

Ambienti che promuovono la salute: direzioni future

Guardare al passato: riflessioni

Nel 1986 la Carta di Ottawa (OMS,1986) dichiarava che *“La salute è creata e vissuta dalla gente negli ambienti in cui vivono la vita di tutti i giorni; dove imparano, lavorano, giocano e amano”* La carta è generalmente riconosciuta esser stata il catalizzatore del movimento per gli ambienti che promuovono la salute – col risultato che l’approccio agli ambienti è divenuto il punto di partenza per i programmi di promozione della salute dell’OMS, con un impegno a *“spostare l’attenzione dal modello di difetto della malattia ai potenziali di salute correlati con gli ambienti sociali ed istituzionali della vita di tutti i giorni”* (Kickbush 1996:5).

Due decenni più tardi, è chiaro che l’approccio agli ambienti ha catturato l’immaginazione delle organizzazioni, delle comunità e dei politici in tutto il mondo.. Dalla Carta di Ottawa sono sorti una pletera di programmi e di reti internazionali e nazionali che comprendono ambienti diversi quali regioni, distretti, città, isole, scuole, ospedali, luoghi di lavoro, prigioni, università e sedi commerciali. A fianco di ciò il concetto di ambienti che promuovono la salute è diventato strettamente integrato nella politica internazionale di promozione della salute. Per esempio, la Dichiarazione di Giacarta ha fortemente adottato l’approccio nel contesto dell’Investimento per la Salute (OMS,1997); l’OMS ha incluso la dizione “ambienti per la salute” nel Glossario della promozione della salute definendolo *“il luogo o il contesto sociale nel quale la gente si impegna nelle attività quotidiane nelle quali fattori organizzativi, ambientali e personali interagiscono per influenzare la salute e il benessere”* (OMS 1998°:19); il nuovo quadro della Politica Europea della Salute per tutti, Salute 21 comprendeva un traguardo mirato agli ambienti (OMS,1998b:100); e più recentemente la Carta di Bangkok (OMS,2005) mette in luce il ruolo degli ambienti nello sviluppo di strategie per la promozione della salute e la necessità di un approccio politico integrato e dell’impegno a lavorare attraverso gli ambienti.

Tuttavia, nonostante questa popolarità e il ruolo campione, questo approccio verosimilmente non ha conseguito tutta l’influenza che poteva avere – in termini o di guidare una più ampia politica internazionale o di condurre la strategia a livello di salute pubblica nazionale. Nelle ricerche di comprendere ciò è utile riflettere sulla visione di Ilona Kickbusch, un precursore. Lei ha suggerito che a ragione che la logica dell’approccio agli ambienti è di natura non medica, è più facilmente compresa dai membri delle comunità e dai politici che dai professionisti sanitari (Kickbusch, 1996) e ha commentato che ciò che le iniziative sugli ambienti raggiungono *“non rientra facilmente nel quadro epidemiologico delle “prove” ma necessita di essere analizzato in termini di processi sociali e politici”* (Kickbusch, 2003:386)

Guardare al futuro:le sfide

Nel guardare al futuro e nel cercare di aumentare l’influenza dell’approccio agli ambienti, ci troviamo da affrontare una quantità di sfide interconnesse.

Chiarire la base teorica per il lavoro sugli ambienti che promuovono la salute

In primo luogo un ventaglio di terminologie è stato impiegato e sono stati messi insieme diversi di comprensioni e di pratiche sotto la bandiera di ambienti che promuovono la salute. Mentre termini come ambienti che promuovono la salute e ambienti sani sono stati usati scambievolmente, con una centratura duplice sul contesto e i metodi, è importante riconoscere la differenza semantica fra di loro e le possibili influenze sulla comprensione e la pratica - il primo suggerisce più chiaramente la focalizzazione sulle persone e l’impegno a garantire che l’ambiente tenga conto del suo impatto esterno sulla salute. Ciò rispecchia i primi lavori di Baric (1993) che suggerì che gli standards dovrebbero comprendere tre dimensioni chiave- un ambiente di lavoro e di vita sano, integrazione della promozione della salute nella attività quotidiane dell’ambiente e la sua accessibilità alla comunità.

