



Università degli Studi di Genova
Genoa Un



Scuola di
Scienze sociali

School of Social S

DISFor Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA IN

Psicologia clinica e di comunità

ESERCIZI DI ESTENSIONE

IL TEATRO SOCIALE COME PROMOTORE DEL BENESSERE INDIVIDUALE E

COLLETTIVO

Relatore: Prof.ssa Anna Zunino

Correlatore: Prof.ssa Elena Zini

Candidato: Ilaria Piaggese

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

*Ad Anna e Mirco,
per avermi mostrato
ciò che stavo cercando.*

*Alla mia famiglia,
agli amici e alle amiche,
agli insegnanti e alle guide,
agli amanti,
ai fragili e ai poeti,
ai piccoli,
a chi sa stare fermo,
a chi ha il coraggio di chiedere aiuto,
a chi fa domande delicate,
a chi sa ascoltare,
a chi resta pronto a cambiare,
a chi ha cercato le sue parole,
alle persone gentili,
a chi non teme il vuoto,
a chi si espone,
a chi partecipa,
a tutti coloro che mi hanno permesso
di fare esercizi di estensione.*

INDICE

Introduzione

Capitolo 1: Psicologia della salute e promozione della salute

1.1 Salute, definizioni e riflessioni

1.1.1 Psicologia della salute

1.2 Promozione della salute

1.3 Ambiti e Strumenti d' intervento della promozione della salute

1.3.1 La Promozione della Salute nel contesto scolastico

1.3.2 La Promozione della Salute all'interno del carcere e degli ospedali

Capitolo 2: L'impatto della cultura e delle arti performative sulla salute

2.1 Uno sguardo generale sulla cultura, le arti performative e la promozione del benessere

2.2 L'impatto dell'arte sulla salute fisica

2.3 L'impatto dell'arte sulla salute mentale

2.4 L'impatto dell'arte sulla vita sociale

Capitolo 3: Il teatro come promotore di salute

3.1 Teatro e neuroscienze: evidenze scientifiche dell'influenza dell'arte teatrale sul cervello e sull'intersoggettività

3.2 Il teatro come occasione di catarsi e scoperta di sé: il laboratorio di teatro sociale

3.3 Il fare teatro diventa fare comunità: ambiti d' intervento del teatro sociale e il suo essere promotore di salute

Conclusioni

INTRODUZIONE

Questa tesi nasce dall'interesse di ricercare quali rapporti esistano tra la salute, intesa nella sua accezione più ampia e complessa, e l'esperienza del fare teatro. La domanda che mi sono posta è se il teatro possa essere o meno uno strumento di promozione della salute.

Sono molte le fonti che approfondiscono il tema della salute, della sua promozione all'interno di contesti differenti, così come quello degli strumenti di cui la Psicologia si avvale per promuovere la salute. Altrettante sono le fonti che attestano il beneficio che le arti, tra cui il teatro, apportano alla vita degli individui e delle comunità, e quindi alla promozione della salute. Basti pensare alla longeva storia del teatro, che nasce come strumento di catarsi e di azione sociale. In periodi più recenti si sono accumulate molteplici esperienze scientifiche e cliniche che attestano questa potenzialità del teatro.

Il mio intento è allora quello di trovare nella letteratura scientifica un riscontro rispetto alla valenza del teatro come mezzo di promozione di ben-essere.

Questa tesi sostiene che il fare teatro sia un'esperienza altamente trasformativa a livello personale e collettivo, soprattutto quando non si limita al teatro tradizionale, ma si espande fino a prendere le forme di quello che viene definito "teatro sociale". Ritengo che il laboratorio di teatro sociale, rivolto a persone appartenenti a diversi livelli di età, condizione sociale e sanitaria, apra – in modo maieutico- le porte alla consapevolezza di sé, delle proprie parti, al proprio mondo interno, al proprio modo di entrare in relazione con gli altri e con il mondo, ma anche al proprio posizionamento nei confronti della realtà sociale in cui si vive, mobilitando risorse creative, competenze di vita che nel quotidiano rischiano di rimanere latenti. Si tratta di un "fare teatro" che

permette agli isolati e agli emarginati di ritrovarsi protagonisti, ai malati di riscoprirsi pieni di salute, alle vittime di rialzarsi, ai giovani di capirsi e di scegliere in modo più consapevole. Un fare teatro che avvicina le persone a se stesse e agli altri. Ritengo che il benessere sia promosso dal fare teatro perché questo mezzo agisce sul corpo-mente come unità, rompe il dualismo che separa queste due dimensioni e le fa essere un *unicum*; agisce sulle competenze di vita, le promuove, le rafforza; agisce sulla relazione con l'altro e con il proprio contesto, facendo porre attenzione alle proprie azioni, aspettative, scelte e conseguenze; agisce sulla società, creando comunione, dando voce e volto all'invisibile con estrema bellezza.

Per tale motivo il titolo scelto per questa tesi è "Esercizi di Estensione", perché ritengo che il teatro sociale possa permettere alle persone di estendere la propria consapevolezza di sé, di estendere il proprio senso di appartenenza a un gruppo, a una società, a una comunità, e di estendere le azioni individuali e collettive tanto da raggiungere le istituzioni e collaborare con esse al cambiamento e alla rimodulazione di aspetti legati al ben-essere individuale e collettivo.

Penso che quando le persone sono più consapevoli di loro stesse e del loro modo di attraversare il mondo, siano più in salute; penso che possano scegliere in modo più consapevole, darsi norme proprie e nuove, essere maggiormente flessibili; penso che possano integrare le dimensioni di benessere e malessere, senza separazioni, ma in dialogo; penso che possano scoprire la bellezza del processo, del divenire, della dinamica della vita che contiene la morte; che possano trovare le proprie parole per dialogare con il mondo, con la società e le istituzioni, ed essere agenti attivi di cambiamento e trasformazione personale e sociale.

1. PSICOLOGIA DELLA SALUTE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Psicologia della salute e la promozione della salute fondano il proprio panorama epistemologico, i propri intenti e le proprie azioni sul concetto di salute, così ampio e complesso. In questo primo capitolo è quindi mia intenzione indagare quanto emerge in letteratura sul concetto di salute

Da questa indagine emergono interessanti riflessioni su quelle che sono state le declinazioni del concetto di salute nel corso del tempo, su come esse siano state plasmate dai modelli di riferimento in ambito medico-scientifico e su come, oggi, sia sempre più necessario trovare una definizione univoca che possa contenere tutta la complessità della salute e che riesca a dare risposte alle esigenze di salute della popolazione, sostenendo e orientando le istituzioni e le politiche sanitarie. Sul tema della promozione della salute, la letteratura riporta utili riflessioni sulla sua fisionomia e sulle sue azioni e motivazioni. L'obiettivo della promozione della salute è sostenere il processo attraverso cui le persone diventano protagoniste delle proprie scelte di salute. L'idea che ogni cittadino possa essere maggiormente consapevole delle proprie risorse e difficoltà, all'interno di un contesto sociale più attento alla salute, porta a ipotizzare che non solo ci sarebbe maggiore benessere, ma anche una maggiore funzionalità dei sistemi sanitari, una qualità delle cure migliore e una migliore qualità della vita.

Nelle prossime pagine approfondirò questi temi grazie alla letteratura scientifica contemporanea relativa all'argomento.

1.1 Salute, definizioni e riflessioni

“Noi siamo quello che ci accade mentre veniamo morsi”

Franco Arminio

Una definizione di salute ha grande importanza in tutti i campi in cui si opera per la salute stessa: questo perché tale definizione influenza le istituzioni e gli operatori sanitari, e influisce fortemente sul modo in cui la salute viene costruita socialmente nelle società moderne. Le rappresentazioni sociali della salute influenzano le richieste e le aspettative di salute e, di conseguenza, i sistemi di assistenza sanitaria, le decisioni dei responsabili delle politiche della salute e molti altri aspetti chiave della salute. In particolare, la visione della salute ha un forte impatto sui comportamenti delle persone e, quindi, sulla capacità di prendere decisioni appropriate in tale ambito (Leonardi, 2018).

L'OMS nel 1946 ha dato un'impronta chiara al concetto di salute, definendola come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia”* (Who Health Report, 1946). Tale definizione sembra discostarsi grandemente dall'idea di salute praticata dal predominante modello bio-medico, secondo il quale la salute è vista come un qualcosa da preservare ed eventualmente da ripristinare dopo una malattia, tenendo conto esclusivamente delle influenze negative rappresentate dai fattori biologici. La definizione di salute bio-psico-sociale punta l'accento sulla globalità della persona (Mauri, Tinti, 2010), aspetto necessario per promuovere il benessere dell'individuo, rendendolo soggetto attivo e costruttore del proprio percorso di salute. Questa definizione sollecita i sistemi sanitari nazionali a

rinnovare la tradizionale idea di assistenza sanitaria, basata esclusivamente sull'attenzione alle condizioni fisiche degli individui.

Tuttavia, alcune analisi critiche hanno dimostrato che la definizione di salute proposta dall'OMS è diventata inadatta ad affrontare le nuove sfide derivanti dalla crescita del tasso di invecchiamento e dal numero crescente di persone con malattie croniche.

Una prima riflessione in merito ci arriva da Antonovsky (1987), che ha criticato il concetto di *completo benessere*, ritenendolo come un obiettivo irrealistico da raggiungere. Antonovsky evidenzia la necessità di concepire la salute non come uno stato specifico, definito, totale, bensì come un processo, una *"tensione verso"* il raggiungimento di una condizione ottimale, portato avanti sia con strategie di coping volte a fronteggiare gli avvenimenti avversi, sia con la promozione e il mantenimento di risorse e competenze *salutògene* a livello individuale e sociale (Mauri e Tinti, 2010).

