

Patrizia Lemma

INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE: UNA VALUTAZIONE APPROPRIATA

Abstract

This paper examines some of the issues underlying the notion of “appropriateness” in the context of health promotion evaluation. Appropriateness depends on an alignment of evaluation practices with the tenets of contemporary health promotion, including the notions of participation, community control, and respect for people not as unthinking objects of research but as partners in knowledge development. This means characterizing health promotion programmes as a process of social change rather than a “dose of treatment.”

Negli Stati Uniti della seconda metà degli anni '60 la valutazione diviene ufficialmente un passaggio portante nella progettazione dei programmi di promozione della salute. È Donald T. Campbell, autore di un fondamentale testo che discute dell'applicazione del metodo sperimentale nella ricerca sociale (cfr. Campbell-Stanley 1963), ad affermare che da quel momento i programmi d'intervento sarebbero stati disegnati per rispondere a ben definiti problemi e poi scientificamente valutati attraverso sperimentazioni controllate, in modo da eliminare quelli che fossero falliti, per replicare solo quelli che avessero dimostrato di avere ottenuto successi (1969). Questo rassicurante scenario si è però sbiadito con il passare del tempo e in un recente documento dell'Organizzazione mondiale della salute (WHO 2009) un gruppo di esperti, individuato tra i partecipanti alla settima Conferenza Internazionale di promozione della salute di Nairobi, definendo i punti che devono essere sviluppati in ciascun piano che si proponga di implementare azioni di promozione della salute, individua così il quinto ed ultimo punto: «misurare cosa capita e perché» e lo accompagna con la domanda «come possiamo documentare i cambiamenti prodotti?».

Quelli che si contrappongono sono i presupposti stessi su cui si basa la valutazione delle azioni avviate: da una parte il programma è considerato come la risposta razionale a un problema adeguatamente investigato e compreso, e la valutazione è lo strumento per ricondurlo alle attese; dall'altra esso rappresenta invece il “suggerimento” prescelto, perché considerato il più adeguato per sviluppare le potenzialità presenti nell'insieme dato dalle persone e dal contesto, e la valutazione diviene allora lo strumento sia per cogliere dove e perché tale suggerimento è stato raccolto, sia per sostenere le scelte che si faranno nel tempo (cfr. Bezzi 2001 e Palumbo 2001).

Questo breve testo si propone di delineare gli elementi centrali di questo dibattito, abbracciando la tesi che la valutazione non possa essere solo considerata come una faticosa, e necessaria, attività tecnica ma vada invece affrontata a partire da una riflessione intorno ai principi che la debbono guidare. In anni recenti, infatti, dopo un lungo periodo in cui i professionisti del campo della Sanità Pubblica hanno cercato di aumentare la loro credibilità abbracciando ciecamente il paradigma positivista, la letteratura è molto cresciuta e, nell'affrontare il tema della valutazione, è andata oltre il dibattito intorno ai meriti di una tecnica o di un metodo sugli altri, esplorando questioni fondamentali quali le caratteristiche che rendono un approccio valutativo appropriato a esaminare, e giudicare, interventi di promozione della salute.

1. *Appropriato rispetto a cosa?*

L'appropriatezza di un approccio valutativo è intimamente legata alla natura stessa dell'oggetto che è sottoposto a valutazione (cfr. Sprigett 2001). Eppure l'ambito della clinica e della prevenzione delle malattie come quello della promozione della salute vengono tutti comunemente analizzati utilizzando lo stesso paradigma valutativo: quello positivista.

1.1. *Tra positivismo e costruttivismo*

Lo stato di malattia è, abbastanza concordemente, considerato come una condizione oggettiva dell'individuo di cui sono largamente ormai noti sia i fattori che hanno concorso al suo insorgere sia il suo naturale processo evolutivo. È questa evoluzione, visualizzabile come un processo pressoché lineare, tradizionalmente definito come la storia naturale della malattia, che s'intende contrastare attraverso le azioni terapeutiche o di diagnosi precoce che si sono dimostrate efficaci. Tale dimostrazione di efficacia trova il suo "gold standard" nel trial controllato randomizzato (RCT), disegno di osservazione sperimentale caratterizzato dall'assegnazione casuale dei soggetti ai gruppi a confronto. Il metodo di osservazione definito come sperimentale vuole studiare la regolarità con cui un evento (quale l'assunzione di un farmaco, o l'esposizione a un programma di comunità) si presenta associato a un risultato favorevole atteso che ci si è, quindi, preparati a osservare.

