

Verso una Promozione della Salute Integrata: superare i Silos attraverso un Approccio di Comunità

Premessa

L'organizzazione a silos della promozione della salute — strutturata per singoli fattori di rischio, con équipe separate, risorse distinte e obiettivi autonomi — rappresenta oggi uno dei principali ostacoli all'efficacia degli interventi di salute pubblica. Superare questa frammentazione non significa eliminare le competenze specialistiche, ma ridisegnare il modo in cui esse collaborano, si integrano e si mettono al servizio della comunità. Di seguito si propongono alcuni elementi strategici per costruire un modello alternativo, più coerente con la complessità dei determinanti di salute e con la realtà dei territori.

1. Agire sulle Cause delle Cause

Il primo cambiamento necessario è di natura concettuale prima ancora che organizzativa: **spostare il fuoco dall'intervento sul singolo comportamento a rischio all'intervento sui determinanti strutturali che lo generano.**

La ricerca epidemiologica ha ormai da tempo dimostrato che i comportamenti a rischio — fumo, sedentarietà, alimentazione scorretta, abuso di alcol — non sono scelte individuali isolate, ma sono profondamente condizionati da fattori sociali, economici, ambientali e culturali. Sono le cosiddette **cause delle cause**: livello di istruzione, qualità dell'ambiente urbano, povertà, disuguaglianze sociali, condizioni abitative, esclusione sociale.

Un modello a silos, concentrato su un singolo fattore di rischio per volta, non riesce per definizione a intercettare questa complessità. Un approccio integrato, invece:

- **Lavora a monte**, intervenendo sulle condizioni che rendono più probabile l'adozione di comportamenti non salutari
- **Riduce le disuguaglianze di salute**, che sono trasversali a tutti i fattori di rischio e non possono essere affrontate area per area
- **Produce effetti sinergici**, perché migliorare le condizioni di vita di una persona o di una comunità ha ricadute positive simultanee su più comportamenti e più dimensioni di salute
- **Orienta la programmazione** verso interventi strutturali — politiche urbanistiche, scolastiche, lavorative, abitative — che per loro natura richiedono la collaborazione di più settori e più attori

Agire sulle cause delle cause significa dunque che la promozione della salute non può essere solo sanitaria: deve essere **intersectoriale per definizione**, e questo rende il superamento dei silos non una scelta organizzativa ma una necessità strategica.

2. Il Modello del Doppio Binario di Laverack

Un contributo teorico particolarmente utile per ripensare l'organizzazione della promozione della salute è il **modello del doppio binario** proposto da Glenn Laverack. Questo modello offre una risposta concreta alla tensione — spesso vissuta come irrisolvibile — tra gli obiettivi sanitari istituzionali e la necessità di costruire autonomia e capacità nelle comunità.

L'idea di fondo è semplice ma potente: **un programma di promozione della salute può e deve percorrere simultaneamente due binari paralleli.**

Il primo binario: gli obiettivi sanitari del programma

Il primo binario rappresenta gli obiettivi sanitari definiti dall'istituzione — ridurre il tabagismo, aumentare l'attività fisica, migliorare l'alimentazione — con le relative attività, i tempi, gli indicatori di risultato e le risorse allocate. Questo binario garantisce la **risposta ai mandati istituzionali** e la rendicontazione degli interventi.

Il secondo binario: l'empowerment della comunità

Il secondo binario corre in parallelo al primo e ha una logica diversa: non si tratta di raggiungere un obiettivo sanitario predefinito, ma di **costruire progressivamente la capacità della comunità** di identificare i propri bisogni, organizzarsi, prendere decisioni e agire autonomamente per la propria salute.

Questo secondo binario include:

- Lo sviluppo della **leadership locale**
- Il rafforzamento delle **reti sociali e delle organizzazioni di comunità**
- La crescita della **capacità critica** della popolazione rispetto ai propri determinanti di salute
- La costruzione di **fiducia reciproca** tra cittadini e istituzioni

Perché questo modello supera i silos

Il doppio binario è uno strumento potente contro la frammentazione perché:

- **Il secondo binario è per sua natura trasversale:** costruire empowerment di comunità non si fa area per area, ma lavora sui determinanti comuni a tutti i fattori di rischio
- **Dura nel tempo oltre il singolo programma:** la capacità costruita nella comunità rimane disponibile per affrontare nuove sfide di salute, qualunque esse siano
- **Richiede collaborazione inter-istituzionale:** il percorso di empowerment non può essere condotto da una sola area tematica, ma coinvolge necessariamente più attori e più settori
- **Riduce la dipendenza dal sistema sanitario:** una comunità empowered è in grado di promuovere la propria salute anche al di là degli interventi istituzionali

3. Un'Équipe Multidisciplinare Unica della AULSS

Sul piano organizzativo interno alla AULSS, un elemento centrale per il superamento dei silos è la costituzione di una **équipe multidisciplinare unica** di promozione della salute almeno funzionale se non strutturale, a cui faccia riferimento la maggior parte delle azioni, indipendentemente dall'area tematica.

