

A CURA DI  
**GERARDO ASTORINO • TOMMASO RIMONDI**



## **LE VIE DEL BENESSERE**

L'ESPERIENZA DELLA RETE "DATTI UNA MOSSA!"  
NEL TERRITORIO BOLOGNESE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA  
DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E DIRITTO DELL'ECONOMIA  
CENTRO STUDI SUI PROBLEMI DELLA CITTÀ E DEL TERRITORIO  
GARZET.



Comune di Bologna

A CURA DI  
**GERARDO ASTORINO • TOMMASO RIMONDI**

## **LE VIE DEL BENESSERE**

L'ESPERIENZA DELLA RETE "DATTI UNA MOSSA!"  
NEL TERRITORIO BOLOGNESE

ISBN (versione digitale): 9788854970816

Doi: 10.6092/unibo/amsacta/6858

Licenza Creative Commons Attribuzione - Non Commerciale 4.0 (CC BY-NC 4.0).

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

Febbraio 2022

## 4. SALUTE E TERRITORIO: UN POSSIBILE CONTRIBUTO DELLA SOCIOLOGIA

di Gabriele Manella

Parlare del rapporto tra salute e territorio è tanto affascinante quanto complesso, ed è sicuramente impossibile approfondire il tema in poche pagine. In questo contributo ci proponiamo quindi di evidenziare alcune intuizioni e studi che hanno approfondito il ruolo di alcuni aspetti territoriali per l'immagine e la tutela della salute, nonché per la prevenzione e promozione di sani e corretti stili di vita. Nella prima parte mostreremo quindi alcune riflessioni particolarmente significative sulle criticità e le opportunità del rapporto tra salute e territorio. Nella seconda e terza parte, invece, ricorreremo agli esempi di alcune ricerche e ricerche-intervento sul tema condotte dal Ce.P.Ci.T. dell'Università di Bologna.

### 4.1. DIRITTO ALLA SALUTE E RUOLO DEL TERRITORIO: TRA “MEDICINA DI COMUNITÀ” ED “EFFETTO ROSETO”

In questo percorso ci sembra fondamentale partire dalla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, già ricordata nelle riflessioni introduttive di Giovanni Pieretti. Questa viene intesa come «uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale» e non semplicemente come una «assenza di malattie o infermità» (Oms, 1946). Questo approccio di salute sociale è ripreso a livello nazionale e tradotto negli intenti attraverso l'art. 32 della nostra Carta Costituzionale, la legge 833 del 1978 (la cosiddetta legge di Riforma Sanitaria, che porta alla nascita del SSN - Servizio Sanitario Nazionale) e dalla legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge n. 328/2000).

Se su questa definizione sembra quindi esserci un accordo unanime, sia a livello nazionale sia internazionale, è però noto che ci sono molti fattori che intervengono tra la medicina ed i cittadini, talvolta facilitando e talvolta complicando la tutela del diritto alla salute.

Se viene da più parti segnalata l'importanza che la medicina sia vicina al territorio, evitando tendenze “ospedalocentriche” e valorizzando il ruolo dei medici di base (Garrattini, 2021), d'altro lato ci sono sempre più studi evidenziano come sia proprio il territorio a costituire un canale fondamentale per una prevenzione più efficace ed un più solido mantenimento di salute e benessere dei cittadini.

Senza voler entrare nel dettaglio del dibattito, ci sembra importante riprendere almeno due concetti particolarmente efficaci nel descrivere e comprendere questi meccanismi: l'idea di "Medicina di comunità" proposta da Giovanni Berlinguer ed il fenomeno dell'"Effetto Roseto" scoperto in alcuni studi negli Stati Uniti.

