



Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Partire dalle persone



Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASLTO3 - Regione Piemonte (SEPI)

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASLTO3 - Regione Piemonte (DoRS)

Prospettive Ricerca Socio-Economica S.A.S.

Università degli Studi di Torino, Dipartimento Culture, Politica e Società

Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Paola Capra, Alessandro Coppo, Luisa Dettoni, Roberto Di Monaco, Maurizio Marino, Silvia Pilutti, Alessandra Suglia

Partire dalle persone

Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti

Ottobre 2017

Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Il policy brief è stato realizzato nell'ambito del progetto, finanziato dall'INMP, "Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute".

Autori: Paola Capra **(1)**, Alessandro Coppo **(1)**, Luisa Dettoni **(1)**, Roberto Di Monaco **(2)**, Maurizio Marino **(3)**, Silvia Pilutti **(4)**, Alessandra Suglia **(1)**

Si ringrazia per la revisione critica del contributo *La governance della comunità* Claudio Tortone **(1)**

- (1)** Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Asl TO3 - Regione Piemonte
- (2)** Università degli Studi di Torino. Dipartimento Culture, Politica e Società
- (3)** Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - Asl TO 3 - Regione Piemonte
- (4)** Prospettive Ricerca Socio-Economica S.A.S.

La data dell'ultimo accesso ai riferimenti bibliografici e sitografici è ottobre 2017

Immagine di copertina: autore Jerónimo Bernot in Unplash.com

Per informazioni:

- info@dors.it
- silvia.pilutti@prospettivericerca.it
- roberto.dimonaco@unito.it

L'opera riceverà il codice ISBN quando verrà completata la pubblicazione di tutte le sue parti



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale

Sommario

Introduzione	5
Partire dalle persone	7
Capitale sociale e apprendimento individuale	7
Dallo svantaggio sociale alla cattiva salute	7
Cosa cambia per le politiche pubbliche?	8
La proprietà protettiva e capacitante del capitale sociale	10
L'apprendimento per nuovi comportamenti	12
Nuove relazioni per nuovi comportamenti	17
Bibliografia	21
La governance della comunità	22
Governance partecipativa	22
Definizioni e direzione del processo di coinvolgimento	23
Cosa si intende per comunità e chi definisce la comunità	23
Azioni di coinvolgimento della comunità guidati dall'esterno	25
Azioni di coinvolgimento della comunità guidate dall'interno	27
Il coinvolgimento, tra strategia utilitaristica e di empowerment	28
Modelli basati su una strategia utilitaristica (strumentale)	28
Modelli basati su un approccio di empowerment	29
Oltre la contrapposizione dei due modelli	31
Bibliografia	33
Evidenze e raccomandazioni	35
La revisione sistematica e metanalisi O' Mara-Eves	36
La revisione Cochrane Anderson	41
La revisione Weiss	46
Raccomandazioni e suggerimenti per la pratica	49
Bibliografia	55

Introduzione

Processi partecipativi, coinvolgimento della comunità e rafforzamento del ruolo della comunità negli interventi da mettere in atto sono termini che ricorrono sempre più spesso nei documenti di programmazione delle politiche sanitarie.

L'attenzione a questi concetti viene di solito messa in relazione a:

- una maggiore e più consapevole adesione dei cittadini, in particolare delle fasce sociali più vulnerabili, ai programmi proposti, con ricadute importanti sulla salute e sul contrasto delle disuguaglianze sociali
- un rafforzamento delle competenze degli individui e delle risorse delle comunità nella realizzazione delle iniziative, in un'ottica di sostenibilità sociale ed economica delle politiche messe in atto.

Le persone aumentano il controllo sulla propria salute se hanno maggior grado di libertà e auto-determinazione nei comportamenti. Questa capacità, secondo le teorie e le esperienze cui fa riferimento il presente documento, cresce quando il contesto sociale prossimo alle persone le aiuta e le sostiene concretamente in questa direzione. Perciò le relazioni sociali, la comunità, diventerebbero un alleato chiave per cambiare i comportamenti in direzione della promozione della salute.

Quali sono le evidenze di efficacia degli interventi che si pongono l'obiettivo di un coinvolgimento attivo della comunità locale? Come le diverse modalità di attivazione della comunità agiscono sulla salute e sulla riduzione delle disuguaglianze? Quali sono i meccanismi che possono rafforzare i processi partecipativi? Come tali meccanismi si traducono in rinforzo delle competenze e della capacità delle singole persone di prendere le decisioni più adeguate rispetto a stili di vita e comportamenti salutari? Come la comunità può supportare scelte salutari? Quale il ruolo degli operatori in questi processi? Quali cambiamenti culturali e professionali sono necessari? Questi sono alcuni dei quesiti che hanno dato origine a questo report, che si struttura in due contributi distinti.

Il primo contributo approfondisce le relazioni tra la persona e la comunità, per mettere a fuoco in quale modo le relazioni sociali prossime possano costituire capacità sociali aggiuntive per la salute, decisive per tutti, ma in particolare per chi ha maggiori fragilità. Avere o meno relazioni e valori guida utili a proteggere la salute non è un prodotto del caso, ma un prodotto sociale: scambi, solidarietà, identificazione e fiducia si costruiscono, nei diversi ambienti di vita (quartiere, scuola, luoghi di lavoro, ambiti di fruizione dei servizi, volontariato, ecc.) con specifiche azioni e

politiche, che possono diventare una pratica quotidiana per gli operatori sanitari e sociali, all'interno delle normali attività di lavoro.

Il secondo contributo si concentra sulle azioni rivolte alla comunità nel suo insieme.

Il primo capitolo presenta alcune definizioni dei concetti utilizzati nei discorsi sulla comunità e alcuni modelli partecipativi, con studi di caso su esperienze internazionali. Il secondo capitolo illustra le più recenti evidenze scientifiche sull'efficacia del coinvolgimento della comunità, in termini di riduzione delle disuguaglianze, nelle politiche di promozione della salute e le raccomandazione per guidare la pratica.