Composizione e logica

L'équipe non sostituisce le competenze specialistiche esistenti, ma le **integra in un contesto di lavoro comune**. È composta da professionisti con background diversi — medici, psicologi, educatori sanitari, sociologi, assistenti sociali, esperti di comunicazione — che lavorano insieme su programmi e progetti, portando ciascuno il propri expertise ma condividendo obiettivi, metodi e strumenti.

Vantaggi operativi

- **Visione unitaria della persona e della comunità:** la stessa persona o lo stesso territorio non è frammentato tra più équipe che non si parlano
- **Economia di risorse:** competenze trasversali come la valutazione, la comunicazione, la progettazione partecipata non vengono duplicate in ogni area tematica
- **Apprendimento organizzativo:** l'équipe condivisa favorisce la contaminazione di pratiche e saperi tra aree diverse
- **Interlocazione unica con il territorio:** la comunità, le scuole, le associazioni e gli enti locali hanno un **punto di riferimento riconoscibile**, non una galassia di programmi separati

Una governance flessibile

L'équipe unica non implica rigidità: alcuni programmi specifici (es. interventi clinici sul tabagismo) manterranno necessariamente una componente più specialistica. Ma la **programmazione, la progettazione partecipata, il lavoro di comunità e la valutazione** dovrebbero essere gestiti in modo integrato, evitando duplicazioni e frammentazioni.

4. Dalla Prevenzione Individuale al Cambiamento dei Comportamenti di Popolazione

Un quarto elemento strategico riguarda il **baricentro degli interventi**: nella promozione della salute integrata, devono prevalere le iniziative orientate a **cambiare i comportamenti a livello di popolazione**, piuttosto che limitarsi ad azioni rivolte ai singoli individui.

Perché il focus individuale non basta

Gli interventi centrati sull'individuo — counseling, opuscoli informativi, campagne di sensibilizzazione rivolte a singole persone — hanno una portata limitata e tendono a **raggiungere i già motivati**, ampliando di fatto le disuguaglianze di salute. Chi ha più risorse culturali, economiche e sociali risponde meglio a questi interventi; chi ne ha meno, spesso il target prioritario, ne beneficia di meno.

Il valore degli interventi di popolazione

Gli interventi orientati alla popolazione agiscono su:

- **L'ambiente fisico e sociale** che rende più facile o più difficile adottare comportamenti salutari (es. spazi verdi accessibili, mense scolastiche con cibo sano, luoghi di lavoro smoke-free)
- **Le norme sociali e culturali** che influenzano i comportamenti collettivi
- **Le politiche locali** che strutturano le condizioni di vita quotidiana
- **Le reti comunitarie** che sostengono o scoraggiano determinati stili di vita

Implicazioni organizzative

Privilegiare interventi di popolazione significa che l'équipe della AULSS deve saper lavorare non solo con i pazienti o con i singoli cittadini, ma con **scuole, datori di lavoro, amministrazioni comunali, media locali, associazioni di categoria**. Questo richiede competenze di advocacy, di policy making locale, di progettazione partecipata che difficilmente possono essere sviluppate in un modello a silos.

5. L'Équipe Sanitaria come Attivatore della Comunità

Il quinto e forse più innovativo elemento strategico riguarda il **ruolo stesso dell'équipe sanitaria della AULSS**: non più erogatore diretto di tutti gli interventi di promozione della salute, ma **attivatore, connettore e facilitatore** di una rete molto più ampia di promotori della salute presenti nella comunità.

La comunità come risorsa, non come destinatario passivo

Insegnanti, amministratori locali, operatori sociali, educatori, volontari, associazioni del terzo settore, imprenditori, leader religiosi, gruppi informali di cittadini: **la comunità è già piena di promotori di salute** che agiscono quotidianamente, spesso senza riconoscersi come tali e senza essere coordinati tra loro. Il compito dell'équipe sanitaria è rendere visibile, valorizzare e potenziare questa rete diffusa.