Riguardo alla medicina di comunità, l'impegno di Berlinguer fu «contraddistinto da una forte connotazione sociale della professione medica e del sapere medico, da una visione unitaria e integrata della salute – fisica e psichica, individuale e collettiva, legata alla comunità e al territorio – da un riconoscimento delle responsabilità del capitalismo avanzato nei problemi della salute pubblica e dei lavoratori, nonché da una consapevolezza dello stretto legame tra medicina e politica» (Giorgi, Pavan, 2020: 141-142). Il rapporto tra tutela della salute e il territorio in cui questa si implementa veniva quindi messo chiaramente in evidenza già allora, con tutte le criticità legate alle disuguaglianze tra chi può permettersi e chi non può permettersi certi stili di vita e certi standard delle cure (Berlinguer, 1967). Queste constatazioni e riflessioni saranno non solo determinanti per la nascita del SSN ma verranno riprese da moltissimi studiosi e medici dopo di lui, compreso Silvio Garattini (che ricorderemo nelle Conclusioni di questo volume).

Riguardo al secondo aspetto, quello dell'"Effetto Roseto", si tratta del risultato interessantissimo di una ricerca condotta negli Stati Uniti sulle motivazioni inaspettate che possono nascondersi dietro la longevità di una comunità locale. Roseto è infatti un paese di circa 1.500 abitanti nella Pennsylvania che deve il suo nome a Roseto Valfortore (Foggia), da cui è provenuta gran parte della popolazione durante il XX secolo. In questa realtà, costituita quindi in prevalenza da immigrati e dai loro figli, gli abitanti presentano condizioni di salute nettamente migliori rispetto a quelle di località limitrofe o con caratteristiche analoghe, sia come assenza o presenza di malattie sia per altri aspetti come il benessere psicologico e la longevità. Che cosa c'è dietro questo "mistero"?

Per spiegarlo vengono presi in considerazione fattori usualmente di rischio per l'insorgenza di malattie: il fumo, la sedentarietà e la carenza di attività fisica, la qualità dell'aria e l'inquinamento, ecc. Per tutti questi non emergono però differenze rispetto ai territori limitrofi o con caratteristiche analoghe, e lo stesso avviene quando si prendono in considerazione i fattori genetici della popolazione locale o la qualità dell'assistenza medico-sanitaria su quel territorio.

Il risultato sorprendente dell'indagine è nel trovare la spiegazione altrove: nella differenza di "capitale sociale" delle persone. Emerge infatti che gli abitanti di Roseto hanno una vita sociale particolarmente ricca: le visite reciproche e frequenti, il frequente cucinare assieme agli altri e per gli altri, l'intensa frequentazione di ambienti sociali condivisi dove instaurare relazioni e confronti, l'impegno assiduo nell'associazionismo locale, la diffusa residenza in nuclei familiari allargati. Si tratta di aspetti sociali e relazionali slegati da qualsiasi misura medico-sanitaria, che però sembrano rivelarsi un potente fattore di prevenzione (Gladwell, 2008).

La cittadina è quindi divenuta un laboratorio in grado di dimostrare come la vita sociale e comunitaria sia un importante veicolo per la promozione della salute e benessere degli individui. La presenza di relazioni forti e frequenti tra le persone, combinata con quella di spazi pubblici e luoghi condivisi che facilitino tali relazioni, diviene quindi un potenziale veicolo per lo sviluppo del capitale sociale del territorio, inducendo effetti positivi a livello individuale e collettivo (Mantovani, 2016). Verrebbe da dire che questo “Effetto Roseto” conferma l’importanza della capacità di “fare territorio”; questa espressione, seppure usata in un contesto di ricerca molto diverso come quello sulla povertà estrema e i senza dimora (Guidicini, Pieretti, 1998), riassume efficacemente l’importanza di relazionarsi con le persone e i servizi presenti sul territorio in cui si vive, proprio per garantire una migliore salute, un miglior benessere e, in definitiva, una migliore qualità della vita.