Dal report emergono due indicazioni fondamentali:

- la necessità di coinvolgere la comunità e puntare sulla partecipazione, per promuovere la salute
- la difficoltà di tradurre in pratica, nei differenti ambienti e contesti, questa strategia, senza farla diventare solo uno slogan, un rito superficiale, una pratica burocratica e formale.

In questo senso le proposte di metodi e strumenti che troverete nel documento andrebbero discusse, socializzate e interiorizzate, per assicurarsi che risultino in grado di allineare davvero le pratiche concrete della partecipazione agli obiettivi ambiziosi che quegli stessi metodi le attribuiscono.

Partire dalle persone

Capitale sociale e apprendimento individuale

Silvia Pilutti e Roberto Di Monaco

Dallo svantaggio sociale alla cattiva salute

Come sappiamo, le persone in molte circostanze non mettono in atto i comportamenti, ovvero i modi di essere e di fare, che potrebbero migliorare o mantenere la loro salute. Vi sono situazioni in cui il cambiamento dei comportamenti diventa necessario, talvolta con urgenza, per promuovere il benessere. Ciò avviene in tutti gli ambienti di vita: a scuola, sul lavoro, nel proprio quartiere, nei gruppi di amici, ecc.

Sappiamo inoltre che le scelte di comportamento individuale, negative per la salute, sono associate in modo inequivocabile allo svantaggio sociale della persona, in forma di gradiente, ovvero mano a mano che diminuisce il livello della posizione sociale, comunque misurata, crescono i rischi sociali connessi a determinati comportamenti e peggiora la salute. L'evidenza empirica mostra che i comportamenti individuali più favorevoli alla salute sono ostacolati dallo svantaggio, e quindi la cattiva salute diventa un effetto delle disuguaglianze sociali.

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

Bisogna notare che 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. Questo perché non si tratta di relazioni causali dirette, come tra il virus e la malattia, ma mediate; infatti sia lo svantaggio, sia il mancato/diverso comportamento che, come ci dicono le statistiche, è ad esso associato, sono sempre collocati in un contesto sociale.

Dunque, 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.

In questa prospettiva le rappresentazioni che stabiliscono relazioni dirette tra condizioni socioeconomiche (ad esempio, essere un lavoratore manuale fa male), ecologiche (abitare vicino a spazi verdi fa bene) o socioculturali (essere istruiti e bene informati fa bene) e i danni alla salute, sono in realtà delle forme di riduzionismo riguardo alla spiegazione causale di ciò che genera il danno (Di Monaco e Pilutti, 2014). In altre parole, mostrano un effetto vero, come ci dicono le statistiche, ma semplificano o travisano i motivi per cui l'effetto negativo si verifica.

Cosa cambia per le politiche pubbliche?

Per chiarire questo punto è utile fare riferimento ad uno schema di analisi degli effetti delle disuguaglianze sulla salute che poggia sulla teoria di Sen, distinguendo i seguenti elementi:

- i **mal-funzionamenti** rappresentano disagi connessi alla difficoltà di mettere in atto comportamenti, modi di essere e di fare, orientati a conseguire il benessere, che chiamiamo **funzionamenti**. Possono riguardare direttamente la salute o più in generale la vita sociale
- le **risorse**, sono beni strumentali al raggiungimento di tali specifici funzionamenti, ad esempio la bicicletta per muoversi
- le **capacità di fare o di essere** rappresentano il grado di controllo sulla trasformazione delle risorse per mettere in atto i funzionamenti scelti. La capacità include una componente legata alle abilità dell'individuo ed una legata alle sue opportunità reali di scelta. La prima cresce con l'apprendimento e quindi con le esperienze di reale progresso nell'esercizio dell'autonomia e nell'accrescimento del patrimonio di competenze (ad esempio esperienze formative, culturali, relazionali, professionali, ecc.). La seconda cresce quando aumenta il set di possibilità effettive di scelta (*entitlements*) a disposizione dell'individuo, nell'ambito di una più ampia gamma di funzionalità possibili (*functionings*). Nell'esempio, avere la bicicletta non genera di per sé la possibilità di muoversi, bisogna essere capaci ad andare in bicicletta e deve esserci una strada che è possibile percorrere, per raggiungere il luogo in cui ci si propone di andare (Sen, 1986).

L'ampiezza delle possibilità effettive di scelta denota la libertà positiva dell'individuo e consente anche di distinguere le condizioni di soggetti che hanno disagi connessi a mal-funzionamenti simili (ad esempio uno stile di vita dannoso per la salute), ma fondati su regimi di libertà e autodeterminazione molto diversi (qualcuno ha maggiori margini di scelta e qualcun altro è costretto). Una strategia di promozione della salute dovrebbe mirare a favorire la scelta di comportamenti coerenti, sia quando essi sono ostacolati dallo svantaggio sociale, sia quando le persone hanno ampi margini di scelta.

Promuovere questi comportamenti individuali richiederebbe, dunque, alle politiche e ai servizi di creare condizioni di capacità delle persone e di attuabilità dei comportamenti nel loro contesto sociale prossimo, ovvero nei molteplici ambienti di vita e sistemi di relazioni in cui le persone

quotidianamente si trovano.

Sono quindi due i principali obiettivi operativi delle politiche e dei servizi, secondo questo approccio.

Innanzitutto, potenziare le capacità realmente esprimibili dalla persona, a parità di risorse individuali disponibili, rendendo possibili funzionamenti adeguati. In questo caso il valore aggiunto sarebbe dato dal rafforzamento di meccanismi di apprendimento e di cooperazione, che consentono alle persone di migliorare i propri funzionamenti grazie all'interazione con altri.

In secondo luogo, accrescere le effettive possibilità di scelta disponibili e migliorare l'orientamento delle persone alle scelte di comportamento. Esse spesso sono costrette in una circoscritta gamma di alternative ritenute appropriate nel loro ambiente sociale e seguono nei fatti specifici percorsi socialmente strutturati (concatenazione di scelte nel tempo). Una donna, ad esempio, potrebbe non scegliere un certo indirizzo di studio o mestiere, o un uomo non prendere un permesso genitoriale, ecc. perché le rappresentazioni condivise nel loro contesto di riferimento, socialmente costruite, ostacolano le scelte, come l'assenza di strade impedisce la circolazione. Anche la rappresentazione sociale delle alternative praticabili potrebbe però cambiare attraverso processi diffusi di apprendimento, tali da modificare l'orizzonte di alternative che i soggetti ritengono appropriate.

