutarle a ricostruire la trama della loro storia in situazioni di stress, a trovare un significato e a dirigersi verso una salute positiva. Il costrutto di senso di coerenza (SOC) è determinante nel modello della salutogenesi. Si riferisce alla capacità personale di dare significato agli eventi, costruita nell'elaborazione delle esperienze fatte, di vedere che è possibile affrontare ogni situazione, indipendentemente da ciò che sta succedendo nella propria esistenza. Come affermato da Eriksson e Lindström, salutogenesi e promozione della salute hanno le stesse finalità e spesso si concretizzano in azioni sovrapponibili. Ciò che le distingue è l'elaborazione teorica: la promozione della salute è un approccio che individua campi d'azione e strategie operative, la salutogenesi si offre come una vera e propria teoria in grado di dare sostegno e di orientare le azioni di promozione della salute (Eriksson, Lindström, 2008).

I concetti sopra illustrati si focalizzano molto sulle risorse (e la loro disponibilità) e sull'abilità (appresa) di gestire e usare queste risorse. Sulla base di questi elementi Koelen e Lindström definiscono l'empowerment individuale nel modello salutogenico come: un processo attraverso cui le persone guadagnano controllo e padronanza sulla loro vita, tramite cui imparano a vedere più stretti legami tra i loro obiettivi e il senso di come ottenerli, e tramite cui imparano a vedere una relazione tra i loro sforzi e i relativi risultati" (Koelen, Lindström, 2005).

Questa visione della salute, evidenziando gli elementi processuali della costruzione di un equilibrio di salute (personale e al tempo stesso in dialogo con l'ambiente circostante), attualmente recepisce le sfide poste dal lifelong learning. La salute diventa infatti, nella prospettiva offerta da Lindström ed Eriksson «una questione di apprendimento». Inoltre, a un lavoro di educazione alla salute concentrato sull'infanzia, l'adolescenza o l'età adulta si va via via sostituendo un lavoro di educazione alla salute che fin da subito si organizza intorno a setting in cui la gente vive, ama, gioca, lavora³. Non si apprende un comportamento di salute una volta per tutte, quanto piuttosto si impara, quotidianamente e nel proprio contesto di vita, a costruire uno stile di vita coerente con se stessi e della propria storia. Molte ricerche sugli stili di vita e le scelte di salute oggi suggeriscono di leggere i comportamenti di salute nella prospettiva del life course e degli eventi significativi (adolescenza, andare a vivere da soli, nascita del primo figlio) in cui si ridefina la propria idea di sé e di conseguenza la propria idea di star bene.

Il modello della salutogenesi ingloba in sé molti studi provenienti da altri settori disciplinari e da altri teorici contemporanei tra cui ricordiamo: il capitale sociale, il capitale culturale, la resilienza, l'autoefficacia, l'empowerment, le teorie ecologico - sistemiche, il coping ecc. Di fatto, l'elaborazione di Antonovsky voleva creare un modello teorico che, a partire da studi fenomenologici basati sulle storie di vita, e il loro confronto con altri costrutti, potesse sistematizzarsi al punto tale da elaborare strumenti di analisi (come la scala per misurare il senso di coerenza) e strumenti operativi (l'applicazione dei risultati delle ricerche a sistemi come quello scolastico o sanitario).

«La salutogenesi e la resilienza sono due costrutti che descrivono il processo di creazione della salute, del benessere e della qualità di vita, a partire da condizioni normali per lo sviluppo dell'esistenza o considerando come superare traumi e difficoltà nel corso della vita. Non è una coincidenza che le teorie e gli studi che riguardano la salutogenesi e la resilienza sono fenomenologicamente fondati su dati come le «storie di successo», ovvero storie che si evolvono in una direzione positiva nonostante la carenza di risorse o eventi traumatici» (Garista et al., 2014).

La salutogenesi, attraverso le sue storie, ha insegnato che è possibile invertire il trend di situazio-

ni negative apparentemente senza via d'uscita, con poche risorse, determinanti socio-economici sfavorevoli alla salute così come raccontano Safia e Maha. Così come può succedere all'interno di un carcere, in cui la malattia sembra la vera risorsa. Infatti, quando parliamo di risorse facciamo riferimento a qualcosa che può essere interpretato in modo mutevole, nel tempo e tra le persone di uno stesso contesto.

Gli allievi di Antonovsky hanno continuato le sue ricerche, e in particolare Lindström ed Eriksson, che hanno evidenziato le implicazioni del modello salutogenico nell'ambito della promozione della salute, sostenendo che tutti possono imparare a creare il proprio equilibrio di salute e, dunque, che la salutogenesi è un apprendimento continuo a partire dalla propria esperienza, sia essa relativa a un contesto di disastroso (di tipo ambientale o di guerra), sia essa relativa a un contesto di costrizione della libertà e dell'autodeterminazione come in carcere.

Si può affermare che, nella prospettiva di Lindström, la salutogenesi è un apprendimento dalla vita e per tutta la vita, in cui l'elemento fondatore è l'equilibrio soggettivo che ognuno riesce a costruire tra il proprio Sé e l'ambiente circostante. Solo così le persone possono creare coerenze tra la loro quotidianità e la complessità di nuove conoscenze ed essere al centro del processo, attive, partecipi, soddisfatte, capaci di affermare i propri diritti. La salutogenesi dunque permetterebbe di "icontestualizzare" continuamente il diritto di salute come sostenuto da Cavicchi a livello di sistema, e di apprendere nuove strategie per orientare le scelte di salute personali e della collettività. Il guadagno formativo della salutogenesi si esplicita in questa capacità trasformativa dell'ambiente, della propria interpretazione di una situazione apparentemente negativa e soprattutto nella capacità di mobilitare risorse e assets presenti nel proprio contesto.