Secondo Leonardi (2018, pag. 736) *"è giunto il momento di abbandonare la visione utopica dell'OMS"* e smettere di considerare la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Questo autore, in un articolo pubblicato sull'*International Journal of Health* nel 2018, elenca alcune motivazioni per le quali la definizione di salute proposta dall'OMS debba essere riconsiderata. Tra le criticità evidenziate, sulla scia di quanto scritto da Antonovsky (1987), una in particolare riguarda il concetto di *completezza* del benessere. Dalle statistiche, scrive Leonardi, emerge che la salute, come stato *completo*, sia un'esperienza che gli adulti vivono soltanto temporaneamente. Di conseguenza, si può affermare che questa completezza sia un concetto utopico che non trova riscontro nell'esperienza. Inoltre, uno stato di benessere completo comporterebbe anche l'assenza di qualsiasi fattore di rischio di qualsiasi

malattia, condizione assolutamente impossibile per chiunque. Bisogna quindi accettare l'impossibilità di un *"benessere senza rischi"* (Leonardi, 2018). Le riflessioni di Leonardi si pongono in dialogo con quelle di Bertini (2012), secondo il quale abbiamo bisogno di pensare alla salute e alla malattia, al benessere e al malessere, con una visione *bivariata* e non *bipolare*. Mario Bertini, nel suo testo *"Psicologia della salute"* (2012), evidenzia la distinzione tra tali visioni della salute e della malattia. Quando si utilizza il termine *bipolare* si vuole intendere una visione della salute e della malattia che colloca queste due dimensioni all'opposto di un continuum, ad indicare che dove vi è una non può esserci l'altra. Per superare tale modello è necessario passare ad una visione *bivariata* che permetta di integrare le dimensioni di salute e malattia. Il termine *bivariata* (Bertini, 2012) è mutuato dal linguaggio statistico e identifica la relazione tra due variabili che possono variare in modo concomitante e suggerisce quindi la possibile co-presenza dei processi di salute-malattia.

Un'altra riflessione di Leonardi (2018) sulla concezione di salute promossa dall'OMS riguarda la sua *ampiezza*. Tale definizione, secondo Leonardi, risulta essere così ampia da includere, come condizione per godere di salute, una vita priva di povertà, iniquità, vizi, discriminazioni, violenze, che sono però ineludibili problemi di vita. Questa definizione di salute include inoltre problemi esistenziali, morali, scelte etiche, che popolano le vite delle persone. Pensare ad un benessere che comprenda in modo così ampio anche questi aspetti è, nuovamente, una visione utopica della salute (Leonardi, 2018).

Un altro aspetto critico della definizione proposta dall'OMS riguarda la sua connessione con la crescente medicalizzazione della società. Ogni anche piccola deviazione dalle norme fisiche e psicologiche diventa potenzialmente una perdita di

salute, e di conseguenza porta le persone ad aumentare la propria domanda di cure sanitarie. Ciò comporta spese insostenibili per il Sistema Sanitario Nazionale, con conseguente ricorso alla sanità privata, l'uso di farmaci spesso non necessari, il riferirsi a figure professionali iper-specializzate che rischiano di non cogliere la complessità del problema nelle sue cause e nelle sue possibili traiettorie ed evoluzioni.

Questi sono aspetti estremamente concreti che riguardano la definizione di salute: non è solo una questione teorica, poiché vi sono molte implicazioni per la pratica, la politica, i servizi sanitari e la promozione della salute.

È necessario inoltre, insieme alla definizione di salute, approfondire e porre sotto una luce critica anche il concetto di *normalità*, quella linea astratta che divide chi si trova in uno stato patologico, e quindi non gode di salute, e chi no. A tale scopo risulta importante considerare le teorizzazioni di Canguilhem, che, nel suo saggio del 1966, a lungo si interroga sul tema della norma, che stabilisce la distinzione tra il normale e il patologico. Scrive, infatti, che la salute di un individuo è data dal sentirsi *“all'altezza dei doveri che risultano dall'ambiente che gli è proprio”*, aggiungendo - citando Goldstein (1934) - che essa non può essere la stessa per un altro individuo che, se pur avendo le sue stesse caratteristiche, non riuscirebbe ad usarle per rispondere a quegli stessi doveri. Ne consegue che la norma per stabilire salute e malattia non può essere generale, ma solo individuale, tenente presente la soggettività della condizione in cui si trova la persona. Aggiunge Canguilhem (1966, pag. 147) che *“se dunque il normale non ha la rigidità di un dato di necessità collettivo, ma la flessibilità di una norma che si trasforma ponendosi in relazione a condizioni individuali, è chiaro che la frontiera tra il normale e il patologico diviene imprecisa”*.

Sempre all'interno dell'articolo pubblicato sull'*International Journal of Health* nel 2018, Leonardi riporta un'ulteriore riflessione sulla definizione di salute dell'OMS, che propone il benessere come necessariamente legato alla salute: tale definizione non considera che questo presupposto può non essere applicabile in tutti i casi. Quando gli individui affrontano un evento negativo nella loro vita provano dolore, non benessere: questa reazione non può essere considerata una perdita di salute, altrimenti tutti perderebbero salute continuamente (Leonardi, 2018). La mancanza di benessere in queste situazioni comuni deve essere considerata un "*segno oggettivo di un senso appropriato della realtà*" (*ibidem*, pag.737); il paradosso è che un completo stato di benessere in situazioni negative potrebbe indicare "*un'alterazione dell'esperienza soggettiva*" (Leonardi, 2018, pag.737) della realtà e quindi una perdita di salute. Inoltre, l'esclusione del malessere dalla definizione di salute esclude una parte significativa della popolazione dalla possibilità di essere in salute (*ibidem*), come le persone che vivono in condizioni di disabilità, chi soffre di malattie croniche, o chi vive in condizione di svantaggio socio-economico (Braibanti, 2016).

Alcuni autori (Braibanti, Strappa, Zunino, 2009; Gadamer 1994) pongono l'accento sull'aspetto dinamico della salute, intendendola come un processo, un continuo ricercare significati, percorrere la vita verso la realizzazione del sé. Da questa visione dinamica della salute emergono definizioni che sembrano far evolvere quella proposta dall'OMS nel 1946: essere in salute vuol dire sentirsi capace, impegnarsi concretamente, mettersi alla prova per realizzarsi.

In una concezione di salute come uno stato privo di malessere, in confronto con essa l'uomo non può essere mai del tutto abile (Braibanti *et al.*, 2009), e per questo necessita di ricercare costantemente un posizionamento consono alla propria

condizione e alle proprie possibilità. Si pensi, come appena scritto, a coloro che vivono una condizione di disabilità: si può pensare a tali persone come totalmente e costantemente prive di salute? Canguilhem scrive che l'idea di normalità *“non escluderebbe, del resto, altre anormalità”* e che *“una deformità congenita può essere compatibile con una vita molto lunga”* e con zone di salute (Canguilhem, 1966, pag. 108). Le persone, scrivono Braibanti e collaboratori (2009), possono essere sane anche se affette da disabilità o malattie croniche, poiché la salute non è una sensazione di benessere priva di dolore, bensì un processo dinamico che intreccia la qualità *“dell'incontro con la vita”* (Braibanti, 2016), con le perdite, le difficoltà e le sofferenze, diventando quella capacità di *tenersi insieme* e preservare la propria unicità, rinnovandola (Braibanti *et al.*, 2009).

La salute, scrive Canguilhem (1966), è assumere responsabilità sulle proprie azioni e stabilire nuove relazioni tra le cose, gli eventi e le persone. Egli afferma che la malattia è un modo per ricordare all'uomo che nella vita vi è la morte e che la salute altro non è che la strada per trovare la capacità di *vivere* sotto la consapevolezza del morire; *guarire* è collocarsi nella contraddizione tra *“la speranza di un giorno e la consapevolezza dello scacco alla fine”*, *“sapere che le cose sono senza speranza senza sperare di poterle cambiare (...) imparare a districarsi in situazioni pericolose”* (Braibanti, 2016, pag.31).

La salute, in questa visione dinamica, *bivariata*, complessa, può essere definita come quello stare dell'uomo che si colloca e vive pienamente nel *“divario tra lo scacco e la speranza”* (Braibanti, 2016, pag.31).

Anche i poeti aiutano a comprendere quanto sia denso il concetto di salute, intrecciato con quello di malattia, così come quello di vita lo è con quello di morte.

Franco Arminio, nel suo libro “La cura dello sguardo” (2020), scrive molteplici riflessioni sul tema della salute e della malattia: sembra ritrovare il filo di Canguilhem (1966) e di Bertini (2012) quando scrive che *“siamo sani solo quando la malattia e la salute prendono la parola nel nostro corpo e si confrontano”* (Arminio, 2020).

Questo pensiero di salute - intrecciata con la malattia, portatrice di possibilità inesplorate - si mette in contrapposizione con la visione della malattia come qualcosa che *“entra ed esce dal corpo come da una porta”* (Canguilhem, 1966, pag. 15), dove l’uomo è soggetto passivo di un alternarsi, al suo interno, di salute e malattia, promuovendo invece l’idea di malattia come qualcosa che *“si aggiunge all’uomo perché non tutta la speranza sia perduta”* (Canguilhem, 1966, pag. 15), come sostiene Armino quando scrive che la malattia va presa *“come un santo che viene a farti compagnia”* (2020).

Canguilhem, nel suo saggio “Il normale e il patologico” (1966), delinea le idee di salute e malattia insite nella nostra cultura, partendo dal mondo greco.

L’autore sostiene che nell’antica medicina greca vi fosse una visione *dinamica* e non *ontologica* della malattia: una visione non più *localizzazionista* ma *totalizzante*. In quest’ottica, la natura, sia all’interno dell’uomo che al suo esterno, era caratterizzata da armonia ed equilibrio; il pensiero sulla malattia era quello di un disturbo provocato proprio a questo equilibrio armonico della natura nell’uomo. Tale equilibrio della natura nell’uomo era pensato come la perfetta armonia di quattro umori: se queste componenti della natura presenti nell’uomo si dis-equilibravano, per qualche causa, allora la natura si adoperava per ripristinare un equilibrio nell’uomo. La malattia era intesa, quindi, come *“lo sforzo della natura nell’uomo”* (Canguilhem, 1966, pag. 16) per ritrovare un nuovo equilibrio. L’organismo generava una malattia per guarirsi. La ricerca

di questo nuovo equilibrio comporta la comparsa di sintomatologie differenti. Ciò che conta in questa visione è che non si andava a cercare un male localizzato nella persona in un qualche punto particolare; la malattia faceva parte di tutto l'uomo, della sua interezza (Canguilhem, 1966). Tale prospettiva dinamica della malattia sembra ben diversa dalla visione bio-medica, organicistica, della cultura moderna occidentale. Tuttavia, il punto comune di queste due tendenze è quello di considerare, in ogni caso, la malattia e la condizione di malato come "*polemica*" (Canguilhem, 1966, 17), ovvero errata, anormale, anomala.