In questa prospettiva, quindi, le disuguaglianze avrebbero effetto sui comportamenti più o meno orientati alla salute, attraverso il ruolo delle interazioni e interdipendenze sociali, che dipendono da come le reti sociali intorno alle persone sono costruite e funzionano.

Per questo motivo, nella progettazione di politiche e servizi, per cambiare i comportamenti delle persone, bisognerebbe tener conto delle regole che guidano il rapporto tra i comportamenti e il contesto sociale. Possiamo schematicamente indicare tre tipi di regole (Barbera e Negri, 2008):

- regole formali, che disciplinano le azioni delle persone sia attraverso meccanismi coercitivi sia attraverso incentivi e sanzioni, che generano vincoli e opportunità. Sappiamo come esse abbiano efficacia limitata nell'evitare alcuni comportamenti a rischio per la salute (ad esempio per alcol e droghe)
- regole che fanno riferimento a concezioni, valori e norme sociali presenti nella comunità, che le persone ritengono giusto o appropriato seguire (non mi ubriaco perché penso che non sia giusto)
- regole relative all'essenza stessa dell'esperienza di azione nel gruppo, al suo significato, al modo in cui dovrebbe essere condotta e all'identità cui viene associata, per come se la rappresentano le persone che vi partecipano. In questo caso sarebbe centrale il riconoscimento delle persone prossime nella comunità, cui si tiene, per appartenere al quale si mettono in atto determinati comportamenti (nel mio gruppo di amici non ci ubriachiamo).

Non dovrebbe sfuggire che questo modo di considerare i comportamenti individuali non si limita a dare importanza alla dimensione oggettiva delle condizioni e delle scelte delle persone (l'individuo povero, che vive in un alloggio degradato, che svolge un lavoro manuale logorante, ecc. è a rischio per la salute), ma evidenzia che i comportamenti hanno i significati che le persone gli attribuiscono, che non sono un prodotto esclusivamente individuale, ma condiviso nelle relazioni sociali prossime (per i miei conoscenti uno come me è un povero fallito, non invito nessuno in casa perché mi vergogno, ogni giorno sul lavoro mi sento svilito e umiliato). Tali significati spiegano i comportamenti delle persone e gli effetti sulla salute.

Riepilogando, per cambiare i comportamenti delle persone da cui derivano effetti significativi sulla salute, sarebbe necessario sia accrescere le loro capacità di far emergere e utilizzare le risorse a loro disposizione, sia ampliare la gamma di alternative di comportamento ritenute socialmente praticabili. Per raggiungere questo risultato sarebbe necessario agire sulle reti prossime alle persone, promuovendo e facendo evolvere il sistema di interazioni, interdipendenze e significati in cui le stesse persone sono immerse e che hanno effetto contemporaneamente sulle loro condizioni oggettive e sul loro modo di viverle. Gli anziani che vivono in un paesino di montagna, se si aiutano reciprocamente restano *anagraficamente* soli, ma la loro solitudine potrebbe cessare di generare conseguenze sociali e di salute.

La proprietà protettiva e capacitante del capitale sociale

Il concetto di capitale sociale rappresenta bene quella proprietà delle relazioni sociali che le rende in grado di aumentare la capacità delle persone di raggiungere determinati funzionamenti, a parità di risorse e capacità individuali.

In base alle teorie, in presenza di un adeguato livello di capitale sociale, ci si può attendere che le persone riescano a raggiungere più facilmente i propri obiettivi, tra cui certamente affrontare criticità sociali o controllare la propria salute. Più in dettaglio, ci possiamo aspettare effetti a due livelli.

In primo luogo, a un livello strumentale, dove le persone si relazionano di più per convenienza, danno aiuti per avere qualcosa in cambio. Il capitale sociale quindi implica:

- maggiori scambi e reciprocità, si dà e ci si aspetta un ritorno, non necessariamente simmetrico o immediato
- elevata fiducia nell'aiuto da parte di altri. Vi è maggior aiuto nelle relazioni prossime (ad esempio in un caseggiato tra vicini di casa), perché aumenta il controllo sociale e le persone cercano di essere coerenti con l'aiutarsi per evitare di farsi vedere indifferenti ed essere disapprovati dagli altri.

In secondo luogo, a un livello espressivo, dove le persone si relazionano di più per esprimere un valore. In questo caso il capitale sociale implica:

- aumento di importanza di specifici valori e norme sociali: aiutare, donare, ricambiare è ritenuto giusto
- aumento della solidarietà nel gruppo omogeneo, nella rete circoscritta di relazioni, ad esempio nel caseggiato. Aiutare esprime identità e riconoscimento nel gruppo (Pizzorno, 2007).

In sintesi, ci attendiamo due effetti concreti dalla disponibilità di adeguati livelli di capitale sociale in una specifica comunità:

- 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
- 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.

Queste qualità delle relazioni che definiscono il capitale sociale non dovrebbero essere considerate in astratto, sulla base delle intenzioni, ma esisterebbero in tanto quanto *svelate* da comportamenti concreti, che ne mostrano l'esistenza.

Tradizionalmente il capitale sociale è definito accentuando due distinti profili: sia la sua natura di bene privato, che a livello individuale consente alle persone di mobilitare determinate risorse relazionali di cui dispongono per risolvere i propri problemi (Van Der Gaaga et al., 2005), sia quella di bene pubblico, che caratterizza una determinata comunità, territorio, o insieme di soggetti, da cui è collettivamente prodotto e fruito (Barbieri, 2005). In entrambi i casi, tuttavia, il suo effetto sui comportamenti individuali passa attraverso meccanismi sociali all'interno della rete di relazioni, che dipendono dalla sua struttura, dai livelli di fiducia che la caratterizza, dai valori e dalle forme di riconoscimento che le persone al suo interno esprimono.