A livello concettuale, Wenzel (1997) ha posto in luce la tendenza a assimilare “promozione della salute nell’ambiente” con “ambiente che promuove la salute” suggerendo che l’approccio all’ambiente è stato usato per perpetuare i programmi di interventi tradizionalmente focalizzati sull’individuo. Withelaw e coll. (2001) hanno discusso la variabilità nella comprensione e nella pratica sottolineando le difficoltà di trasferire la filosofia in azioni e presentando una tipologia di pratiche degli ambienti. E pollanca e coll. (2000) si sono focalizzati sulle differenze fra ed entro categorie di ambienti – per esempio i luoghi di lavoro differiscono in dimensioni, struttura

e cultura e una "istituzione totale" come un ospedale o una scuola è molto differente da ambienti meno formali quali la casa e le vicinanze. Queste differenze divengono ancora più evidenti quando gli ambienti sono visti globalmente e vengono prese in considerazione le influenze di fattori differenti culturali, economici e politici.

Tutte queste questioni indicano l'importanza di bilanciare l'accettazione dell'eterogeneità e di differenze con una centratura complementare sulla costruzione di una comprensione condivisa concettuale dell'approccio agli ambienti. Mentre vi può essere davvero una *"tirannia...nella affermazione o nella creazione del consenso"* (Green e coll. 2000:26), l'articolazione della teoria può essere costrittiva nel guidare le pratiche future. A tal fine Doris (2005) si è basata sulla letteratura per suggerire che l'approccio è caratterizzato da tre caratteristiche chiave: un modello ecologico di salute, una prospettiva dei sistemi e la centratura sullo sviluppo e il cambiamento dell'organizzazione dell'intero sistema.

Fermarsi sul quadro più ampio

La seconda sfida, strettamente correlata con la concettualizzazione degli ambienti è di restare sul quadro più ampio. Nonostante le vite delle persone siano a cavallo di differenti ambienti (o contemporaneamente o successivamente) vi è un pericolo persistente che l'approccio agli ambienti possa favorire l'isolamento e la frammentazione e inconsapevolmente distraiga l'attenzione dalla sovrastante influenza sociale, economica e ambientale sulla salute. E perciò importante costruire connessioni sia verso l'esterno che verso ciò che sovrasta.

Gli ambienti operano a differenti livelli e come le matricole possono essere localizzati nel contesto di altri. Gales e coll. (2000) discutono questo punto e suggeriscono che si dovrebbe fare una distinzione fra differenti livelli di ambienti "elementari" e "contestuali". Per esempio un ospedale o una scuola sarà in un particolare contesto ambientale all'interno di una più grande città, di un distretto, di una regione, di una isola. Facendo eco al lavoro di Bronfenbrenner sulla ecologia sociale (Bronfenbrenner, 1994) noi dobbiamo vedere i singoli ambienti come parte di un tutto più ampio – e lavorare per aumentare la sinergia fra di loro e massimizzare il loro contributo al benessere delle comunità e delle città. Noi dobbiamo sollevare la nostra focalizzazione e considerare cosa rende vivibile e vibrante un luogo, quindi fare la diagnosi e applicarla agli ambienti in cui lavoriamo. Può essere che dobbiamo rischiare tralasciando il linguaggio esplicito della salute, ma nel fare ciò liberiamo l'energia per facilitare il cambiamento innovativo e creativo che può portare a un benessere più sostenibile a livello di sistema.

Come posto in luce dalla Carta di Bangkok (OMS 2005) è anche necessario usare lo sviluppo della tutela e della politica per facilitare azioni per affrontare i determinanti della salute nel contesto del nostro mondo globalizzato. Ciò significherà assicurare un approccio integrato all'interno degli ambienti, grazie al quale vengono riconosciute e comprese le connessioni fra salute e altre arene politiche; sviluppando una più ampia responsabilità cooperativa sociale come dimensione integrale dell'approccio agli ambienti ponendo così in luce impatti esterni al pari di quelli interni istituzionali (Doris, 2004); e collegando in partenariati gli ambienti per parlare con una sola voce che può massimizzare la loro capacità collettiva di influenzare la politica regionale, nazionale e internazionale.