La medicina moderna, scrive Canguilhem alla fine degli anni '60, continua ad oscillare tra il polo ontologico e quello dinamico: secondo il primo, la malattia viene da fuori, portata da agenti virali, batterici, ambientali, e va eliminata nella parte stessa in cui risiede; secondo il polo dinamico, invece, la malattia è un'esperienza che riguarda la totalità della persona, un tentativo di riequilibrarne le parti (Canguilhem, 1966).

Se volgiamo lo sguardo alla medicina non occidentale, un importante spunto, che sposa la visione della antica medicina greca, è quello della medicina tradizionale cinese. Le terapie e le pratiche appartenenti a questa disciplina nascono da una visione profonda e unitaria della persona, vista nella sua globalità come unità corporemente-spiritualità. Il corpo umano è concepito come un insieme di sistemi funzionali e di flussi energetici che interagiscono tra loro, costituendo così le varie funzioni degli organi e dei visceri. Tali sistemi e flussi sono in interazione costante con tutto ciò che circonda l'individuo: la Natura e l'Universo. I Meridiani energetici vengono descritti come canali di energia che attraversano il nostro corpo e si intrecciano in una rete di connessioni. La salute è in relazione all'equilibrio energetico dato da tali connessioni e al libero fluire dell'energia nei Meridiani. Quando i flussi energetici trovano un

ostacolo, un blocco, quando non sono in equilibrio tra loro, può comparire la malattia. Le terapie in questa medicina hanno lo scopo di riequilibrare i flussi energetici, togliendo eventuali blocchi e permettere il libero fluire dell'energia nei meridiani (Muccioli, 2013).

Grazie agli esempi afferenti dalle medicine tradizionali non occidentali, possiamo notare la differenza tra un approccio olistico, sistemico alla salute, e uno dicotomico, che separa il corpo dalla totalità dell'individuo nel suo ambiente, che vede nella malattia un intoppo da risolvere e non un'occasione, un segnale per capire che è necessario trovare un nuovo equilibrio.

Se pensiamo alla malattia come qualcosa che ci parla, che ci dà avvisi, che ci chiede di riequilibrarci, allora l'approccio di cura non sarà solo rivolto all'estirpare uno o più sintomi, ma direzionato verso il mantenimento di tale equilibrio, o il ricercarne uno nuovo, migliore. La ricerca di questo equilibrio, di un posizionarsi tra la *"speranza di un giorno e la consapevolezza dello scacco alla fine"* (Braibanti, 2015, p. 32), richiede alle persone e alle istituzioni di cura di considerare, in ottica sistemica, tutti gli aspetti della vita dell'individuo come importanti nella costruzione personale e sociale della salute. L'ottica sistemica è necessaria per guardare all'individuo inserito in un contesto dotato di diverse variabili che possono influenzarsi reciprocamente e influenzare l'individuo stesso (Mauri, Tinti, 2010). A sostegno di ciò Brega afferma che la salute è data dall'interazione tra una persona, la sua variabilità biologica, psicologica e esistenziale con la variabilità dell'ambiente sociale, culturale ed ecosistemico in cui è inserita (1989).

Emerge da molti autori quanto la salute sia mediata dalle percezioni soggettive e intersoggettive, influenzate dall'ambiente sociale con le sue regole e le sue

valutazioni di ciò che è giusto o sbagliato (Mauri, Tinti, 2010). In questa prospettiva si riconosce il valore della persona, le si riconosce il protagonismo, non solo nel ripristino o nel mantenimento della propria salute, ma anche in tutte quelle azioni, individuali e collettive, volte al raggiungimento di quell'equilibrio ottimale di cui parlava Antonovsky (1987), agendo sia su di sé che sul proprio ambiente.

Questo è un importante cambiamento di ottica: dall'enfasi sugli indicatori negativi (come i sintomi), all'enfasi su quelli positivi (la crescita personale); dal bipolarismo tra salute e malattia, all'intersecarsi costante di questi due poli, del benessere e del malessere, nelle vite delle persone. In questa ottica c'è lo spazio per progettare diverse strade di salute, diversi modi di costituire i servizi di cura, di *concepire* la cura.

1.1.1 Psicologia della salute

Di fronte ad una definizione di salute che ne richiama la complessità e il suo essere dinamica, la Psicologia ha cercato un modo efficace per interfacciarsi con le esigenze di salute dei cittadini e delle comunità, oltre che con la salute stessa.

Come vedremo in seguito, il concetto di *prevenzione* ha subito delle evoluzioni grazie a questo nuovo sguardo sulla salute; si è passati dal prevenire, informare e dissuadere le persone ad assumere comportamenti rischiosi, al *promuovere benessere*, potenziando risorse e competenze necessarie alle persone per costruirsi contesti di vita *sani*, per costruirsi salute (Braibanti, 2016).

Nel 1980 nasceva così la Psicologia della Salute, la quale non si poneva come primo obiettivo la diagnosi o il trattamento terapeutico di una o più patologie, bensì la promozione della salute. Secondo l'*American Psychological Association* (APA, 2003; Freedland, 2021), la Psicologia della Salute è una sotto-specialità interdisciplinare della Psicologia che si occupa dello studio dei fattori biologici, comportamentali e sociali che contribuiscono alla salute e alla malattia. La Psicologia della Salute applica i suoi principi, le sue tecniche e le sue conoscenze scientifiche per valutare, diagnosticare, trattare, modificare e prevenire problemi fisici, mentali o di qualsiasi altro tipo relativi ai processi di salute e malattia. Si concentra sulla promozione e sul mantenimento della salute, sulla prevenzione e sul trattamento delle malattie e sull'identificazione dei correlati eziologici e diagnostici della salute, delle malattie e delle disfunzioni (Casu, de Padua Serafim, Zaia & Gremigni, 2022). Il suo intento principale è quello di riconoscere l'impatto che un'ampia gamma di fattori biologici, psicologici e sociali ha sia sul benessere sia sulla malattia cronica (Hilton & Johnston, 2017).

Tra gli obiettivi della Psicologia della salute, la promozione della salute prende le forme di un processo che mette le persone in condizione di aumentarne il controllo, di mantenerla e di migliorarla; un processo volto ad aiutare la persona a raggiungere uno stato personale di benessere fisico, psichico e sociale; un processo volto a realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i bisogni e convivere con il proprio ambiente (Mauri, Tinti, 2010)

Come scrive Bertini (2012), per promuovere la salute come ben-essere occorre approfondirne i fondamenti teorici e metodologici, lontano dalla tendenza riduzionistica di collegare il ben-essere al salutismo o all'assenza di malattia.

Occorre quindi delineare le traiettorie di una scienza della salute, complementare alla tanto percorsa strada della scienza della malattia (Mauri, Tinti, 2010).

Uno dei molti fattori che ha alimentato, fino ad oggi, il pensiero incentrato sulla malattia piuttosto che sulla salute, si individua proprio nel linguaggio, in codici linguistici consolidati nell'ambito della malattia e delle lacune linguistiche necessarie per rappresentare il concetto di salute e ben-essere. Iniziare a parlare al plurale della salute, con un neologismo coniato da Bertini (2012), *Salutìe*, permette di pensare e interrogarsi sulle diverse dimensioni positive della salute, proprio come è stato fatto per lungo tempo nella scienza della malattia, con l'individuazione di diverse patologie.

Un altro fattore di centrale importanza nel determinare la diffusione di un modello centrato sulla malattia, a discapito di uno centrato sulla salute, si individua nel concetto di *normalità*, contrapposto con forza a quello di *devianza*. Bertini, in linea con quanto emerso dal saggio di Canguilhem (1966), ci fa riflettere sul fatto che la normalità altro non è che una questione di numero, di maggioranza, un concetto che definisce una parte di popolazione che si situa al di sopra di una linea astratta, data dalla norma statistica, sotto la quale, invece, si colloca quella parte di popolazione che devia da questa *retta via*, decisa dai criteri inseriti nei manuali diagnostici. Lo spostamento di focus ci permette di passare dall'idealizzazione della normalità alla critica di questa, riconoscendo come sia più opportuno parlare di *normatività*, ovvero la capacità di essere normativi, di costruirsi nuove norme di fronte alle situazioni e agli eventi della vita (Bertini, 2012; Braibanti, 2016). Canguilhem, all'interno del suo saggio "Il normale e il patologico" (1966), afferma

che *in patologia la norma sia prima di tutto norma individuale* (Canguilhem ,1966). Questo passaggio dal *normale* al *normativo* e dal *deviante* al *viandante* (Bertini, 2012) racchiude il senso e gli intenti della psicologia della salute e della promozione del ben-essere; in tal modo l'individuo recupera la sua unicità, relativa sia ai propri deficit sia alle proprie risorse, alle scelte, alle strade che decide di percorrere.

Un altro fattore risulta essere determinante nella definizione della scienza della salute, differenziata da quella della malattia: spostare l'attenzione dalla *terapia* della malattia, alla *promozione* delle risorse, un passare dalla *difesa dalla morte* alla *speranza di vita* (Bertini, 2012). Risulta quindi estremamente importante indagare quelli che sono i dati che dimostrano quanto gli interventi volti al riconoscimento e al potenziamento delle risorse siano maggiormente efficaci di quelli fondati solo sul trattamento dei sintomi.

Se in una prima definizione della Psicologia della salute s'intendeva tale disciplina come una branca della psicologia che contribuiva alla promozione della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione di correlati eziologici e diagnostici della salute, della malattia e di disfunzioni associate, più avanti è stata aggiunta un'altra importante direzione d'impegno a questa disciplina: il miglioramento del sistema di cura della salute e l'elaborazione delle politiche della salute (Bertini, 2012).