Attraverso una successione di osservazioni che mostreranno l'associazione e la variazione concomitante tra la presenza dell'evento e il risultato in osservazione sarà possibile affermare, con un definito margine di probabilità, che il primo può essere individuato come causa del secondo. Conseguentemente, anche nel caso l'osservazione sia tesa alla valutazione di efficacia di un intervento in comunità, sarà possibile prevedere con quale probabilità, qualora l'intervento sia riproposto in un'analoga popolazione, si riprodurrà il risultato atteso. L'obiettivo ultimo è quindi quello di definire leggi generali: attraverso il ragionamento ipotetico-deduttivo (cfr. Popper 1959), che governa l'osservazione sperimentale, "la verità" è svelata e ciò che si è dimostrato efficace sarà replicabile in altre realtà. L'idea di giungere a un'accurata rappresentazione del mondo, conseguente al progressivo accumularsi delle conoscenze che derivano dalla possibilità di

generalizzare i risultati prodotti dalle osservazioni sperimentali, guida l'approccio positivista e caratterizza il modello della ricerca in medicina (cfr. Cochrane 1978).

La salute, al contrario, è un costrutto sociale la cui misura richiede un preventivo accordo sulle variabili che s'intendono osservare. La sua promozione passa poi attraverso un complesso di azioni che, agendo su individui e contesto, mette in atto un processo sociale i cui risultati sono il frutto della complessa relazione che si viene a creare tra interventi, individui e ambiente. Tale processo sociale ricerca la partecipazione della comunità e costruisce alleanze con i diversi attori sociali presenti nel territorio: questo allo scopo di aumentare le reali possibilità di controllo sui determinanti di salute, sia da parte dei singoli che della comunità nel suo complesso, e permettere la sostenibilità nel tempo delle azioni avviate (cfr. WHO 2009). Un appropriato approccio valutativo dovrà quindi essere così flessibile da accogliere queste peculiarità, e sempre più forti sono i dubbi che il disegno osservativo sperimentale abbia queste caratteristiche e possa quindi essere considerato come lo studio più idoneo a costruire evidenza di efficacia per gli interventi condotti in comunità.

Crisi del modello sperimentale o, più in generale, crisi dell'approccio positivista alla ricerca psico-sociale? A entrare in crisi è, infatti, la convinzione che anche nel campo dell'azione di comunità, come in quello biologico, sia possibile affermare l'esistenza di una verità oggettiva che, non essendo direttamente osservabile, possa essere svelata attraverso la "forza metodologica" dell'osservazione sperimentale. Emerge cioè l'idea che non esista una verità indipendente dalla relazione che si crea tra azioni messe in atto, soggetti coinvolti e contesto, e che la realtà che descriviamo sia sempre "il prodotto di una costruzione sociale" che prende forma durante l'esperienza diretta: dall'attenta raccolta dei dati non si dedurrebbe la realtà ma la si genererebbe attraverso un processo induttivo (cfr. Guba-Lincoln 1989). Sul tema della valutazione dei programmi di promozione della salute l'idea di fondo è che essi si trasformino nel contatto con ogni specifico contesto e che quindi, per definirne l'impatto, sia necessario tenere conto delle interpretazioni che, durante il processo, i soggetti della comunità forniscono rispetto al mutare o meno della realtà.

Della contrapposizione tra positivismo e costruttivismo è intrisa la letteratura che di valutazione di efficacia si è occupata in questi anni: da quella più recente emerge però anche la convinzione che, dinnanzi all'inconciliabilità delle due posizioni, occorra far avanzare un approccio pragmatico che, a partire dagli elementi di crisi del positivismo, e raccogliendo elementi di sfida proposti dal costruttivismo, ponga le basi metodologiche che consentano l'avanzare della conoscenza sull'impatto delle azioni condotte con la comunità attraverso una loro appropriata valutazione.