Sviluppare la base sulle prove

La terza sfida riguarda le prove. Mentre l'approccio agli ambienti è ampiamente percepito avere un ventaglio di benefici e rassegne delle prove e delle valutazioni hanno incluso una focalizzazione sugli ambienti (IUHPE 2000; Rootman e coll 2001), rimane vero che:

L'approccio agli ambienti è stato legittimato più attraverso atti di fede che attraverso studi rigorosi di ricerca e valutazione...molta più attenzione deve essere posta nel costruire le prove e costruire su di esse. St Leger, 1997:100)

Vi sono una quantità di questioni specifiche che rendono difficile costruire una convincente base sulle prove (Doris, 2005). In primo luogo le modalità sulle quali si fonda la valutazione e su cui si costruisce la base sulle prove per la salute pubblica e la promozione della salute

riflettono una persistente focalizzazione su specifiche malattie e interventi su singoli fattori di rischio. In secondo luogo le differenze di comprensione e di pratica a cui si fa riferimento sopra creano ovvii problemi nel generare un solido corpo di ricerche che permetta il confronto e la trasferibilità. In terzo luogo è complesso valutare l'approccio agli ambienti definito in termini di un approccio ecologico e di pensiero sistematico – che, come Senge (1990) ha considerato è una cornice per vedere relazioni e schemi di cambiamento piuttosto che istantanee fisse. Ciò richiede un approccio non lineare, che riconosce le interrelazioni, le interazioni e le sinergie fra e all'interno di ambienti. Le ricerche devono anche riconoscere gli effetti sinergici della combinazione di differenti metodi per rispondere a differenti quesiti di ricerca e di valutazione (Baum, 1995, Steckler e coll, 1992) e per combinare specifiche misurazioni di "salute" con misurazioni che si focalizzano sul punto centrale dell'insieme (Lee e coll. 2005)

Il risultato è stata la tendenza a valutare progetti limitati in certe situazioni piuttosto che le iniziative nel loro insieme frenando la produzione di prove credibili di efficacia per un approccio agli ambienti in termini di valore aggiunto e sinergia. Una via possibile per progredire è di attingere all'esperienza di "valutazioni basate sulla teoria" ma far ciò richiede di chiarire la base teorica, impegnarsi coi politici per garantire che vengano generate prove per un certo fine (de Leeuw e Skovgaard, 2005) e assicurare un adeguato finanziamento a lungo termine.

Conclusioni

Ziglio e coll (2000) hanno considerato che nonostante una apparente diffusa accettazione del modello socio-economico di salute, la promozione della salute ha continuato a focalizzarsi su singoli problemi, raggiungendo scarso impatto sui determinanti della salute e sullo sviluppo delle politiche. Essi vanno avanti nel suggerire che tali impatti non si verificheranno *"finchè il punto di partenza per le azioni non sarà la creazione della salute ...(e) venga accettato che i sistemi sociali sono complessi e intrecciati fra di loro e che la loro interconnessione è cruciale per la creazione della salute"*

L'approccio agli ambienti può dare un valido contributo a pianificare e fornire salute e benessere in modi che tengano conto di questa complessità, nei posti in cui la gente vive la propria vita. Per fare ciò devono essere affrontate le sfide sopra indicate, chiarire la teoria, soffermarsi sul quadro più ampio e generare prove di efficacia.

Lo IUHPE è impegnato in questo processo e in una visione di ambienti di salute collegati. Esso cercherà di raccogliere prove di efficacia e di favorire il dialogo e il dibattito nelle sue prossime conferenze – compresa la Conferenza del Nord sulla Ricerca della promozione della Salute nel giugno 2006, le conferenze mondiali di Vancouver e di Hong Kong nel 2007 e 2010. Vi invitiamo a contribuire e a farvi coinvolgere.