Queste proprietà del capitale sociale certamente non si sviluppano ovunque in modo spontaneo e non hanno una distribuzione omogenea. Pertanto contribuiscono esse stesse alle disuguaglianze tra le persone e tra le comunità, in aggiunta alle disuguaglianze sociali misurate sulla posizione sociale e su altri parametri individuali.

Dunque, la promozione di comportamenti individuali tesi al benessere dovrebbe considerare la duplice importanza del contesto, nell'ostacolare o nel sostenere le persone, soprattutto quelle con maggiori difficoltà di controllo sulla salute. In entrambi i casi, seguendo la teoria del capitale sociale sarebbe necessario, per ottenere risultati concreti, *mettere in fase*, ovvero far procedere in modo coordinato, il cambiamento individuale con le proprietà del contesto prossimo.

L'apprendimento per nuovi comportamenti

Come generare contemporaneamente il cambiamento dei comportamenti individuali e quello del contesto sociale prossimo in cui le persone sono inserite?

Una risposta a questo interrogativo viene dalla prospettiva metodologica e dagli strumenti della ricerca-azione. La tradizione dell'*action research* è interdisciplinare e si sviluppa nei decenni, a partire dagli inizi del secolo scorso, con varie matrici disciplinari e differenti impostazioni (Dubost e Lévy, 2007). Essa può essere definita come «un'azione deliberata, volta a promuovere un cambiamento nel mondo reale, impegnata su scala ristretta ma inglobata in un progetto più generale, sottoposta a certe regole e discipline per ottenere degli esiti di conoscenza o di senso» (Dubost, 1984). In questa logica, **la salvaguardia della salute diventa un valore guida**, che muove ricercatori e attori ad agire per modificare situazioni di rischio e aumentare il benessere. Tuttavia, l'ipotesi su cui si basa la ricerca-azione richiede a tutti di abbandonare la posizione di osservatore neutrale, che studia il problema dall'esterno e suggerisce soluzioni, ma di entrare nel campo di ricerca-azione ponendosi a fianco degli attori che lo vivono, per interpretarne con loro il senso e, per questa via, giungere a scoprire differenti configurazioni del problema e ipotesi di azione, fatte proprie in prima persona dagli stessi soggetti.

Una strategia di questo genere, quindi, dovrebbe collocarsi all'interno dei contesti sociali e di relazione delle persone e dovrebbe mirare a renderle protagoniste, prima che dell'azione, della ricostruzione del senso che i comportamenti - che sappiamo essere rischiosi per la salute - assumono per loro in quel contesto sociale, che è anche il loro ambiente vitale, da cui giustamente non si vogliono e non si possono separare. Non è detto che in un ambiente sociale - di scuola, lavoro, residenza, ecc. - vi siano idee congruenti sui rischi per la salute e sulle possibili soluzioni, come non è detto che queste rappresentazioni siano coerenti con le conoscenze scientifiche.

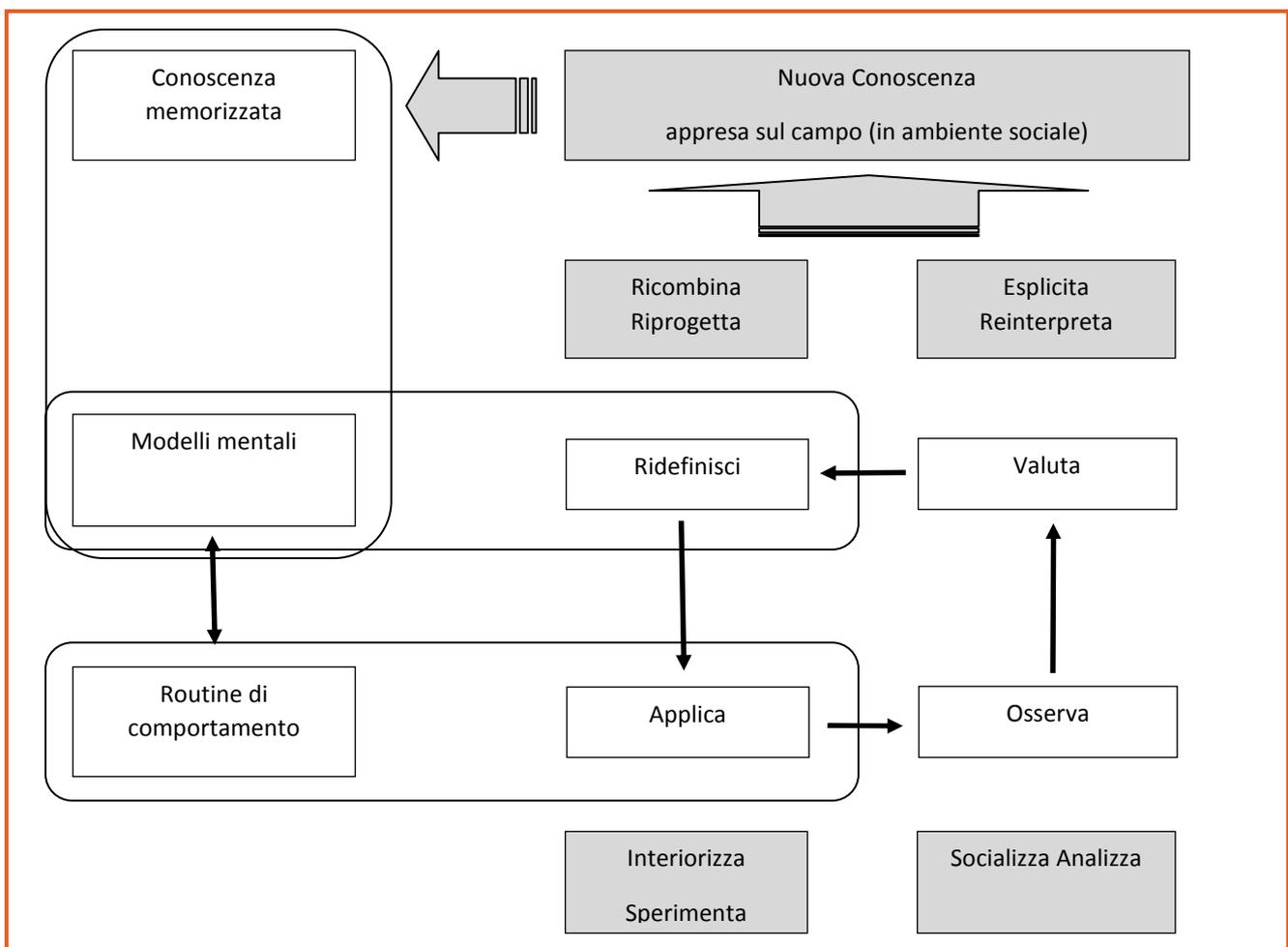
La necessità di formulare ipotesi non scontate sui problemi emergenti e sui cambiamenti necessari renderebbe quindi appropriata l'opzione per la ricerca-azione. Essa include diverse dimensioni al suo interno: è un'attività che produce nuova conoscenza per chi la svolge, ma è anche un'azione di cambiamento, formativa per le persone e incisiva per le pratiche collettive che caratterizzano gruppi e ambienti coinvolti. Sono gli stessi partecipanti che si rendono conto del cambiamento, quando avviene, nel loro modo di interpretare alcuni aspetti della realtà in cui vivono ed è su questa trasformazione di prospettiva e di senso che si fonda il cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi (Manoukian, 2007). In questa prospettiva la ricerca-azione è soprattutto una modalità di approccio ai problemi, più che una rigida sequenza di strumenti e metodi (Manoukian, 2007).