Per valutare impatti delle azioni bisognerà allora fare luce nella "scatola" dell'incontro tra il programma d'intervento, i diversi gruppi di persone e i differenti contesti, per cercare di identificare i meccanismi che tra questi elementi si vengono a creare. L'obiettivo non sarà quindi più quello di confermare, una volta per tutte, l'efficacia di una determinata azione nel produrre l'atteso risultato, attraverso un definito meccanismo, ma ci si dovrà invece sforzare di capire perché, con un determinato gruppo di persone e in un determinato contesto, in presenza di quell'*input* si sia ottenuto un certo risultato. Cumulare conoscenza richiederà quindi l'individuazione di quelle

tipologie d'insiemi di programma, persone e contesto, che abbiano prodotto determinati risultati, in un paziente e impegnativo processo di astrazione qualitativa che porti alla luce i diversi meccanismi agenti (cfr. Pawson-Tilley 1997).

1.2. *Valutare empowerment*

Nel 1995 l'Organizzazione Mondiale della Sanità istituisce un gruppo di lavoro europeo centrato sulla valutazione in promozione della salute. Il testo, che il gruppo di lavoro produce alcuni anni dopo, si apre con un'introduzione che definisce i principi a cui deve rispondere la valutazione per definirsi appropriata alle iniziative di promozione della salute. Oltre a dover essere delineata in modo da accogliere la complessità che caratterizza i suoi interventi, richiamando gli elementi che sono stati fin qui discussi, e disegnata attraverso la collaborazione delle diverse discipline, allo scopo di ampliare i punti di vista e le procedure utilizzate, la valutazione dovrà essere partecipata, coinvolgendo nei modi appropriati i diversi attori sociali interessati, in un processo che costruisca, nei soggetti e nella comunità, le capacità utili a promuovere salute (cfr. Rootman 2001). La centralità, nella letteratura che si occupa di promozione della salute, del processo attraverso il quale i soggetti accrescono le capacità necessarie al controllo sulle azioni e decisioni che riguardano la propria vita, e che nella letteratura anglosassone è detto di "*empowerment*", è continuamente sottolineata nel citato documento dell'Organizzazione mondiale della salute (cfr. WHO 2009).

Spesso di *empowerment* si discute come di un concetto astratto dimenticando che, seppure il cuore del processo sia rappresentato dalla percezione di poter influenzare il decorso degli eventi, questa è la conseguenza delle aumentate capacità di controllo della propria vita. Capacità che devono poter essere individuabili e trasferibili, attivando un processo che contribuisca a modificare positivamente la storia degli individui e della comunità alla quale essi appartengono. Progettare e valutare *empowerment* richiede allora l'identificazione di tali aree e, tra gli autori che hanno maggiormente lavorato in questa direzione, troviamo Glenn Laverack (2001), che individua una lista di quelli che definisce "domini" di influenza attraverso i quali l'*empowerment* si esprime, e che rappresentano una sorta di sua traduzione operativa (vedi tabella).

Domini	Descrizione
Partecipazione comunitaria	Partecipazione in attività di piccoli gruppi o in più larghe organizzazioni
Sviluppo di <i>leadership</i> locali	Connessa alla precedente mette in evidenza responsabilità locali nell'avvio e nella conduzione
Utilizzo di strutture organizzative	Attivo utilizzo delle strutture presenti e l'eventuale attivazione di nuove
Valutazione dei problemi	Capacità di individuare problemi, possibili soluzioni e azioni necessarie
Mobilizzazione delle risorse	Avvenuta mobilizzazione di risorse interne e negoziazione di risorse esterne

Chiedersi il perché	Capacità di valutare criticamente le cause dei problemi e il modo in cui la comunità stessa o agenti esterni ne favoriscano gli effetti negativi
Legami con altri	Capacità di ricercare e gestire <i>partnership</i> , interne ed esterne alla comunità, finalizzate allo sviluppo
Consulenti esterni	Capacità di interagire in modo efficace con agenti esterni per poi rendersi da questi autonomi
Gestione dei programmi	Capacità di condurre le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

Descrizione sintetica dei nove domini dell'*empowerment* di comunità (Laverack 2001).