Anche se la valutazione dell'impatto sulla salute del modello salutogenico, così come possiamo affermare per l'empowerment, è complessa non è impossibile. Sicuramente il fattore tempo è fondamentale. Ogni progetto che si genera dal modello salutogenico o dall'empowerment deve considerare un tempo molto lungo anche di decine di anni per poter riscontrare dei risultati sullo stato di salute di persone, gruppi e ambiente. Tuttavia, è possibile definire nel breve termine delle priorità nella mobilitazione delle risorse e degli assets e soprattutto nella progettazione di ambienti in grado di favorire esperienze di apprendimento sulla salute. In particolare, segnaliamo, degli elementi chiave che secondo Lindström⁴ devono guidare la progettazione di interventi di educazione alla salute e, possiamo dire, anche a sostegno della titolarità del diritto di salute. Gli elementi chiave che non devono risultare assenti sono: a) adottare un approccio che comprenda l'insieme delle indicazioni della Carta di Ottawa e i suoi campi d'azione; b) mettere al centro l'interesse per i diritti dell'uomo; c) focalizzare l'attenzione sullo sviluppo di risorse per la salute, attenzione verso i diversi determinanti di salute; d) guardare all'empowerment come il meccanismo chiave; e) focalizzarsi sul contesto e non solo sugli individui; f) alla base di ogni progetto ci deve essere un pensiero di tipo ecologico, sostenibile rivolto all'ambiente nel suo insieme.

In chiusura riportiamo quelle che secondo Lindström sono le domande chiave da porsi in fase di progettazione al fine di sostenere come apprendere e creare i propri diritti di salute.

«Stai veramente cercando le risorse che creano salute? Stai considerando il gruppo target nel suo contesto? (le sinergie con i livelli più alti supportano il tuo progetto). Sei coinvolto nelle domande di qualità di vita del gruppo target? Come si inserisce l'empowerment nel progetto? Stai costruendo un sistema globale intorno alle finalità del tuo lavoro? Stai pensando in termini di tempi lunghi? Hai un senso di coerenza che renda possibile per il gruppo target sviluppare a sua volta un senso di coerenza?»

I livelli di salute non variano in modo casuale. Uno dei modelli più utilizzati dall'OMS, per analizzare i determinanti socio-economici che influenzano la salute e definire politiche sanitarie ade-

guate, è quello di Dahlgren/Whitehead, di solito ricordato con il famoso grafico ad arcobaleno. Nel modello salutogenico l'analisi dei determinanti diventa fondamentale rispetto alla questione dell'analisi delle risorse esterne ed interne che permettono la costruzione di un equilibrio di salute.

Note

1 I livelli di salute non variano in modo casuale. Uno dei modelli più utilizzati dall'OMS, per analizzare i determinanti socio-economici che influenzano la salute e definire politiche sanitarie adeguate, è quello di Dahlgren/Whitehead, di solito ricordato con il famoso grafico ad arcobaleno. Nel modello salutogenico l'analisi dei determinanti diventa fondamentale rispetto alla questione dell'analisi delle risorse esterne ed interne che permettono la costruzione di un equilibrio di salute.

2 Antonovsky è un sociologo della medicina che tra i primi ha iniziato a studiare perché e in che modo le persone che hanno fatto esperienza di detenzione nei campi di concentramento siano poi riuscite a vivere con un livello di qualità della vita soddisfacente.

3Come si sostiene nella Carta di Ottawa del 1986, OMS.

4Gli elementi chiave e le domande chiave per inserire i principi della salutogenesi nella progettazione sociale ed educativa sono stati elaborati e presentati da Bengt Lindström durante un seminario del Master in Promozione della Salute ed educazione sanitaria dell'Università di Perugia

Bibliografia

- Antonovsky A. (1996), A salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.
- Biemmi I. (2009), Dalla Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Crc) alla pedagogia dei diritti, In Mazzucchelli F., Sartori L., a cura di, *Emergenza Educazione. Costituzione e diritto formativo*, Franco Angeli, Milano.
- Cavicchi I. (2006), *Malati e governatori. Un libro rosso per il diritto alla salute*, Dedalo, Roma.
- Coveney J. (1998), The government and ethics of health promotion: the importance of Michel Foucault, *Health Education Research*, 13 (3), pp 459-468.
- Eriksson M. Lindstrom B. (2008) A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter, *Health Promotion International*, 23 (2) 190-199
- Garista P., Sardu C., Mereu A., Campagna M., Contu P. (2014), The mouse gave life to the mountain: Gramsci and health promotion, *Health Promotion International*, doi:10.1093/heapro/dau002
- Lindström B., Eriksson M. (2005). Salutogenesis, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442
- Lupton D., Tulloch J. (1998), The adolescent unfinished body, reflexivity and HIV/AIDS risk, in *Body & Society*, 4 (2), 19-34
- Nilsson L., Lindström B. (1998), Learning as a Health promoting process: The salutogenic interpretation of the Swedish curricula in state education, *Internet Journal of Health Promotion*, URL: <http://rhpeo.net/ijhp-articles/1998/14/index.htm>.
- Nutbeam D. (1998), Health promotion glossary, *Health Promotion International*, 13 (4), pp 349-364

OMS (1986), La carta di Ottawa

Freire P. (2004) *Pedagogia dell'autonomia. Saperi necessari per la pratica educativa*, EGA, Torino.

Koelen MA, Lindström B. (2005), Making healthy choices easy choices: the role of empowerment, *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 510-516.

Rissel C. (1994), Empowerment: the holy grail of Health Promotion, *Health Promotion International*, vol 9, n.1, pp 39- 47.

Wallerstein N., Bernstein E. (1988), Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education, *Health Education Quarterly*, 15 (4) 379-94