Dobbiamo notare che la mobilitazione degli attori non riduce l'importanza della ricerca tradizionale, che ha provato scientificamente i danni per la salute di determinate condizioni e

comportamenti, ma mira a ricostruire l'osservazione dal punto di vista di chi agisce, al fine di utilizzare le informazioni fornite da un sapere esterno predefinito. Bisogna anche dire che questo modo di procedere dal basso, centrato sul coinvolgimento e sull'interpretazione e la riformulazione dei problemi per individuare nuove soluzioni, teorizzato fin dalla prima metà del Novecento dall'*action research*, appare oggi molto più in linea con gli approcci sociali e organizzativi che puntano sull'apprendimento e sul miglioramento continuo, di quanto non potesse apparire coerente con le culture organizzative di stampo gerarchico, burocratiche e tayloriste, dominanti nel secolo scorso (Di Monaco e Pilutti, 2016).

Per rappresentare l'effetto della ricerca-azione sui meccanismi di apprendimento utilizziamo una nostra rielaborazione dello schema proposto da Kim, riferimento per l'impostazione dell'Unione Europea sui processi di sviluppo delle competenze (Winterton, Delamare-Le Deist e Stringfellow, 2006).

Figura 1.



Fonte: Winterton e altri (2006), Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype (nostro adattamento)

Secondo lo schema della **Figura 1**, per acquisire conoscenza nelle attività quotidiane di lavoro o di altra natura, cioè per adottare nuovi modi di operare, di affrontare i problemi e per introdurre azioni innovative, è necessario sviluppare una sequenza di azioni. In particolare, agire e osservare i risultati ottenuti, ma anche valutare e quindi ridefinire le proprie azioni, individuando soluzioni migliori e facendole diventare pratiche correnti (cambiamento delle routine). In questo modo, secondo la teoria, si adattano e si evolvono i nostri modelli mentali, dai quali attingiamo continuamente per interpretare i problemi che ci troviamo davanti e per scegliere soluzioni e comportamenti adeguati (Weick, 1995).

Lo schema mette bene in evidenza come molti comportamenti possano essere routinari, fondati su modelli mentali e rappresentazioni della realtà già acquisiti come abitudini di comportamento, anche sostenute da stereotipi (Rolando et al., 2015). In questo caso non c'è particolare riflessione o nuova decisione, ma ci si limita a riprodurre il comportamento, date certe circostanze. Possono appartenere a questa tipologia di comportamenti il modo individualistico di affrontare i problemi in un condominio, o la bassa cooperazione tra i frequentatori di un giardino pubblico, o i riti giovanili sull'uso di alcol, ecc. In questi casi, l'obiettivo dell'apprendimento consisterebbe nel mettere in discussione i modelli mentali che stanno dietro il comportamento abituale. Come abbiamo visto, non si tratta di un obiettivo facilmente raggiungibile, perché non è sufficiente introdurre nuove informazioni, apprese, memorizzate e perfino condivise a livello individuale, per cambiare i modelli mentali che costituiscono il riferimento per i comportamenti sociali.

Per questo, la strategia della ricerca-azione è fondata sul presupposto che le azioni del circuito dell'apprendimento - agire, osservare, valutare e ridefinire - non siano azioni compiute da individui isolati, ma si sviluppino mentre siamo immersi nelle nostre relazioni sociali, in compagnia di altri, sotto i loro sguardi e i loro giudizi, che a nostra volta influenziamo. È quindi utile rappresentare il circuito dell'apprendimento come un processo allargato, nel quale le quattro fasi che abbiamo descritto avvengono con un significativo livello di condivisione sociale. La mia azione, ad esempio di ignorare il vicino che sta male, o di sporcare il giardino, o di bere, non è isolata, e quando la osservo essa appare come un comportamento coerente con le pratiche diffuse, la sua valutazione e il significato che gli viene attribuito, da me e dagli altri, è in linea con norme sociali condivise in quell'ambiente e il mio comportamento è approvato dai miei amici che ho intorno, agli occhi dei quali mi interessa apparire coerente. Tutti ignorano i vicini, tutti sporcano il giardino, tutti bevono. Queste circostanze rafforzano il modello mentale che guida il comportamento.