Intorno a tali capacità fondamentali, che rappresenterebbero gli elementi costituenti l'*empowerment*, andrebbero progettate le azioni di sviluppo di comunità, e andrebbe poi valutata, attraverso tecniche osservative e narrative, l'acquisizione di queste capacità stesse. All'interno di ognuna di queste aree è infatti possibile descrivere un *continuum* che, partendo dall'osservazione dell'assenza della capacità, individua quegli elementi che, presentandosi, mostrano un progredire all'interno del processo del suo sviluppo.

Lo stesso autore parla poi di "*double tracking*" sostenendo che, sia nella progettazione sia nella valutazione dei progetti di promozione della salute, è possibile delineare due strade parallele: il processo per raggiungere gli obiettivi di salute e quello per incrementare l'*empowerment* (cfr. Laverack 2008). Due strade che variamente s'intrecciano, anche in ragione dell'approccio seguito nella progettazione, e che devono essere entrambe tenute sotto controllo: contemporaneamente ma separatamente. Solo così sarà possibile cumulare conoscenza sul ruolo svolto dallo sviluppo dell'*empowerment* nel raggiungimento degli obiettivi di salute.

2. Valutazione e processi decisionali

In altro testo si è già discusso di come al variare del modo di interpretare il coinvolgimento della comunità (il ruolo che gli si assegna e le finalità per cui è ricercato) si modifichi la maniera in cui le diverse fasi della progettazione sono interpretate e condotte: al variare dell'approccio alla progettazione dell'incremento dei livelli di salute di una comunità, a cambiare sono anche le finalità per cui è condotta l'azione valutativa (cfr. Lemma 2007).

Il tradizionale approccio agli interventi in comunità, caratterizzato da un basso livello di partecipazione poiché centrato sulle scelte condotte da esperti, disegna il processo di progettazione come una sequenza lineare: alla definizione del quadro conoscitivo della realtà in cui si condurrà l'intervento, ritenuta adeguata da coloro che hanno la responsabilità della conduzione delle azioni, segue l'assunzione delle scelte e la loro successiva attuazione e valutazione. Questo modello direttivo, almeno nella sua più semplice interpretazione, appare governato da una razionalità orientata a un predefinito scopo, e il processo decisionale che mette in atto è teso a individuare e adottare i mezzi

che permettano, nel modo ritenuto il migliore possibile, cioè più efficace e meno costoso, di raggiungere il fine dato.

Quello che si richiede alla valutazione è quindi di prevedere gli esiti in base alle premesse: a partire dalla conoscenza del teatro d'intervento, e delle possibili soluzioni al problema identificato, si chiede di individuare gli obiettivi che è possibile perseguire. Il suo ruolo è di giudicare a priori la bontà di un programma, insieme alla sua realizzabilità, valutandone quindi l'efficacia teorica e pratica e prevedendo la modificabilità della situazione in seguito alla "somministrazione" dell'intervento. Dagli obiettivi discenderanno poi gli indicatori, rispetto ai quali saranno attuate le misurazioni che permetteranno di verificare il corretto procedere verso le mete, e il loro successivo raggiungimento. Alla valutazione, in questo secondo momento, si chiede quindi di individuare quelle variabili significative che permetteranno di monitorare il corretto svolgersi del programma e il raggiungimento degli obiettivi, completando così il ruolo predittivo che le era stato assegnato (cfr. Bezzi 2001).

Solo dopo aver impostato il disegno valutativo che conduce la valutazione, spesso un soggetto esterno la cui neutralità è vista come garanzia della necessaria obiettività, raccoglierà i dati che gli indicheranno i risultati che nel tempo saranno raggiunti. La letteratura anglosassone parla di "*summative evaluation*", cioè di valutazione riepilogativa, che quindi si propone di riassumere i risultati ottenuti e di decidere se il progetto meriterà in futuro di essere replicato in situazioni analoghe. A questa si affianca la "*formative evaluation*", che accompagna lo sviluppo del progetto ed aiuta i decisori a governarlo dandogli "la forma" migliore per poter raggiungere gli obiettivi definiti: dato infatti il valore normativo che, in questo approccio, assume il programma predefinito, il mancare dei risultati previsti non potrà che essere ricondotto alla mancata adesione alla prassi stabilita.