Uno studio più recente, ma di altrettanto interesse, è quello dello sociologo e psicologo statunitense Corey Keyes (2010). Anche lui sottolinea come la presenza/assenza di malattie sia solo un indicatore parziale rispetto alla misurazione del grado di salute di una persona. In assenza di una strategia di effettivo miglioramento delle condizioni di benessere, che identifica nella capacità di auto-realizzazione e nella presenza di un “humus sociale” propositivo, gli individui saranno infatti più propensi ad innescare patologie di natura mentale e devianze (alcolismo, uso di sostanze stupefacenti, ecc.). In questa spiegazione entra con importanza anche l’ambiente in cui si vive e le opportunità di sviluppo che offre. Tale modello distingue due grandi categorie di soggetti:

- Languishing, cioè che “languiscono” in uno stato non consapevole di malessere conclamato;
- Flourishing, che invece “fioriscono” e si muovono verso una crescita del livello di benessere e salute.

Come ricordano Giovanni Pieretti ed Enzo Grossi (2015), Keyes delinea quindi una possibile strategia per la salute: ampliare le capacità di realizzazione dell’individuo, agendo per generare un percorso di sviluppo del territorio in grado di fornire i canali di sbocco per l’effettiva realizzazione delle persone (Grossi, Tavano Blessi, Sacco, Buscema, 2012). Tale strategia si rivelerebbe utile peraltro a diminuire la spesa pubblica nei settori della sanità e servizi socio-assistenziali, sia ex-ante che ex-post l’insorgenza di fenomeni di malessere.

#### 4.2. IL CONTRIBUTO SOCIOLOGICO SUL RAPPORTO SALUTE-TERRITORIO: ESPERIENZE DI RICERCA DAL CONTESTO ITALIANO

Già da queste riflessioni e da questi studi appare chiaro come la salute, al di là degli innegabili aspetti medico-sanitari, abbia una serie di risvolti sociali e culturali da tenere nella massima considerazione. Alcune ricerche condotte negli ultimi trent’anni

dal Ce.P.Ci.T. (Centro Studi sui Problemi della Città e del Territorio) dell'Università di Bologna si sono proposte di approfondire anche questi aspetti.

Tali ricerche fanno ampio riferimento alla Scuola di Chicago (Guidicini e Pieretti, 1992) e, a partire dal concetto di comunità in un'accezione socio-spaziale (Castri-gnanò, Manella, 2011), evidenziano l'applicabilità di diversi altri concetti proposti da quella Scuola per studiare il territorio e le sue popolazioni come "invasione", "successione", "selezione" e "area naturale". Dal punto di vista metodologico, poi, il gruppo si rifà molto alle esortazioni di Robert Park, tra i principali studiosi di quella Scuola, preferendo convintamente l'osservazione diretta allo schema domanda-risposta. "Ascoltare i residenti", in questo approccio, non è peraltro qualcosa che si fa solo con le "orecchie" ma anche con le "gambe" e gli "occhi". È una strategia che raccoglie in pieno la proposta/provocazione di Eduard Lindeman (1924, pp. 182-183), secondo cui se vuoi sapere qualcosa di qualcuno non devi chiederglielo ma stare ad osservarlo. La logica della survey, dell'indagine campionaria, è totalmente avulsa da questo approccio, a vantaggio di una che privilegia la prossimità spaziale, la continuità nel tempo del rapporto tra ricercatore e oggetto di studio, la scelta di un territorio ben preciso da analizzare più a fondo possibile.

Il ricorso a quest'approccio nello studio del rapporto salute/territorio è rintracciabile nel gruppo del Ce.P.Ci.T. già alla fine degli anni Ottanta, con una collaborazione con il distretto Ulss dell'Alto Vicentino che ha portato a riflettere sul rapporto tra cittadini e servizi socio-sanitari. In *Uomo, servizi, comunità. Una "ricerca di sfondo" sulla offerta dei servizi socio-sanitari nell'Alto Vicentino* (1988), l'inquadramento sociologico del territorio ha proprio l'obiettivo di capire l'insieme dei modi di leggere i servizi da parte dei cittadini. L'idea di prendere in considerazione il tema della comunità ad esempio, apparentemente marginale se si parla di salute, va proprio nella direzione di ipotizzare che l'efficacia dei servizi socio-sanitari si leghi non solo alla loro organizzazione e presunta efficienza ma alle specifiche condizioni del vivere in spazi caratterizzati da valori di comunità. Per quanto "comunità" sia un concetto estremamente complesso e sfaccettato, dunque, c'è la forte idea che possa condizionare il funzionamento delle strutture socio-sanitarie e, quindi, la salute ed il benessere di chi vive in quei territori.