Nella **Figura 1**, la componente sociale è rappresentata dai box grigi, che diventano passaggi obbligati per qualsiasi cambiamento. Questo è il punto focale della ricerca-azione, che è fondata sul presupposto che per migliorare il benessere non ci si possa rassegnare a fuggire davanti alle situazioni incoerenti. Certamente, un adolescente può smettere di frequentare determinati amici con cui si beve troppo, un cittadino può cambiare quartiere se quello dove vive è troppo

degradato, un lavoratore può cambiare azienda se quella dove lavora non consente di migliorare la qualità del lavoro. Però, la scelta è difficile e presenta controindicazioni, sia sul piano individuale, sia su quello sociale. Per il giovane, rinunciare alle relazioni sociali con un gruppo di amici può essere costoso e a volte insuperabile. Denota, comunque, un'incapacità di gestire il conflitto tra obiettivi contrastanti. Lo stesso può valere per la rinuncia a un lavoro o a un ambiente di vicinato. Dal punto di vista sociale, se ci si propone di sviluppare l'empowerment delle persone e la qualità degli ambienti sociali per tutti coloro che li frequentano e che spesso non possono scegliere, la via maestra è quella dell'apprendimento e del miglioramento, che mira a modificare i modelli di comportamento e le norme sociali. Sarebbe quindi un passaggio obbligato per la prevenzione e la riduzione delle disuguaglianze di salute, ma lo è anche per promuovere innovazione e miglioramento continuo nei luoghi di lavoro, ed è il motivo per cui anche nelle imprese e nei servizi pubblici si chiede ai giovani di padroneggiare le competenze sociali.

Da questo punto di vista le analogie sono illuminanti. Nello schema, compaiono, nei box grigi, le quattro parole - Socializzare, Esplicitare, Combinare e Interiorizzare - che compongono il famoso modello SECI, proposto da Nonaka e Takeuchi (1995), il più utilizzato nella letteratura internazionale per rappresentare lo scambio di conoscenze necessario a sostenere i processi di innovazione e di miglioramento continuo nel lavoro (Farnese e Centonze, 2016; Nonaka e Takeuchi, 1995). Il modello può essere utilizzato come strumento per cogliere ed eventualmente potenziare le fasi concettualmente distinte di un processo che, in realtà, è un solo unico flusso continuo, che si verifica almeno in parte in tutti i luoghi di lavoro, indipendentemente dal fatto che se ne abbia coscienza.

La prima fase sottolineata dal modello è la socializzazione di conoscenze prevalentemente tacite, che avviene quando più persone lavorano insieme, fianco a fianco, o con ruoli differenti (artigiano e apprendista, coordinatore e operatore, ecc.), su qualche oggetto o finalità almeno parzialmente comune. In questa fase, in modo tacito, ci si scambia informazioni sul modo di lavorare, si vede come gli altri lavorano, si è osservati dagli altri. Analogamente, potremmo dire che si vede come i vicini di casa o i frequentatori del giardino affrontano i problemi quotidiani. Questa è una situazione di interazione sociale che mette in mostra i comportamenti e svela, in parte, i modelli mentali sottostanti.

La seconda fase è l'esternalizzazione, dove le conoscenze tacite vengono parzialmente esplicitate. Le persone, soprattutto attraverso il linguaggio, possono esplicitare il senso che attribuiscono alle azioni che fanno, i nessi causali retrostanti, la propria valutazione dei risultati dell'azione messa in atto. Nel momento in cui l'azione si è materializzata e il suo significato è stato descritto, è possibile rielaborare la conoscenza espressa nell'azione, i suoi diversi aspetti, e fare ipotesi diverse su come potrebbe essere condotta l'azione. In alcuni casi la presenza di un errore, di un falso nesso causale, può apparire evidente e suggerire quasi automaticamente un

cambiamento. Tuttavia, per modificare routine consolidate di comportamento, è probabile che sia necessario uno sforzo intenzionale per andare oltre le rappresentazioni abitudinarie che giustificano l'azione. Ciò può essere favorito, per esempio nel lavoro, trovandosi a fianco di colleghi diversi dal solito gruppo, che provengono da altre esperienze. Anche nel condominio, in questa fase, potrei scoprire che tizio non aiuta caio perché pensa di essere da lui disprezzato, o tizio sporca il giardino perché è convinto che un suo diverso comportamento apparirebbe come una debolezza agli occhi degli altri, ecc.

La terza fase è quella della combinazione di conoscenze che sono state esplicitate, dove le persone, avendo capito la sensatezza di alcuni possibili adattamenti dell'azione, rielaborano possibili modalità di svolgimento dell'azione, che potrebbero proporre delle varianti rispetto all'azione che prima si svolgeva. Sul lavoro, questo processo, svolto coinvolgendo differenti persone e ruoli organizzativi, dovrebbe portare a codificare in modo più o meno formalizzato alcune nuove conoscenze e nuovi modi di agire. Soprattutto nelle piccole imprese non è necessario che queste conoscenze siano formalizzate in documenti o mansionari per essere efficaci sotto il profilo organizzativo, ma è sufficiente che vengano condivise e ritenute valide tra coloro che sono interessati all'azione. Nelle attività sociali possono emergere nuovi modi di comportarsi, ci si aiuta tra vicini, si pulisce a turno il giardino, perché si scopre e si sperimenta che è meglio ai fini del proprio benessere, ma si è anche sostenuti dal cambiamento di significato che il nuovo comportamento assume nel contesto sociale prossimo: avverto che la mia disponibilità ad aiutare o a pulire il giardino diventa un valore agli occhi degli altri che popolano la scena, non più un motivo di dileggio, come credevo.

La quarta e ultima fase è quella dell'internalizzazione delle conoscenze esplicite rielaborate, che dovrebbero entrare a far parte dei modelli mentali delle persone interessate e quindi dell'azione, contribuendo a modificare il patrimonio di conoscenze che tacitamente guidano i comportamenti quotidiani. Aiutare, pulire o non bere diventano nuove routine. Il capitale sociale cresce con l'apprendimento di nuovi comportamenti individuali e si pongono basi favorevoli a ulteriori evoluzioni.

Pare verosimile che le quattro azioni nel loro insieme compongano circoli viziosi o virtuosi, su cui può avere effetto la strategia della ricerca-azione per generare spazi, ambienti, azioni e incentivi per stimolare tutte e quattro le fasi, in modo che siano in progressiva attivazione.