In un articolo di Liana S. Lianov e collaboratori (2020), viene citato l'operato del Comitato per la Scienza della Felicità e la Salute Positiva dell'American College of Lifestyle Medicine, che mira a sensibilizzare l'opinione pubblica sulle strategie per dare priorità al benessere emotivo in contesti sanitari -non legati alla salute mentale-, tentando anche di promuovere cambiamenti nel sistema sanitario che integrino gli

interventi di psicologia positiva, basati sull'evidenza, nei piani di mantenimento e trattamento della salute. Questo è uno dei compiti che si prefigge la Psicologia della salute, nell'ottica del benessere e della prevenzione, per il quale sono stati individuati percorsi precisi e strategie funzionali (Mauri, Tinti, 2010).

Ulteriori obiettivi del Comitato per la Scienza della Felicità e la Salute Positiva dell'*American College of Lifestyle Medicine*, adiacenti agli obiettivi della Psicologia della Salute, riguardano le innovazioni nella ricerca, nelle politiche e nelle pratiche per promuovere il benessere totale (Lianov et al., 2020), impegno che, come vedremo in seguito viene perseguito anche dalla promozione della salute, all'interno degli interventi da essa promossi.

Alcuni concetti fondanti la Psicologia della salute sono promossi anche dalla Psicologia positiva. Come sappiamo da Braibanti (2013), la Psicologia Positiva incappa però in un significativo limite che la Psicologia della Salute vuole evitare di riproporre, ovvero quello del dualismo e della contrapposizione bipolare tra benessere e mal-essere. Come abbiamo già visto, Bertini (2012) nella sua teorizzazione pone alcuni punti fondamentali, tra cui quello di una concezione *bivariata* della salute, per cercare una possibile integrazione di mal-essere e ben-essere (Bertini 2012). Tuttavia, nonostante questo suo limite, la presenza della Psicologia Positiva dentro il panorama culturale che ha caratterizzato il periodo in cui la Psicologia della salute ha preso nuove forme, testimonia l'esigenza di tracciare strade grazie alle quali si possa guardare alla salute e alla malattia come processi dinamici appartenenti, in modo soggettivo e al contempo oggettivo, all'uomo, essere complesso e pieno di risorse oltre che di limiti, inserito in una società che ha il compito e la possibilità di promuovere *salutè*. La definizione degli obiettivi e dei

campi di azione della Psicologia della salute la porta a focalizzarsi su un livello di lettura e analisi non più solo individuale, ma anche e soprattutto sociale e comunitario, per ricercare e attuare trasformazioni sociali in grado di migliorare la salute collettiva (Zani, 2008). Risulta fondamentale per tale disciplina l'interconnessione tra figure professionali che si confrontano con il benessere e il malessere delle persone e delle comunità.

La psicologia della salute è una disciplina che fa riferimento a più metodologie e che punta a un fecondo confronto con le scienze mediche, affinché la costruzione della salute sia un processo che viene portato avanti da più soggetti (Mauri e Tinti, 2010), un luogo di riflessione, di sviluppo di competenze complementari alle proprie, un luogo di sostegno reciproco.

Le origini della psicologia della salute sono relativamente recenti e, secondo alcuni autori (Bertini, 2012; Borrel-Carriò, Anthony, Schuman & Epstein, 2004) hanno trovato terreno fertile nella crisi del modello bio-medico, secondo il quale la salute viene definita solo in riferimento alla malattia, in un'ottica organicistica, in cui ciò che conta è l'individuazione della parte patogena; la stessa definizione di salute, come già scritto, ha trovato nuovi sguardi e nuove prospettive proprio grazie alla crisi di tale modello. Secondo questo approccio la psicologia veniva confinata in zona limitrofa alla medicina, collaterale, i cui compiti erano limitati al cercare i fattori patogeni del comportamento o studiare i sistemi di credenze che rendevano inefficaci le cure (Mauri e Tinti, 2010). Questo approccio ha dovuto cedere il passo ai progressi delle conoscenze psicologiche, che dimostravano l'importanza della relazione tra psiche e corpo e di come la mente fosse altrettanto importante nei processi di malattia e cura (Tomassoni e Solano, 2003).

Negli anni '70, Engel ha messo in discussione il modello biomedico, proponendo la visione bio-psico-sociale, che apre le porte a un concetto di salute sistemica, olistica, attenta all'integrazione di diverse dimensioni d'intervento e di diversi livelli esplicativi (Engel, 1977). Questo approccio non solo ha messo in crisi il modello biomedico, ma ha anche aperto le porte a una considerazione più ampia di quelli che sono i fattori implicati nella salute, come la natura multifattoriale delle cause che agiscono sulla salute e sulla malattia e degli effetti di queste condizioni, l'unicità di corpo e mente e l'influenza di essa su salute e malattia nell'individuo, il pensare la salute come un obiettivo da perseguire positivamente, con attenzione a tutti i fattori provenienti dalle sfere biologica, psicologica e sociale della vita dell'individuo (Braibanti, 2016).

In un articolo di Francesc Borrell-Carriò e collaboratori (2004), vengono affrontati alcuni aspetti fondamentali del modello bio-psico-sociale di Engel, tra cui lo sguardo volto alla conoscenza dei bisogni di ogni paziente. In questa visione focalizzata sul paziente, gli autori evidenziano che dal modello di Engel emerge quanto la relazione tra aspetti della salute mentale e fisica sia complessa, dipendente dall'esperienza soggettiva, non riducibile a leggi fisiologiche. Questi autori propongono che una pratica clinica orientata bio-psico-socialmente debba focalizzarsi sulla consapevolezza di sé, su una coltivazione attiva della fiducia, su uno stile emozionale caratterizzato dall'empatia e dalla curiosità, sulla capacità di ridurre i propri *bias* e le proprie idee stereotipate sul paziente.

A discapito del dualismo e del riduzionismo, il modello bio-psico-sociale apre le porte a una visione della salute più ampia, che tiene conto del collettivo e del soggettivo allo stesso tempo (Borrell-Carriò *et al.*, 2004). Altri contributi teorici

(Mauri e Tinti, 2010) evidenziano come, secondo questo modello, la salute sia una costruzione sociale, creata dagli esseri umani nel corso della vita, nell'interscambio tra la persona e il suo ambiente.

Il concetto di salute come *globale* proposto dal modello bio-psico-sociale è coerente con la teoria dei sistemi di von Bertalanffy (1971), secondo cui la persona è costituita da vari sottosistemi, di carattere fisico, emozionale, cognitivo, ed è a sua volta inserita in altri sistemi, dal micro al macro. Ne risulta che la persona non è un sistema chiuso, bensì aperto e in continuo rapporto dinamico con l'ambiente circostante. Con questo approccio si focalizza l'attenzione sulla persona come caratterizzata da complessità, e si rinuncia alla frammentazione nella cura e nella visione della persona; si pensa alla promozione della salute non come un'operazione volta alla rimozione delle parti insane, ma al processo che la persona, nel suo ambiente e nei suoi sistemi e sottosistemi, può intraprendere coadiuvata dall'interazione tra scienze differenti (Mauri e Tinti, 2010).

In accordo con gli autori citati, si ritiene fermamente che un approccio alla salute - nella sua promozione e nel suo mantenimento, in interventi emergenziali o terapeutici - che tenga conto della complessità delle persone, delle loro storie, dei loro contesti, delle loro risorse e dei significati che esse attribuiscono a ciò che stanno vivendo, possa fare la differenza, non solo per gli individui, ma anche per i curanti, per i sistemi di cura, per la società.

La psicologia, la medicina, il sistema sanitario e le politiche, i cittadini, necessitano tutti di questa nuova e più completa definizione di salute, sulla quale fondare le proprie riflessioni e i propri interventi.

Nel successivo paragrafo esploreremo quanto emerge dalla letteratura riguardo al tema della promozione della salute.

1.2 Promozione della salute

La trasformazione del concetto di salute, che passa attraverso lo spostamento di focus dall'assenza di malattia allo sviluppo di pratiche e comportamenti utili a mantenere la salute, ha portato al crearsi di strategie di promozione della salute stessa (Braibanti, Strappa e Zunino, 2009).

Per promozione della salute s'intende l'insieme di differenti dispositivi, quali quelli educativi, politici, ambientali, organizzativi, utilizzati per promuovere azioni e condizioni di vita utili alla salute sia di singoli individui, sia di gruppi e comunità (Green & Kreuter, 1999, in Braibanti *et al.*, 2009). L'obiettivo della promozione della salute è quello di prolungare e migliorare la qualità della vita delle persone. Si tratta di un processo che coinvolge sia operatori dedicati alla salute, sia le persone, i cittadini, chiamati a essere soggetti attivi della propria salute. Il punto focale della promozione della salute non riguarda soltanto la prevenzione relativa ai fattori di rischio che incidono sulla salute, ma si concentra anche e soprattutto sullo sviluppo di comportamenti utili a creare condizioni di salute, su un piano sia individuale sia sociale, nel quale sono coinvolti gruppi e organizzazioni (Braibanti *et al.*, 2009).

Margaret M. Barry, in un articolo del 2021 , scrive che è necessario superare la focalizzazione sull'assistenza sanitaria curativa, investendo sulle modalità atte a fornire strategie centrate sulla popolazione, che garantiscano una vita sana per tutti e che

mettano le persone al centro della propria salute e del proprio benessere (Barry, 2021). In questo articolo, Barry evidenzia quanto sia importante investire nella promozione della salute e rafforzare le sue funzioni essenziali, proprio per la grande importanza che questa ricopre nella società. Tale importanza riguarda la vita degli individui e delle comunità, ma anche i sistemi sanitari, che possono anch'essi giovare della riuscita d'interventi di promozione della salute, in quanto è stato dimostrato che questa può consentire un uso più efficace delle risorse sanitarie, riducendo la domanda di servizi sanitari costosi e riducendo i ricoveri ospedalieri (Shilton & Barry, 2022). Barry, in linea con gli intenti della *IUHPE (International Union for Health Promotion and Education)*, sostiene che il potenziamento della salute e del benessere della popolazione dipenda dalla possibilità di individuare approcci trasformativi alla promozione della salute (Barry, 2021). Afferma che i valori e le strategie della promozione della salute dovrebbero essere sposati e attuati anche dalle politiche e dai sistemi sanitari, sottolineando quanto sia fondamentale mobilitare la volontà politica, poiché da essa dipende la possibilità di ottenere finanziamenti dedicati alla promozione della salute. I sistemi sanitari dovrebbero essere in prima linea rispetto al potenziamento della promozione della salute, sostenendo gli operatori nella realizzazione di interventi efficaci (Barry, 2021).