Questo modello si fonda però su alcuni presupposti: la reale possibilità da parte del decisore di individuare con chiarezza un problema e di poter identificare tutti gli interventi, alternativi o meno, che possano condurre al suo superamento; ma anche quella di poter prevedere tutte le conseguenze che deriveranno dalla selezione di ogni alternativa, e di poter quindi definire tutti gli obiettivi il cui conseguimento dovrebbe condurre alla soluzione del problema; non dimenticando poi l'assunto che l'attuazione degli interventi scelti rappresenti una mera esecuzione di quanto deciso (cfr. Jullien 1998). Solo all'interno di questa impostazione, sempre più ritenuta come semplicistica, possono avere senso i ruoli predittivo e di monitoraggio che gli approcci direttivi assegnano alla valutazione.

Questa presunzione, oltre a dare per assodato che siano realmente ricostruibili tutti i mezzi che possono essere messi in gioco, si sostiene inoltre su di una concezione "a-relazionale" degli attori sociali. Emerge però sempre con maggiore forza la posizione di chi sottolinea come, tutte le volte che entri in gioco l'intenzionalità dell'agire umano, si debba considerare infranto il sogno di poter mettere in luce leggi causali, e ci si debba invece accontentare di porre in evidenza, nel mutare dei fenomeni, soli andamenti tendenziali. Bisogna accettare che non solo potrà accadere che attori sociali diversi interpretino gli stessi dati di contesto in modo differente, agendo quindi diversamente,

ma anche che lo stesso attore sociale modifichi la sua azione, dinnanzi agli stessi dati di contesto, in risposta al bilancio tratto dalla sua passata esperienza (cfr. Marradi 1996).

Nel dibattito intorno agli elementi che caratterizzano la “post-modernità” (cfr. Giddens 1994) il tema della “crisi del progetto” emerge costantemente. Le sue radici sarebbero anche da ricercare nel venir meno di un altro tra i presupposti su cui si fonda la conduzione della progettazione in termini di razionalità assoluta: la condivisione, tra i soggetti coinvolti nell’azione di sviluppo di comunità, del quadro di certezze e valori da perseguire nel campo della salute. Saltando questo presupposto l’ampia partecipazione dei diversi attori sociali al processo decisionale risponderà allora alla necessità di ricostruire il senso stesso che fa da cornice all’azione: e questo non potrà non avere conseguenze sul ruolo assegnato alla valutazione all’interno dei processi decisionali.

I diversi attori sociali, per diversità di valori e d’interessi, possono essere portatori non solo di visioni differenti del problema ma anche, seppure in quota diversa, dei mezzi per risolverli. Assegnare a queste diversità in campo il ruolo di risorsa richiederà allora che il processo decisionale sia, prima di tutto, in grado di scegliere tra le definizioni alternative del problema proposte dai diversi attori sociali: non pensando di prenderle in considerazione tutte per selezionare “la migliore”, ma solo di individuare, tra quelle vagliate, la prima che soddisfi a sufficienza i criteri su cui la scelta si sta basando. In questo quadro la razionalità non scompare ma da sostanziale, capace cioè di dettare le soluzioni per ogni problema, diviene procedurale: razionali non saranno cioè più le decisioni ma il processo di loro assunzione. Tale modello non può che essere guidato da una concezione costruttivista della valutazione che sposta l’accento dai temi della conoscenza (che in un’accezione positivista è sempre vista come preliminare, obiettiva e neutrale) e della decisione (assunta solo da chi ha la competenza tecnica e istituzionale) a quelli della comunicazione, della negoziazione e della partecipazione (cfr. Bobbio 1996 e Stame 2001). In questo procedere verso una progettazione interattiva a razionalità limitata accade allora che la valutazione non sia più solo il frutto di certezze scientificamente fondate, quanto piuttosto il prodotto di una negoziazione: essa diviene lo strumento sia per comprendere la situazione e definire i problemi, attraverso l’interpretazione che ne danno i diversi attori sociali, sia per chiarire ciò che dal programma si potrà ottenere.