Nuove relazioni per nuovi comportamenti

Dobbiamo notare che la teoria dei processi di apprendimento che abbiamo descritto poggia sulla cooperazione tra le persone e sulle relazioni attraverso cui ci si scambia conoscenza per generare forme di innovazione nei comportamenti. Tuttavia, l'intensità della cooperazione e l'ampiezza delle reti di relazione è a sua volta un prodotto della ricerca-azione e, più in generale, delle modalità di organizzazione delle relazioni sociali. Ad esempio, la ricerca-azione può creare gruppi di lavoro, momenti di discussione, azioni collettive, ecc., che sono modi sia per sviluppare un ambiente sociale adatto all'apprendimento sui problemi oggetto di attenzione al momento, sia per aumentare il livello di infrastrutturazione sociale permanente.

Secondo questa tesi, cooperazione e apprendimento non sono due meccanismi separati: nei contesti sociali e organizzativi e soprattutto nella relazione tra organizzazioni differenti (ad esempio tra la scuola, l'università, l'impresa, i servizi sociali, la sanità, ecc.), l'apprendimento scaturisce dalla cooperazione, dall'essere impegnati sullo stesso obiettivo e dal condividere risorse informative, sperimentazioni concrete e quindi processi di rielaborazione e ricombinazione delle conoscenze disponibili, che fanno scoprire nuovi modi di pensare o fare le proprie attività, i propri prodotti o servizi. L'apprendimento può anche far prendere coscienza di problemi su cui può essere utile mobilitare consulenze specialistiche, fare ulteriori investimenti, anche formativi, promuovere alleanze formalizzate con altri enti o con istituzioni formative, ecc.

Seguendo questa impostazione, non c'è innovazione nei comportamenti senza apprendimento, non c'è apprendimento senza sforzi per mettere in relazione conoscenze astratte e pratiche concrete, osservazione dei risultati e ricerca di soluzioni migliorative in un determinato gruppo e ambiente sociale. Queste soluzioni vogliono concretamente dire modi di fare le cose e di comportarsi, sul lavoro come nei contesti sociali, che producono risultati concreti e misurabili, ad esempio in direzione della riduzione dei rischi per la salute.

Le norme e i meccanismi di identificazione sembrano prescindere molto spesso dalle valutazioni di carattere scientifico sui rischi per la salute e le persone non sembrano in grado di esercitare un controllo su questi aspetti, perché dovrebbero riuscire a gestire conflitti tra principi e bisogni differenti non facilmente conciliabili. Per questo, l'ipotesi della ricerca-azione pare particolarmente appropriata: ripartire dai bisogni e dalla ricerca, attraverso la rielaborazione collettiva, di soluzioni da sperimentare.

Il proposito di far diventare l'ambiente sociale prossimo alle persone un laboratorio di cambiamento dei comportamenti è denso di conseguenze.

Innanzitutto, si tratta di una scelta contro le rigidità e le atrofie dei modelli mentali, con cui le persone ricostruiscono e interpretano le caratteristiche della situazione in cui agiscono. Molti comportamenti diventano nel tempo routinari, e entrano a far parte delle pratiche condivise che le

persone mettono in atto quando si trovano in una determinata situazione. Ciò avviene in qualsiasi comunità, nella scuola e nella formazione, come nei luoghi di intrattenimento e lavoro. Così ad esempio possono essere interpretati i rituali legati al consumo di alcolici che caratterizzano certi ambienti giovanili, ma anche le tendenze alla passività o il conformismo rispetto a stili di vita dannosi, o l'agire nei propri ambiti di vita in base a stereotipi che riguardano ad esempio il genere, l'età, le appartenenze sociali, le provenienze e le etnie, o semplicemente il vivere in una casa o in una frazione piuttosto che in un'altra.

In secondo luogo, se questo è vero, il cambiamento dei comportamenti richiede di innescare dei processi di apprendimento, capaci di far evolvere le rappresentazioni e i modelli mentali dei partecipanti. Secondo la logica dell'empowerment, le persone avrebbero bisogno di dialogo autentico, non superficiale, di scambio condotto con linguaggi comprensibili, a propria misura, in grado di esprimere i propri vissuti, di contesti dove poter riporre e consolidare fiducia nei propri amici e dove poter scegliere liberamente comportamenti congruenti con la propria rappresentazione di salute e di benessere. Nell'ambito delle regole che abbiamo riportato, vorrebbe dire migliorare la qualità delle relazioni sociali e gli spazi di reale autodefinizione dei propri comportamenti.

Infine, il cambiamento dei comportamenti, non solo individuali, ma di gruppi che rielaborano la propria analisi e modificano le proprie azioni, introduce nuove pratiche e consolida una nuova cultura socialmente condivisa, quale esito di un processo sociale. Questo spazio di relazioni diverrebbe *capacitante* soprattutto per le persone più vulnerabili ai rischi, perché avrebbero modo di esprimersi e di scegliere consapevolmente anche se meno forti dal punto di vista delle informazioni, delle risorse, del supporto familiare e delle capacità individuali. La ricerca-azione, quindi, costruirebbe ambiti in grado di ridurre l'effetto delle disuguaglianze sociali sui comportamenti a rischio.

Seguendo la teoria del capitale sociale, potremmo dire che i nuovi comportamenti sono alimentati dallo sviluppo delle relazioni e dai meccanismi sociali dell'apprendimento e della cooperazione, che consentono di imparare ad affrontare meglio i problemi. Per questo, sono importanti la struttura e le proprietà della rete. Ma queste proprietà non sono date, esse si evolvono e possono essere oggetto di specifiche azioni e politiche tese a modificarle, attraverso elementi strutturali, incentivi, norme e valori, ecc.

Dunque, le azioni per aumentare le capacità di controllo sulla salute delle persone potrebbero concentrarsi sulla generazione di capitale sociale, azione che richiede di arricchire la struttura delle reti sociali.