Riguardo alla centralità della persona rispetto alla propria salute, è possibile prendere in esame la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Salute, che definisce la promozione della salute come un "*processo che rende le persone capaci di controllare, e migliorare, le proprie condizioni di salute*" (WHO, 1984). Nel documento in questione vengono anche definiti i principi cardine della promozione della salute: il coinvolgimento delle persone nella responsabilità sulla propria salute; l'individuazione di determinanti di salute, alla luce di una cooperazione tra settori, metodologie e

approcci diversi; l'importanza della partecipazione della comunità; il ruolo degli operatori nell'educazione alla salute (Braibanti *et al.*, 2009).

Risulta quindi importante impegnarsi nel promuovere responsabilità individuali e collettive sulla salute, unitamente allo sforzo per la creazione di un ambiente che sia favorevole alle condizioni di sviluppo della salute stessa (Braibanti *et al.*, 2009). Infatti, come scrive Norma de Piccoli (2015), le risorse individuali, utili al mantenimento e alla promozione della salute personale, sono strettamente legate all'ambiente in cui l'individuo vive, che può sia potenziarle sia reprimerle.

È stato dimostrato che il sistema nervoso, quello endocrino e quello immunitario sono strettamente correlati all'ambiente sociale, tanto da non funzionare autonomamente: essi sono attivati dalle realtà sociali, cui reagiscono attraverso processi psicosociali (Wes, Hawkey, Cacioppo, 2006, citati in De Piccoli, 2015). Sempre De Piccoli (2015) analizza diversi riferimenti teorici a sostegno della tesi secondo la quale le relazioni inter-personali e sociali contribuiscono in modo estremamente significativo alla salute, sia fisica sia psichica. Tra le teorie annoverate dall'autrice troviamo quelle di Durkheim (1897), di Cobb e Cassel (1976), di Bowlby (1969), che mettono in luce, rispettivamente, l'influenza di tali relazioni a livello macro, meso e micro sistemico (De Piccoli, 2015). Durkheim ha evidenziato l'influenza della società su dimensioni apparentemente individuali, come gli agiti di suicidio; Cobb e Cassel, grazie all'epidemiologia, hanno dimostrato l'effetto che le relazioni sociali hanno sulla salute; Bowlby, con la sua teoria dell'attaccamento, ha dimostrato quanto sia determinante, nella crescita salutare di un bambino, l'aver una relazione sufficientemente buona con il *caregiver*.

Momento cruciale nella storia della promozione della salute è stata la Conferenza di Ottawa (WHO, 1986), durante la quale è stato sottolineato come la salute sia una risorsa il cui mantenimento è un compito non solo degli operatori sanitari o delle persone stesse, ma deve essere uno degli obiettivi della politica e delle istituzioni: la salute riguarda infatti tanto le vite e le risorse individuali, quanto le condizioni ambientali e sociali. È per questo che la direzione per promuovere la salute deve essere quella di creare ambienti supportivi, sviluppare politiche di salute, incrementare l'azione della società, sviluppare competenze, mediare tra gruppi differenti. Pertanto, la salute si configura come un bene al contempo individuale e collettivo. Come scrivono Mauri e Tinti (2010), la salute deve essere ripensata non più come una caratteristica peculiare del singolo, ma come la costruzione di un bene sociale, collettivo. La società non può esimersi dal creare le condizioni in cui l'individuo possa esercitare la responsabilità della propria salute (Braibanti *et al.*, 2009).

Un altro importante tema, ritracciabile nella Carta di Ottawa (WHO, 1986), è quello delle diseguaglianze sociali, delle condizioni delle fasce marginali e deboli della società: è necessario porre l'accento sull'impossibilità di promuovere salute senza tenere conto di tali realtà, che dovrebbero essere altamente contemplate nella realizzazione di politiche di salute, negli investimenti e nelle scelte sulle infrastrutture. I processi di esclusione, sociale o materiale, sono fortemente legati alle condizioni di benessere o malessere delle persone (Coburn, 2002). La salute è *“sia un diritto sia un mezzo per lo sviluppo sociale ed economico”* (Braibanti *et al.*, 2009), perciò bisogna impegnarsi sul fronte dell'abbattimento delle diseguaglianze e della sottolineatura dell'importanza dei diritti umani, promovendo l'attivismo sociale e le interazioni tra politica e pratiche di cura, coinvolgendo i livelli locale e nazionale, privato e pubblico

(Popay, Witehead & Hunter, 2010). Lo scopo diviene quello di perseguire i valori fondamentali di autonomia, partecipazione e giustizia sociale (Braibanti, Strappa e Zunino, 2009).

Le radici della promozione della salute risalgono al concetto di *educazione alla salute*, un processo volto a fornire informazioni che rendano le persone più capaci di fare scelte consapevoli riguardo la propria salute (Tones & Green, 2004). Pianificazione, volontarietà, comportamento, apprendimento, sono i concetti cardine su cui si fonda l'educazione alla salute: questa si focalizza fortemente sulla sistematicità degli interventi, sul protagonismo dei soggetti coinvolti, sulla libera scelta riguardo a quanto appreso, e sull'azione, sull'agire attivamente ciò che si è imparato (Braibanti *et al.*, 2009).

L'educazione alla salute si può definire come *“un insieme di esperienze di apprendimento volto a facilitare azioni volontariamente dirette alla salute”* (Green & Kreuter, 1999, p. 27). Da questa definizione risulta evidente l'impossibilità di far coincidere l'educazione alla salute con la promozione della salute. Quest'ultima, infatti, è un processo grazie al quale individui e gruppi possono aumentare le proprie condizioni di salute grazie alla capacità di riconoscere e soddisfare i propri bisogni in rapporto con l'ambiente (Braibanti *et al.*, 2009). La differenza tra le due prospettive riguarda il ruolo giocato sia dai contesti in cui le persone si trovano a vivere, nei quali sono insiti i determinanti di salute, sia dalla capacità della persona o del gruppo di interagire con essi traendone beneficio. Per la promozione della salute risultano maggiormente importanti gli interventi rivolti non ai singoli, bensì a dimensioni collettive, come i gruppi e le comunità (Corbi, Jones & Barry, 2016). I suoi interventi possono seguire differenti diramazioni: gli interventi di *strategia comunicativa* sono utili per trasmettere messaggi

legati a informazioni, atteggiamenti e comportamenti di salute. Questa è una strada che consente di raggiungere un ampio numero di persone. Tale divulgazione dell'informazioni può essere diretta al singolo, al gruppo o alla comunità tramite diversi canali, quali il contatto personale, l'utilizzo di dispositivi tecnologici, i mass media. Altre strategie sono quelle *educative*, che si basano sull'affrontare le tematiche della salute tramite lezioni frontali. Un'altra strada percorribile per la promozione della salute è quella delle *politiche di salute*, ovvero azioni volte alla creazione di leggi o prescrizioni che regolino il comportamento - delle persone e della collettività - riguardo la propria salute. Altri interventi possibili nella promozione della salute si trovano all'interno di un filone chiamato *ingegneria della salute*, e contemplano strategie volte a modificare l'ambiente in cui le persone vivono. Vi sono anche i *servizi di salute* rivolti alle comunità, il cui intento è quello di offrire trattamenti preventivi che possono raggiungere un elevato numero di persone. In ultimo esistono interventi di *attivazione della comunità*, volti a coinvolgere la comunità nel riconoscimento dei problemi e delle risorse presenti nel proprio ambiente, per poi creare insieme ad essa interventi per la promozione della salute (Braibanti *et al.*, 2009).

La prevenzione, l'educazione e la promozione riportano a problematiche ampie e complesse, perché si occupano dell'intreccio tra la salute e la malattia, tra natura e cultura, tra i diversi tasselli della condizione umana (organica, psicologica e sociale) (De Piccoli, 2015). Inoltre, coinvolgono tutti i diversi livelli implicati nel campo della salute, da quello intra-individuale a quello intra-soggettivo, istituzionale-organizzativo, e anche quello della riflessione scientifica e di ricerca (De Piccoli, 2015).

Nel successivo paragrafo verrà affrontato il tema dell'applicazione della promozione della salute, prendendo in esame sia le differenti dimensioni coinvolte nel

tema salute, sia i differenti contesti in cui è possibile attuare interventi di promozione della salute.

1.3 Ambiti d'intervento della promozione della salute

*“La speranza di una convivenza sana passa attraverso il rispetto
delle risorse positive nello sviluppo sistemico dell’insieme”*

Mario Bertini

La promozione della salute, intesa come processo che mira a far sviluppare un senso di responsabilità nei confronti della propria salute in individui e comunità, coinvolgendoli nell'identificazione dei limiti e delle risorse che determinano la salute stessa, muove i suoi passi in contesti diversi e in diversi territori: essa si adopera in campagne di sensibilizzazione e di conoscenza, nel divulgare informazioni sulla salute e in azioni che mirano a influenzare un cambiamento più ampio a livello sociale, ambientale, politico o economico (Robertson, Carins, Rundle-Thiele & Harris, 2022). La prospettiva è quindi ecologica e sistemica. Più volte è stata ribadita l'importanza di tale visuale, poiché essa consente di identificare e agire sui determinanti della salute considerando sia la dimensione individuale sia quella ambientale, sia il livello micro sia quello macro. Questa prospettiva è fondata sull'assunto secondo cui gli individui sono in grado di essere agenti attivi nell'interpretare e nel costruire se stessi e il proprio ambiente. Alla luce di ciò, emerge come il contesto giochi un ruolo importante nel processo di definizione delle possibilità dei singoli e delle comunità (Maturana & Varela, 1980, cit. in Braibanti, 2015).

Risulta quindi evidente come gli interventi di promozione della salute trovino il loro raggio di azione proprio nei *territori* e nei *luoghi* in cui le persone e le comunità vivono (Braibanti, 2015), siano essi città, scuole, carceri, ospedali, luoghi di lavoro.