La partecipazione come obiettivo

La **partecipazione della comunità** non è un optional né uno strumento di comunicazione: è l'obiettivo centrale di un modello integrato di promozione della salute. Una comunità che partecipa attivamente alla definizione delle priorità di salute, alla progettazione degli interventi e alla loro valutazione è una comunità che sta già costruendo salute.

La coprogettazione come metodo

Lo strumento operativo privilegiato è la **coprogettazione**: un processo strutturato in cui l'équipe sanitaria e gli altri attori della comunità progettano insieme gli interventi, portando ciascuno la propria conoscenza, le proprie risorse e la propria prospettiva. La coprogettazione:

- Garantisce che gli interventi siano **pertinenti ai bisogni reali** della comunità
- Costruisce **ownership locale** dei programmi, aumentandone la sostenibilità
- Produce **soluzioni più creative e adattate al contesto**
- Rafforza le relazioni tra istituzioni e comunità, costruendo fiducia reciproca

Strumenti concreti

Alcuni strumenti operativi che incarnano questo approccio:

Mappatura della comunità e degli attori

Prima di progettare qualsiasi intervento, è necessario conoscere il territorio: le sue risorse formali e informali, le reti esistenti, i luoghi di aggregazione, gli attori chiave, le dinamiche sociali.

La **mappatura della comunità** è il fondamento di qualsiasi lavoro di comunità serio e non può essere condotta da una singola area tematica, ma richiede uno sguardo integrato.

Patti educativi di comunità

I patti educativi di comunità sono accordi formali o informali tra scuole, famiglie, enti locali, associazioni e servizi sanitari per costruire insieme ambienti e opportunità educative che promuovano il benessere dei bambini e dei giovani. Sono un esempio concreto di come la promozione della salute possa diventare un progetto condiviso da molti attori, superando i confini tra settori e tra aree tematiche.

Prescrizione sociale di comunità

La prescrizione sociale è un approccio in cui i professionisti sanitari — ma anche sociali ed educativi — "prescrivono" non farmaci o terapie, ma **risorse della comunità**: gruppi di cammino, attività culturali, associazioni di volontariato, orti urbani, gruppi di auto-aiuto. La prescrizione sociale di comunità estende questo approccio a livello collettivo, costruendo una mappa condivisa delle risorse disponibili e dei canali per accedervi, accessibile a tutti i professionisti del territorio.

L'approccio bottom-up come criterio di programmazione

Infine, un elemento non negoziabile: i programmi di promozione della salute devono essere sempre più orientati dalle **priorità e dalle urgenze espresse dalla comunità stessa**, secondo una logica bottom-up, e non solo dalle priorità definite a livello centrale o dai singoli professionisti delle aree tematiche.

Questo non significa rinunciare all'expertise tecnica o ignorare le evidenze epidemiologiche, ma significa **integrare la conoscenza professionale con la conoscenza esperienziale della comunità**, riconoscendo che i cittadini sono esperti della propria vita e del proprio territorio. Un approccio bottom-up:

- Aumenta la **rilevanza e l'accettabilità** degli interventi
- Mobilita **energie e risorse locali** che altrimenti rimarrebbero inattive
- Costruisce **fiducia nelle istituzioni sanitarie**

- Produce **interventi più sostenibili nel tempo**, perché radicati nella comunità e non dipendenti esclusivamente dal sistema sanitario

Conclusione

Il superamento dell'organizzazione a silos nella promozione della salute non è un problema tecnico-organizzativo che si risolve con una ristrutturazione degli uffici. È un cambiamento di paradigma che richiede di agire simultaneamente su più livelli: **concettuale** (dalle cause dei comportamenti alle cause delle cause), **teorico** (il doppio binario di empowerment), **organizzativo** (l'équipe multidisciplinare funzionale unica), **metodologico** (dalla prevenzione individuale agli interventi di popolazione) e **relazionale** (dall'erogazione di servizi all'attivazione della comunità attraverso coprogettazione e partecipazione).

Questi cinque elementi non sono indipendenti: si sostengono e si potenziano a vicenda. Insieme, delineano un modello di promozione della salute che è **più efficace, più equo, più sostenibile e più coerente** con la complessità dei determinanti di salute nel XXI secolo.