In coerenza a quest'approccio, la ricerca si propone poi di studiare il territorio dal punto di vista morfologico, socio-demografico e di organizzazione dei servizi, intervistando il personale e individuando una serie di possibili argomenti e strumenti di ricerca da usare nella ricerca di campo vera e propria, riportata nel libro *Immagini della salute. Una struttura socio-sanitaria s'interroga* (Guidicini, Pieretti, 1989). In questo caso vengono sia raccolte opinioni e giudizi dei cittadini fruitori dei servizi, sia ricostruiti i cambiamenti di identità professionale e di funzione in atto nel mondo degli operatori delle strutture socio-sanitarie locali, portando appunto alla composizione di una nuova immagine della salute su quei territori. Tutto ciò ha l'obiettivo di favorire l'auspicata umanizzazione dei servizi. Dallo studio emergono diversi aspetti di estremo interesse:

l'esistenza di una molteplicità di ideologie della salute (che porta inevitabilmente alla necessità di pensare a più articolate forme di intervento), una significativa differenza tra “ambiente urbano” e “ambiente rurale” sia nell'offerta sia nella domanda di servizi (ad esempio nella reputazione delle varie figure socio-sanitarie tra i residenti), la crucialità della composizione della famiglia sugli atteggiamenti ed i comportamenti dei fruitori dei servizi stessi.

L'attenzione a questi temi si ritrova anche nello studio *La persistenza degli aggregati. Cittadini e welfare locale in un'area periferica di Bologna* (Pieretti, 2000), svolto in una parte dell'attuale quartiere San Donato-San Vitale. Ancora una volta l'immagine della salute diventa una chiave di lettura per il comportamento di molti residenti e per il loro rapporto con i servizi socio-sanitari. In un'area caratterizzata da una forte percentuale di anziani e grandi anziani e da una prevalenza di edilizia residenziale pubblica, il ricorso ai servizi socio-assistenziali è bassissimo: perché? Forse non hanno bisogno? Non sembra proprio questa la risposta. Con una serie di interviste in profondità a medici di base e farmacisti operanti nella zona studiata, infatti, emerge il ruolo fondamentale che hanno proprio questi medici nell'intercettare i bisogni di questa popolazione. Con loro si crea un rapporto che va oltre il tecnicismo per entrare nel personale, nel contatto quotidiano. Fattori come l'importanza dell'attività fisica in ambito lavorativo, delle relazioni di vicinato e solidarietà, la depoliticizzazione come elemento di crisi e di isolamento, vengono fuori proprio da queste interviste, pur essendo tutti aspetti non medico-sanitari. Essi si configurano quindi come “terminali intelligenti” di un'istituzione sanitaria vista come sempre più autoreferenziale, prescrittiva e distante dal territorio e dai suoi abitanti.

#### 4.3. DALLA RICERCA ALLA RICERCA-INTERVENTO: ALCUNI CONTRIBUTI PIÙ RECENTI

In che modo questo tipo di ricerca può contribuire alle attività di una rete come “Datti Una Mossa!”? Una parte della risposta può essere trovata negli esempi del paragrafo precedente, ma va ricordato che anche la partecipazione a questo lavoro è stata preceduta da esperienze che hanno proprio insistito sul rapporto tra salute, benessere e qualità della vita a livello territoriale, e lo hanno fatto sempre più in un'ottica di ricerca-intervento, cercando cioè non solo di produrre conoscenza ma di stimolare l'interazione tra attori locali per progettare e implementare nuove iniziative e misure.