In letteratura sono presenti molti riferimenti a interventi effettuati all'interno di tali contesti, che, pur essendo differenti nelle loro caratteristiche, hanno in comune aspetti fondamentali nel lavoro di promozione della salute.

Come scrivono Dianne Robertson e colleghi (2022), tra gli obiettivi che gli interventi rivolti a promuovere la salute si prefiggono, vi sono sia il benessere dei singoli, sia la possibilità di misurare i benefici ottenuti dai singoli a seguito di tali interventi, così come la misurazione dell'impatto sociale degli interventi stessi. Per avere una misura dell'impatto sociale è necessario analizzare e misurare le conseguenze economiche, sociali e ambientali sul contesto in cui si interviene, sia positive sia negative, indipendentemente dai benefici percepiti dai singoli (Robertson, Carins, Rundle-Thiele & Harris, 2022). L'esame dell'impatto sociale di progetti, programmi o iniziative permette di comprendere il valore del miglioramento dei risultati, in materia di salute, osservati dagli *stakeholder* della comunità interessata. Tuttavia, gli autori mettono in luce quanto sia difficoltoso misurare l'efficacia di tale impatto a seguito di interventi svolti in determinati contesti (*ibidem*).

L'individuazione e il coinvolgimento degli *stakeholder* risultano essere azioni fondamentali per l'attuazione e la buona riuscita di interventi di promozione della salute, poiché permettono di stabilire qual è l'impatto che si desidera ottenere, a chi è rivolto e come si desidera misurarlo. Gli interventi devono essere tarati su ciò che conta per i cittadini e per i principali *stakeholder*, di cui è necessario incoraggiare la partecipazione attiva, se si vuole ottenere un cambiamento efficace (Robertson *et al.*,

2022). Il coinvolgimento degli *stakeholder*, così come gli interventi di lunga durata, è costoso e richiede molte risorse. Tuttavia, per ottenere un impatto sociale più ampio, è importante investire sia nella durata dell'intervento sia nel coinvolgimento degli *stakeholder*. Inoltre, è necessario sapere come misurare l'impatto, ovvero con quali modelli di valutazione (Robertson *et al.*, 2022).

Anche la costruzione del partenariato in interventi di promozione della salute risulta essere un fattore fondamentale per la loro realizzazione. Come scrivono Corbin e Mittelmark (2008), un approccio alla salute che coinvolga la politica richiede la creazione e il sostegno di *partnership* intersettoriali che collaborino per la promozione della salute della popolazione. Per *partnership* si intendono quei rapporti di lavoro collaborativi in cui i partner possono ottenere risultati migliori lavorando insieme, piuttosto che da soli (Corbin & Mittelmark, 2008; Jones & Barry, 2011). Jones e Barry, in una rassegna della letteratura in merito all'argomento, scrivono quali siano le condizioni che favoriscono il lavoro tra partner: le *partnership* producono migliori risultati quando le competenze dei singoli sono complementari tra loro e quando le risorse, le prospettive e il *modus operandi* sono condivisi tra i partner, poiché questo porta a soluzioni più efficaci (Jones e Barry, 2011).

Il lavoro in *partnership*, tuttavia, può essere impegnativo e, a causa del grande sforzo che richiede, può portare al fallimento dell'intervento (Gray, Kiemle, Davis & Billington 2012; Aveling & Jovchelovitch, 2014). Pertanto, risulta fondamentale che la costruzione di *partnership* intersettoriali si basi su quelli che si sono dimostrati come processi efficaci.

Un altro fattore imprescindibile per effettuare interventi di promozione della salute riguarda la chiarezza della definizione di promozione della salute stessa e di quelli

che sono i quadri teorici di riferimento. Risulterebbe impossibile attuare interventi efficaci senza tale base da cui partire, perché le valutazioni di tali interventi dovrebbero sempre basarsi su elementi teorici per capire se i determinanti del cambiamento si sono modificati in seguito ad essi oppure no, oltre che per misurare l'impatto individuale e quello sociale derivanti dalla promozione della salute (Robertson *et al.*, 2022).

Un interessante contributo alla pratica di promozione della salute deriva dalla creazione del *CompHP - Core Competencies Framework for Health Promotion*, un modello sviluppato nel 2012, contenente una serie di competenze fondamentali per la promozione della salute. Finanziato dall'Unione Europea, il progetto *CompHP* aveva come obiettivo lo sviluppo di competenze e di standard professionali per la costruzione di capacità di promozione della salute in Europa, ed è servito per delineare quelle che risultano essere le conoscenze, le abilità e i valori necessari per la pratica della promozione della salute. Seguire tale modello negli interventi di promozione della salute permette di mantenere uno standard di qualità alto nella realizzazione dei progetti. Tale modello è stato realizzato dalla *IUHPE - International Union for Health promoting and Education*, un gruppo di associazioni e organizzazioni impegnate nella promozione della salute e del benessere, attraverso l'educazione alla salute, azioni di comunità e coinvolgimento delle istituzioni¹.

Sul sito internet di Human Rights Career² vengono elencate molteplici organizzazioni che si occupano di promozione della salute nel mondo. Alcune di esse concentrano il loro operato in settori ben precisi e specifici, mentre altre si impegnano della promozione della salute in modo più generico e globale. Tra queste ultime

¹ www.iuhpe.org/index.php/en/the-accreditation-system

² <https://www.humanrightscarers.com>

troviamo la *Global Health Council*, uno dei più grandi gruppi di tutela della salute globale, con membri e filiali in oltre 150 paesi nel mondo. Tale organizzazione funziona da piattaforma, grazie alla quale è possibile condividere opinioni e idee sulle questioni sanitarie globali, permettendo che diverse organizzazioni possano partecipare a tale dibattito. La *Global Health Council* sollecita le politiche sanitarie e promuove azioni che abbiano un impatto sulla salute sia locale sia globale.

Un altro gruppo che lavora nell'ambito della salute e dei suoi determinanti è il *CORE Group*³, che ha l'obiettivo di riunire professionisti della comunità sanitaria globale per condividere conoscenze, pratiche ed evidenze, al fine di creare nuovi standard nella salute pubblica. L'organizzazione lavora per promuovere la salute della comunità, sviluppando casi di studio e analizzando i dati provenienti dal lavoro sul campo. Organizza percorsi di formazione e seminari relativi alla prevenzione e alla cura della comunità. Inoltre, il gruppo CORE assiste le ONG nello sviluppare reti e implementare le proprie competenze.

Un'altra organizzazione, la *IntraHealth International*⁴, lavora in molti paesi contribuendo a migliorare le prestazioni sanitarie e a rafforzare i sistemi in cui avvengono gli interventi, con l'obiettivo di garantire a tutte le persone di avere accesso all'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. Tale organizzazione collabora con governi, imprese, operatori e attivisti per produrre soluzioni per le comunità locali, puntando ad ottenere risultati a lungo termine e sostenibili..

1.3.1 *La Promozione della Salute nel contesto scolastico*

³ <https://coregroup.org>

⁴ www.intrahealth.org

L'OMS ha promosso la prospettiva delle *Health Promoting Schools - HPS* (1995), che va oltre l'approccio del cambiamento comportamentale individuale per promuovere i cambiamenti della struttura organizzativa ai fini del miglioramento della salute, coprendo sei aree chiave: politiche scolastiche salutari, ambiente fisico della scuola, ambiente sociale della scuola, competenze d'azione per uno stile di vita sano, servizi scolastici di assistenza e promozione della salute e collegamento con la comunità (WHO, 1995).

In una revisione della letteratura effettuata da Robertson e colleghi (2022), emergono alcuni importanti spunti di riflessione sul tema della promozione della salute nel contesto scolastico. Lo scopo della revisione, come dichiarato dagli autori, è quello di esaminare come viene misurato l'impatto sociale negli interventi di promozione della salute nella scuola primaria. Gli autori definiscono l'obiettivo dei programmi e degli interventi di promozione della salute all'interno della scuola primaria, ovvero favorire cambiamenti comportamentali nei bambini, incoraggiandoli a fare scelte di vita sicure e sane. Griebler e colleghi (2017), in un'altra rassegna della letteratura, riportano come, all'interno di un contesto scolastico, la promozione della salute possa essere definita come un progetto, un programma o un'iniziativa che ha come obiettivo il promuovere la salute, i comportamenti salutari, le competenze relative alla salute o altri determinanti sociali e materiali della salute per gli studenti o altri *stakeholder* legati alla scuola (Griebler, Rojatz, Simovska, Forster, 2017). Robertson e colleghi (2022) hanno trovato in letteratura una vasta gamma di interventi di promozione della salute concentrati principalmente sui comportamenti salutari dei bambini, alla luce di problemi complessi, come la salute mentale, l'obesità, l'alimentazione e l'attività fisica.

Le scuole risultano essere un contesto di grande interesse per la promozione della salute, in quanto sono considerate uno dei luoghi più accessibili e coerenti con questo tipo di intervento. Tuttavia, dalla maggior parte della letteratura emerge che sia gli interventi sia la misurazione e la valutazione dei loro effetti avvenga più facilmente a livello individuale o comunque per un singolo determinante di salute, piuttosto che agendo o esplorando l'impatto dell'intervento su una coorte più ampia, una comunità o una popolazione (Robertson *et al.*, 2022).

Quando si progettano programmi di cambiamento comportamentale, che si rivolgono a tematiche di salute, sarebbe necessario considerare anche le loro possibili conseguenze sociali, economiche e ambientali, e di questo sarebbe importante tenere conto nella valutazione e nell'implementazione del progetto.

Gli interventi di promozione della salute nelle scuole primarie devono, quindi, essere valutati per capire se sono efficaci nel promuovere cambiamenti comportamentali nei bambini e se stabiliscono scelte di vita sicure e sane a lungo termine.

In un articolo di Albert Lee e colleghi (2020), viene esplicitato come il concetto di scuola che promuove salute si è rivelato efficace per migliorare la salute e il benessere degli studenti, e anche per sostenere l'insegnamento e l'apprendimento. L'implementazione efficace di un intervento basato sui principi di una scuola che promuove salute comporta attività multifattoriali, innovative e multilivello (agendo sul curriculum, sull'ambiente scolastico e sulla comunità), (Lee, Lo, Li, Keung & Kwong, 2020).