Nella logica della ricerca-azione, per generare azioni di cambiamento dei comportamenti attraverso la cooperazione e il rafforzamento delle reti sociali occorre che i soggetti siano protagonisti. Dobbiamo notare che questo presupposto non vale solo per i destinatari delle

politiche, ma anche per i soggetti che le promuovono. Se si mette a fuoco questa proprietà delle azioni, si dovrebbe riconoscere che la sua attuazione cambia radicalmente la relazione che andrebbe costruita tra i servizi pubblici e privati impegnati in politiche e servizi e i destinatari dei medesimi. Mentre una visione burocratica pubblica o commerciale privatistica dei servizi presuppone una netta distinzione tra erogatori e destinatari, la ricerca-azione richiede al contrario la cooperazione nell'ambito di un'azione comune. Ciò comporterebbe una sorta di *mutazione genetica* dei servizi burocratici, che si dovrebbero dedicare, nell'ambito della loro missione, a generare apprendimento in piena cooperazione con i destinatari.

Peraltro, secondo la teoria, non basta investire sulle reti e sul capitale sociale per promuovere un aumento generalizzato del coinvolgimento e una riduzione delle disuguaglianze. Le reti sono per loro natura particolaristiche e tendono a generare loro stesse squilibri rispetto al livello di inclusione delle persone (Trigilia, 1999). Da questo punto di vista il ruolo di operatori pubblici o privati attenti alla funzione pubblica delle reti potrebbe riequilibrare sistematicamente gli squilibri che spontaneamente si produrrebbero.

In specifico:

- l'operatore potrebbe diventare un ponte e svolgere la funzione di imprenditore (che cioè crea valore ricombinando risorse) in presenza di un *buco strutturale* della rete, ovvero quando vi sono insieme di soggetti che cooperano e si scambiano risorse al loro interno, ma che convivono nel medesimo ambiente come gruppi separati. In questo caso collegare i due gruppi apre notevoli possibilità di scambio e arricchimento per tutti, non acquisibile senza tale collegamento. Un esempio può essere l'operare parallelo in un territorio dei servizi sanitari e sociali, o sociali e del lavoro. Costruire cooperazioni organiche, scambi intensi, condivisione di competenze e di informazioni insieme ai destinatari moltiplicherebbe le risorse per tutti, eviterebbe sprechi, potenzierebbe le pratiche di lavoro introducendo nuovi comportamenti
- l'operatore potrebbe essere un generatore di fiducia. La fiducia è necessaria perché avvengano scambi e si condividano rischi nella soluzione di problemi. Tuttavia, la fiducia si crea con le esperienze positive di cooperazione, dunque nei momenti di avvio o crescita del processo sono utili figure capaci di svolgere funzioni di assicurazione reciproca tra le persone che dovrebbero cooperare. Ad esempio, i vicini di casa in un condominio possono vivere molti anni ignorandosi reciprocamente per diffidenza, ma possono avviare relazioni molto più costruttive e imparare a cooperare per risolvere i problemi del condominio se qualcuno svolge almeno inizialmente la funzione di garante sulle reciproche intenzioni
- infine, l'operatore potrebbe contribuire a generare norme e valori sociali positivi, anche solo costruendo una narrativa delle esperienze che si sviluppano e dando spazio alla

socializzazione delle esperienze dei partecipanti stessi all'azione sociale. Anche questa azione contribuisce a valorizzare la rete e a sostenere la cooperazione e i processi di apprendimento, nonché il controllo sociale che scoraggia comportamenti opportunistici, disinteresse e isolamento.

Questi semplici esempi mostrano come la promozione della cooperazione e dell'apprendimento per far evolvere i comportamenti non possa essere affidata ad azioni isolate rivolte a questo fine, ma debba entrare a far parte organicamente del metodo di lavoro del servizio pubblico, nell'ambito della sua missione principale. Sviluppare la ricerca-azione in un servizio sanitario o sociale, in una scuola o in un quartiere, non vorrebbe dire dedicare a questo un progetto e qualche operatore, ma fare della risposta ai bisogni, del coinvolgimento attivo e dell'apprendimento per risolvere problemi il metodo ordinario di lavoro e la strategia di relazione con i destinatari e i loro contesti prossimi.

Bibliografia

- Barbieri P. (2005), Le fondamenta micro-relazionali del capitale sociale, in “Rassegna Italiana di Sociologia”, XLVI (2): pp. 345-384
- Costa G. et al. (a cura di) (2014), L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli, Milano.
- Di Monaco R., Pilutti S. (2014), Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie, in Costa G. et al. (a cura di), L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli, Milano, pp. 137-65.
- ID. (2016), Scommettere sulle persone. La forza della leadership distribuita, Egea Bocconi, Milano.
- Dubost J. (1984), Une analyse comparative des pratiques dites de Recherche-Action, in "Connexions", 43: pp. 8-28.
- Dubost J., Levy A. (2007), Origine e sviluppo della ricerca-azione, in “Spunti”, VIII(9): pp. 66-106.
- Farnese M.L. e Centonze A. (2016), Nonaka al lavoro: condizioni e azioni per lo sviluppo delle conoscenze nelle organizzazioni, in “Sviluppo e organizzazione”, 268: pp. 49-61.
- Manoukian F. (2002), Presupposti ed esiti della ricerca-azione. L'intrapresa di percorsi di conoscenza insieme ad altri, in “Animazione Sociale”, 11: pp. 50-60.
- Nonaka, I. e Takeuchi, H. (1995), The knowledge creating company, Oxford, Oxford University Press.
- Rolando S., Taddeo G., Beccaria F. (2015), New media and old stereotypes. Images and discourse about drunk women and men on you tube, in “Journal of Gender Studies”, 25(5): pp. 492-506.
- Sen A. (1986), Scelta, benessere, equità, Il Mulino, Bologna.
- Trigilia C. (1999), Capitale sociale e sviluppo locale, in “Stato e mercato, Rivista quadrimestrale”, 3: pp. 419-440.
- Van Der Gaaga M., e Snijders T. A.B. (2005), The resource generator: social capital quantification with concrete items, in “Social Networks”, 27: pp.1-29.
- Weick K. (1995), Senso e significato nell'organizzazione, Cortina, Milano.
- Winterton, J., Delamare-Le Deist, F., Stringfellow, E. (2006), Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype, Cedefop, Luxemburg