Il filo conduttore di queste azioni è la constatazione che *“Emerge con sempre maggiore evidenza il valore dell'ambiente nel quale un individuo vive ed opera [...] laddove la qualità dell'ambiente diviene il possibile strumento per una politica anche e soprattutto a carattere pro-attivo [...] In questa prospettiva gli studi illustrano come tra i determinanti che contribuiscono in maniera sostanziale alla qualità della vita degli individui, i fattori di natura relazionale rivestano una funzione preminente nella composizione della salute psichica e fisica delle persone, ed in particolare gli elementi di natura*



*culturale (consumo, partecipazione) e comunitari (associazioni di volontariato e di vicinato), che fungono da ideali connettori attraverso i quali l'individuo è in grado di configurare - e sentirsi parte di - una rete di relazioni a cui poter attingere per l'appropriazione di valori, significati e norme per la propria vita” (Pieretti, Grossi, 2015: 90).*

Due esempi in tal senso sono i progetti Valore&Salute Network e quello di Prevenzione Ambientale in collaborazione con il Cadca - Community Anti-Drugs Coalition of America (Manella, 2017), entrambi finanziati dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed entrambi che hanno visto il coinvolgimento di alcuni membri del Ce.P.Ci.T. I due progetti condividono il focus: la prevenzione dell'uso e abuso di sostanze e la promozione di sani stili di vita. In entrambi poi, seppure ovviamente attraverso attività, consorzi e strumenti diversi, si sottolinea l'importanza dell'azione a livello territoriale e della rete relazionale per una maggiore efficacia e solidità nel raggiungimento degli obiettivi. La prevenzione, nell'ottica di questi progetti, passa anche e forse soprattutto dall'avere a disposizione luoghi dove incontrarsi e poter fare cose assieme, fruendo e producendo tanto attività culturali quanto attività ricreative (Pieretti, Grossi, Tavano Blessi, Ferilli, 2012; Casalini, Tavano Blessi, 2013), mettendosi in rete tanto con le istituzioni nonché con gli altri cittadini ed attori locali. Già in questi progetti, peraltro, era cominciata la collaborazione tra il gruppo del Ce.P.Ci.T. e quello del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL Bologna, nonché con altri attuali aderenti alla rete “Datti una mossa!”.

Tra queste collaborazioni, oltre alla progettazione congiunta di un ciclo di seminari accomunati dal nome Le vie del benessere, va ricordato ad esempio lo studio motivazionale su salute e benessere condotto presso l'Istituto San Vincenzo De' Paoli di Bologna. Lo studio, che rientrava nel programma promosso dalla UISP (Unione Italiana Sport Per Tutti) di Bologna, denominato MuoviBO, si avvaleva anche dell'uso di una applicazione per smartphone indirizzata a far guadagnare salute attraverso l'esercizio fisico lento (trekking urbano, camminata veloce, corsa lenta). Si proponeva quindi di promuovere la conoscenza delle Global Recommendations On Physical Activity For Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, incoraggiando la cultura dell'esercizio fisico quale pratica per la salute ed il benessere e di trasmetterla non solo ai partecipanti, ma anche alle loro famiglie.

Il contributo del Ce.P.Ci.T. si è sviluppato attraverso la costruzione di un questionario-intervista con domande sia chiuse che aperte, somministrato all'inizio ed alla conclusione del progetto al fine di cogliere eventuali cambiamenti negli atteggiamenti ed opinioni dei partecipanti, nonché le impressioni rispetto all'impiego della app dedicata allo scopo di guidare l'attività motoria.

Tra i risultati della ricerca-intervento la conferma del ruolo dell'attività motoria quale strumento di prevenzione per la salute degli individui e promozione del benessere, ma anche della qualità della vita e della relazione tra le persone. Emerge inoltre come la cultura della non competitività rivesta un ruolo importante; la partecipazione, quindi,

conta anche e soprattutto per costruire relazioni tra giovani che siano base e collante per il tessuto sociale di un territorio.

Un ulteriore risultato di questo progetto, meno esplicito ma non meno importante, è evidenziare l'importanza che ci sia una circolarità tra ricerca e prevenzione. In altre parole, la ricerca sociologica può essere di aiuto al monitoraggio di questi progetti per valutarne l'efficacia ed affinarne gli strumenti (Pieretti, 2019).