Un recente documento sulla salute nelle scuole ha sollevato un dibattito su quali siano i fattori che vanno a costituirli: molti sostengono che tali fattori dipendano dalla

posizione geografica, dal modello di morbilità e mortalità dei bambini e degli adolescenti nell'area, dalle infrastrutture e dalle risorse esistenti, dalla cultura⁵. Sempre dalla rassegna di Lee e colleghi (2020), emerge come gli studenti appartenenti alle scuole che hanno ricevuto interventi con l'approccio dell'*HPS*, abbiano raggiunto un miglioramento significativo dello stato di salute e della riuscita scolastica, ma anche un incremento di alcuni comportamenti salutari e della soddisfazione di vita.

Un'altra riflessione importante che giunge da Lee e colleghi (2020) riguarda il fatto che l'efficacia degli interventi con le fasce dell'infanzia e dell'adolescenza all'interno del contesto scolastico, non può prescindere dalle conoscenze presenti in letteratura sul funzionamento sociale e neurobiologico di questi gruppi target, specialmente per quanto riguarda gli adolescenti (Lee *et al.*, 2020). Risulta quindi importante dare priorità agli interventi che affrontano i determinanti sociali comuni dei comportamenti a rischio per la salute degli adolescenti e tenere ben presente l'importanza che hanno le azioni rivolte all'ambiente politico e normativo nell'influenzare i comportamenti individuali.

Sempre dalla rassegna della letteratura effettuata da Lee e colleghi (2020), emerge un altro dato importante, ovvero che il semplice fornire informazioni riguardo a rischi per la salute sia un valido mezzo per accrescere le conoscenze sulle conseguenze delle proprie scelte, ma che l'informazione da sola non riesca a cambiare il comportamento. Risulta quindi necessario migliorare le competenze di azione su uno stile di vita sano, implementando le competenze personali, e investire strategicamente sul rinforzare anche le competenze degli insegnanti (Lee *et al.*, 2020).

⁵ Centre for Health Education and Health Promotion, The Chinese University of Hong Kong, Lek Yuen Health Centre

L'attuazione di un programma per l'implementazione delle competenze di vita all'interno delle scuole viene sostenuta e approfondita da Bertini, Braibanti e Gagliardi nel loro testo del 2006 "*Il modello "Skills for Life" 11-14 anni*". Il testo in questione chiarisce che i percorsi di formazione alle *Life Skills* possono essere attuati nelle scuole a seguito di due grandi movimenti innovativi che hanno toccato sia la cultura della scuola italiana, sia il mondo delle scienze sociali e della psicologia. La scuola italiana oggi sembra orientata verso un sistema formativo in cui la didattica non può prescindere dalla soggettività dello studente e dal suo sviluppo nel contesto più ampio della realtà sociale, che fa da sfondo ad ogni processo di apprendimento; in parallelo, come già scritto in precedenza, la psicologia tende a superare l'ottica della medicalizzazione, protendendosi verso un modello di salute che mira a valorizzare le risorse positive dell'individuo e della convivenza sociale.

Il termine *Life Skills* viene generalmente riferito ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 2006). Il termine *Life Skill* contiene sia un aspetto pragmatico, ovvero quello delle competenze, sia uno più riflessivo, legato al significato di tali competenze all'interno della vita degli individui. Le fondamenta di questo modello si trovano non solo nel cambiamento di prospettiva del sistema scolastico e psicologico, ma anche nell'attenzione che l'OMS ha rivolto alle "competenze psicosociali", definendole come componenti che giocano un ruolo importante nella promozione della salute. Bertini, Braibanti e Gagliardi (2006) scrivono che, grazie all'innovazione nell'ambito formativo e in quello psicologico, è aumentato l'interesse nei confronti della promozione delle competenze psicosociali sia all'interno del sistema scolastico sia lungo tutto l'arco della vita. Un'importante riflessione che gli

autori pongono all'attenzione riguarda la disuguaglianza nella distribuzione di tali competenze, promotrici di salute, nelle diverse classi sociali, con una conseguente differenza nel benessere e nella salute nella società. Il contesto scolastico può allora essere un luogo adatto alla loro promozione, in quanto permette di raggiungere bambini e adolescenti di diverse classi sociali, in infrastrutture già esistenti, avvalendosi dell'esperienza degli insegnanti, con la possibilità di valutare l'efficacia delle LSE inserendole nei sistemi nazionali di valutazione dell'istruzione e della formazione (Bertini *et al.*, 2006).

Il modello di riferimento della prospettiva di intervento proposta dagli autori è quello inglese *Skills for Life*, dell'organizzazione TACADE, il cui primo obiettivo è quello di favorire lo sviluppo personale e sociale degli studenti: tutto il materiale, le strategie e le tecniche del modello mirano a far sì che nella scuola allievi e allieve possano apprendere tali competenze individuali e sociali. Questo comporta anche un lavoro attivo dell'organizzazione scolastica, degli insegnanti, delle famiglie, che devono porsi come agenti di cambiamento. Ingredienti necessari a tale modello sono la flessibilità, la riflessività, l'integrazione del modello nella didattica (Bertini *et al.*, 2006).

1.3.2 La Promozione della Salute all'interno del carcere e degli ospedali

Oltre che nel contesto scolastico, la promozione della salute può attuare i suoi interventi anche con popolazioni target differenti e in contesti diversi.

Ci concentreremo solo su alcuni di essi, ovvero il carcere e gli ospedali, poiché le esperienze e i dati forniti dalla letteratura saranno utili nei prossimi capitoli in cui si

presenteranno interventi di promozione della salute, attuati con specifici strumenti artistico-teatrali, sempre all'interno di tali contesti .

Per quanto riguarda il contesto carcerario, dalla letteratura (Dooris, 2007) emerge come vi siano molti consensi riguardo alle politiche e alle pratiche che sostengono una riconfigurazione del carcere come un ambiente che promuove la salute, piuttosto che come un ambiente che la impoverisce. L'attenzione per il carcere come ambiente in cui è possibile promuovere la salute è stata sviluppata e sostenuta dall'*approccio dei contesti* nella promozione della salute. L'idea chiave di tale approccio è che gli investimenti sulla salute siano fatti in sistemi sociali in cui la salute non è il compito primario (Dooris, 2007). Il carcere dovrebbe essere un ambiente salutare, solidale e responsabilizzante, un ambiente in cui è possibile lavorare per affrontare i più ampi determinanti della salute. Baybutt e colleghi (2014) sostengono che un sistema carcerario che promuove la salute può essere utile ad affrontare le disuguaglianze sanitarie e a ridurre l'esclusione sociale, presentando opportunità significative e utili per promuovere salute, proprio perché il carcere consente di raggiungere gruppi svantaggiati, che altrimenti sarebbero difficilmente raggiungibili (Baybutt, Acin, Hayton & Dooris, 2014).

Questa prospettiva, tuttavia, si rivela nella pratica come una sorta di utopia, e viene messa in discussione dalla oggettiva difficoltà di rintracciare le condizioni di promozione della salute in un contesto detentivo, che si rivela come una contraddizione (Woodall, Freeman & Warwick-Booth, 2021). Inoltre, là dove è stato possibile attuare interventi, la promozione della salute nel contesto carcerario si è generalmente concentrata sulla prevenzione delle malattie attraverso azioni di screening piuttosto che

sul miglioramento della salute o sull'aumento del benessere (Woodall & Freeman, 2020).. Questo potrebbe spiegare la prevalenza di alcune malattie in carcere rispetto alla popolazione generale (Woodall *et al.*, 2021).

In base all'ultimo rapporto dell'OMS (WHO, 2014) sulle condizioni sanitarie della popolazione detenuta, i principali disturbi riscontrati nelle strutture penitenziarie sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica. Molti detenuti, provenendo da contesti svantaggiati, risultano avere bassi livelli d'istruzione e risultano essere forti consumatori di tabacco, alcol e droghe nei periodi che precedono l'arresto. Questi sono tutti comportamenti che, associati alla malnutrizione e alla ridotta attività fisica svolta in carcere, possono favorire l'insorgenza di gravi patologie croniche come il diabete, l'ipertensione e l'asma, che mostrano prevalenze molto più elevate all'interno delle strutture detentive rispetto alla popolazione generale (Seneviratne, 2012). Inoltre, la maggior parte dei detenuti è maggiormente esposta al contagio di malattie infettive, legate all'utilizzo di droghe iniettive o a pratiche sessuali a rischio, ed è sottoposta a elevati livelli di stress, ansia e privazione del sonno, con inevitabile impatto sulla salute fisica e mentale (Woodall *et al.*, 2021).

In un articolo di Baybutt e colleghi (2014) vengono identificati alcuni concetti-chiave per una efficace promozione della salute in carcere. Innanzitutto, gli autori ritengono che, in carcere, sia la promozione della salute sia la prevenzione delle malattie dovrebbero basarsi su una valutazione della salute esistente nella popolazione detenuta e sulle esigenze che questa mostra; inoltre, sostengono che la quantità e la qualità dei servizi di cura dovrebbero essere equivalenti ai servizi offerti all'esterno. Ancora, gli stessi autori (Baybutt *et al.*, 2014) insistono sul fatto che un approccio di promozione

della salute dovrebbe essere sistemico e dovrebbe riguardare le politiche carcerarie, oltre a prevedere un ambiente favorevole alla salute stessa. Gli autori sostengono inoltre che sia necessario coinvolgere nelle azioni di promozione della salute il personale del carcere, che dovrebbe essere consapevole del suo potenziale ruolo nella promozione della salute dei detenuti, e che dovrebbe essere formato e supportato in questo compito (Baybutt *et al.*, 2014). Secondo gli autori, dato che la buona salute e il benessere sono la chiave del successo di percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale, risulta evidente che, oltre a fornire assistenza sanitaria, il carcere dovrebbe garantire educazione alla salute e interventi di prevenzione e di promozione della salute, con la partecipazione attiva di tutto il sistema carcerario, al fine di soddisfare le esigenze accertate della popolazione detenuta.