La valutazione passa allora da una concezione previsionale a una di prefigurazione, operando attraverso la definizione di scenari che, sintetizzando le informazioni di cui si è in possesso, mettano in luce i vincoli e le opportunità derivanti dal contesto in cui si opera: solo infatti partendo da una base comune si potrà sviluppare un processo decisionale che possa realmente individuare condivisi obiettivi e risultati attesi. Questo richiede però che tra gli attori si crei una reale dimensione collaborativa e si sviluppino efficaci processi comunicativi: quanto più verrà garantita la produzione di processi di formazione delle opinioni, tanto più le prefigurazioni saranno affidabili (cfr. Stame 2001).

Con il ridursi delle certezze la valutazione diventa quindi un’attività di supporto strategico, che coinvolge i diversi attori, e che si propone di rilevare le conseguenze, previste e non previste, delle azioni messe in atto. Parlare di valutazione “partecipata” vuol dire allora ricercare la collaborazione della comunità non solo per raccogliere le

informazioni necessarie a valutare ma, soprattutto, per interpretarle e dare a queste un senso (cfr. Fetterman e Wandersman 2005). Una valutazione “costruttiva” che assuma quindi il ruolo di indagare il processo di attuazione del progetto, proponendosi di spiegare se e perché, in quella situazione, un determinato risultato può essere considerato un successo e quindi decidere, insieme ai diversi attori sociali, cosa stia funzionando proponendo modifiche che andranno nuovamente rilette in questo processo circolare.

Bibliografia

- C. BEZZI (2001), *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano 2001.
- L. BOBBIO (1996), *La democrazia non abita a Gordio. Studio sui processi decisionali politico-amministrativi*, Franco Angeli, Milano 1996.
- D.T. CAMPBELL-J. STANLEY (1963), *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*, Rand McNally, Chicago 1963.
- D.T. CAMPBELL (1969), *Reforms as Experiments*, in “American Psychologist”, 24 (1969), pp. 409-429.
- A.L. COCHRANE (1978), *L’inflazione medica*, trad. it. E. Coffano, Feltrinelli, Milano 1978.
- D. FETTERMAN-A. WANDERSMAN (2005), *Empowerment Evaluation Principles in Practice*, The Guilford Press, New York 2005.
- A. GIDDENS (1994), *Le conseguenze della modernità*, trad. it. M. Guani, Il Mulino, Bologna 1994.
- E.G. GUBA-Y.S. LINCOLN (1989), *Fourth Generation Evaluation*, Sage, Newbury Park 1989.
- F. JULLIEN (1998), *Trattato dell’efficacia*, trad. it. M. Porro, Einaudi, Torino 1998.
- G. LAVERACK (2001), *An Identification and Interpretation of the Organizational Aspects of Community Empowerment*, in “Community Development Journal”, 36 (2001), pp. 40-52.
- G. LAVERACK (2008), *Health Promotion in Action – From Local to Global Empowerment*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2008.
- P. LEMMA (2007), *Promuovere salute nell’era della globalizzazione*, Unicopli, Milano 2007.
- A. MARRADI (1996), *Due famiglie un insieme*, in C. CIPOLLA-A. DE LILLO (a cura di), *Il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*, Franco Angeli, Milano 1996, pp. 167-178.
- M. PALUMBO (2001), *Il processo di valutazione*, Franco Angeli, Milano 2001.
- R. PAWSON-N. TILLEY (1997), *Realistic Evaluation*, Sage, London 1997.
- K.R. POPPER (1959), *The Logic of Scientific Discovery*, Hutchinson, London 1959; trad. it. M. Trinchero, *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino 2010.
- I. ROOTMAN (2001), *Introduction to the Book*, in I. ROOTMAN-M. GOODSTADT-B. HYNDMAN-D. MCQUEEN-L. POTVIN- J. SPRINGETT-E. ZIGLIO (a cura di) *Evaluation in Health Promotion – Principles and Perspectives*, WHO, Copenhagen 2001, pp. 3-6.
- N. STAME (2001), *Tre approcci principali alla valutazione: distinguere e combinare*, in M. PALUMBO, *Il processo di valutazione*, Franco Angeli, Milano, pp. 25-45.

- J. SPRIGETT (2001), *Appropriate Approaches to the Evaluation of Health Promotion*, in “Critical Public Health”, 11 (2/2001), pp. 139-151.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION) (2009), *Nairobi Call to Action. A Primer for Mainstreaming Health Promotion*, WHO, Nairobi 2009.