Nello stesso articolo (Baybutt *et al.*, 2014) gli autori elencano quali potrebbero essere gli obiettivi da perseguire con interventi di promozione della salute: la possibilità di aiutare i detenuti ad adottare modelli di comportamento sani che potranno poi essere mantenuti nel reinserimento nella comunità; promuovere la salute fisica, mentale, sociale e spirituale dei detenuti - ma anche del personale-; aiutare a prevenire il deterioramento della salute durante - o a causa della- detenzione; potenziare le competenze psicologiche dei detenuti e il loro *empowerment*; fornire informazioni riguardanti i fattori di rischio di determinati comportamenti; favorire lo sviluppo delle capacità decisionali e supportare l'*agentività* e le abilità di vita; migliorare l'ambiente di vita carcerario, intervenendo anche sugli aspetti strutturali e architettonici (Woodall *et al.*, 2021); promulgare e sostenere politiche di salute; differenziare gli interventi a seconda delle esigenze di genere; attuare, là dove necessario, interventi specifici; mantenere costante il rapporto con la popolazione generale (Baybutt *et al.*, 2014).

Guardando a questi obiettivi si può auspicare la creazione di un carcere che promuove la salute, il quale risulterà anche più sicuro, fondato sui diritti umani, rispetto e dignità delle persone detenute (Baybutt *et al.*, 2014).

Da queste riflessioni diventa sempre più chiaro che la promozione della salute, in carcere come in altri contesti, non si sovrappone all'assistenza sanitaria e deve considerare tutti gli aspetti dell'ambiente e della cultura del contesto (Woodall *et al.*, 2021). Come prova di quanto sia difficoltoso attuare pratiche di promozione di salute in carcere, prenderemo in esame un lavoro di James Woodall, Charlotte Freeman e Louise Warwick-Booth che, in un articolo del 2021, hanno visionato i risultati delle ispezioni effettuate nelle carceri femminili inglesi, scozzesi, gallesi e di altri paesi dell'Europa occidentale, per capire in che misura le esigenze di salute delle detenute siano rispettate. Da tale articolo emerge che l'idea di *carcere che promuove la salute* è stata proposta per affrontare le disuguaglianze sanitarie e il deterioramento della salute nelle carceri, ma con scarsi risultati. Gli autori (Woodall *et al.*, 2021) hanno notato che spesso, all'interno dei piani di promozione di salute nelle carceri, manca un approccio strategico, e che l'attenzione di tali programmi tende a concentrarsi maggiormente sugli screening e sugli stili di vita, piuttosto che sui determinanti psico-sociali della salute. Dalle indagini svolte sui risultati delle ispezioni, emerge la presenza di fenomeni di disuguaglianza di salute, per cui i bisogni di salute di un elevato numero di donne non venivano soddisfatti. La ricerca evidenzia pochi esempi di carceri che presentano buone pratiche legate alla promozione della salute (Woodall *et al.*, 2021).

Diversi autori hanno inoltre rilevato che permane una notevole insensibilità di genere nelle politiche, nelle procedure e nelle pratiche carcerarie di promozione della salute (van den Bergh, Gatherer & Møller, 2009).

La situazione appare particolarmente grave, poiché, quando uno Stato priva gli individui della loro libertà, dovrebbe assumersi il compito di tutelare il loro benessere. Le persone detenute non hanno altra scelta che affidarsi allo Stato per tutelare la loro salute: per questo la promozione della salute in carcere dovrebbe essere oggetto di attenzione non solo dei singoli istituti carcerari, ma dello Stato stesso (Woodall *et al.*, 2021).

Procedendo con l'analisi della letteratura riguardo ai contesti in cui opera la promozione della salute, possono essere reperiti contributi che riportano riflessioni, indagini e dati riguardo a interventi di promozione della salute nel contesto ospedaliero. Garcia-Barbero (1998, pag. 27) afferma che *“un ospedale che promuove la salute non solo fornisce servizi medici e infermieristici completi di alta qualità, ma sviluppa anche un'identità aziendale che abbraccia gli obiettivi della promozione della salute, una struttura organizzativa e una cultura che promuovono la salute, ruoli attivi e partecipativi per i pazienti e tutti i membri del personale, si sviluppa in un ambiente fisico che promuove la salute e coopera attivamente con la sua comunità”*.

Gli ospedali che promuovono la salute (*Health Promoting Hospital*) sono basati sul concetto di promozione della salute promosso dalla Carta di Ottawa (1986), in cui il ri-orientamento dei servizi sanitari è considerato come una delle cinque principali aree di azione per uno sviluppo generale della promozione della salute. Per l'OMS, gli ospedali vengono pensati come *setting globali* e sono definiti come *“luogo o contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per influenzare la salute e il benessere”* (WHO, 1998). Inoltre, la Carta di Ottawa insiste sul fatto che i servizi sanitari dovrebbero sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana, il che deve portare a un

cambiamento di atteggiamento e organizzazione dei servizi sanitari verso una focalizzazione sui bisogni complessivi dell'individuo, spostando l'attenzione dal sintomo a tutta la persona (OMS, 1986). Le strutture sanitarie possono offrire importanti opportunità per implementare strategie globali di promozione della salute, riducendo i fattori di rischio e promuovendo risorse e capacità per la salute (Pelikan, Krajić & Dietscher, 1998).

Le azioni di sviluppo della promozione della salute negli ospedali riguardano la creazione di un ambiente adeguato e attività di formazione, istruzione e ricerca. L'obiettivo è quello di rendere l'ospedale un contesto attivo di promozione della salute nella comunità in cui è collocato. Sulla base di tale presupposto, alla fine degli anni '80, in Europa, si è sviluppata una rete internazionale di *HPH* (Pelikan, Krajić & Dietscher, 1998). Negli anni '90 l'OMS ha poi avviato il progetto *Health Promoting Hospitals* per sostenere gli ospedali nel porre maggiore enfasi sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie, piuttosto che sui soli servizi diagnostici e di cura. Venti ospedali in undici paesi europei hanno partecipato al progetto pilota iniziato nel 1993 e concluso nel 1997. Da allora, la rete internazionale degli ospedali per la promozione della salute si è costantemente ampliata fino a coinvolgere 25 Stati membri, con 36 reti nazionali o regionali e più di 700 ospedali partner (Groene & Garcia-Barbero, 2005). Le reti nazionali e regionali assumono un ruolo importante nell'incoraggiare la cooperazione e lo scambio di esperienze tra ospedali di una regione o di un paese, così come nell'identificare aree di interesse comuni, nel promuovere la condivisione di risorse e lo sviluppo di sistemi di valutazione comuni. La rete internazionale funge da collegamento tra le varie reti che connettono le realtà nazionali e regionali. Tale rete

serve a favorire lo scambio di idee e strategie implementate in culture e sistemi sanitari diversi (Pelikan, Krajic & Dietscher, 1998; Groene & Garcia-Barbero, 2005).

Groene e Garcia-Barbero (2005) hanno rilevato che, se in passato i progetti realizzati all'interno della rete *HPH* erano caratterizzati da un focus più tradizionale sugli interventi di educazione sanitaria per i pazienti e per il personale, via via il panorama degli interventi si è ampliato, affrontando anche questioni legate all'organizzazione e alla comunità (Groene, 2000).

La rete degli Ospedali per la Promozione della Salute è fondata sull'idea che i servizi ospedalieri debbano essere più mirati ai bisogni delle persone - non solo alle loro patologie o ai parametri fisiologici - per avere un impatto più sostanziale e duraturo sulla salute.. L'azione dei *HPH* si concentra su quattro aree: promuovere la salute dei pazienti, promuovere la salute del personale, trasformare l'organizzazione in un ambiente che promuove la salute e promuovere la salute della comunità nel bacino di utenza dell'ospedale (Groene & Garcia-Barbero, 2005). La scelta di dedicare attenzione al personale sanitario, oltreché ai pazienti, è data dal fatto che gli operatori, negli ospedali, possono esercitare un'influenza significativa sull'esperienza di pazienti e parenti, influenzandone i comportamenti. Ciò è di particolare importanza perché la prevalenza di malattie croniche è in aumento - in Europa e nel mondo - e l'obiettivo è quindi quello di migliorare la qualità della vita dei pazienti. Per mantenere questa qualità, il comportamento del paziente dopo la dimissione e l'efficace supporto da parte dei parenti sono variabili importanti (Florin & Basham, 2000). I programmi di promozione della salute in ospedale possono quindi incoraggiare comportamenti sani, prevenire le ricadute e mantenere la qualità della vita dei pazienti.

Le strategie di promozione della salute rivolte al personale sanitario non solo influenzano la soddisfazione del personale e l'esito di salute e la soddisfazione del paziente, ma anche direttamente la salute dei singoli operatori, sia con effetti legati al quotidiano, sia con effetti preventivi per fenomeni come il burn-out (Braibanti *et al.*, 2016).

Un altro ambito di interesse della promozione della salute negli ospedali è quello dell'impatto ambientale, inteso sia come l'impatto della strumentazione ospedaliera sull'ambiente, sia come l'impatto che le buone pratiche di un *HPH* possono avere sull'ambiente in cui è inserito. Per quanto riguarda il primo aspetto, sappiamo che gli ospedali producono, in genere, elevate quantità di rifiuti e sostanze pericolose, per cui l'introduzione di strategie di promozione della salute può aiutare a ridurre l'inquinamento ambientale. Per quanto riguarda il secondo aspetto, la cooperazione con altre istituzioni e professionisti di cura può aiutare la rete di *HPH* a raggiungere il massimo coordinamento possibile nelle cure. Inoltre, gli ospedali producono, accumulano e diffondono molte conoscenze: così gli *HPH* possono avere un impatto sulle strutture sanitarie locali e influenzare la pratica professionale di altre realtà, potendo trasmettere i principi della promozione della salute affinché siano incorporati sia nelle strutture organizzative sia nella cultura sanitaria (Groene & Garcia-Barbero, 2005). Quest'ultimo non risulta essere un compito facile da svolgere. Johnsen e Baum (2001) hanno sottolineato che c'è ancora molta strada da fare prima che la promozione della salute sia incorporata nella cultura e nelle strutture organizzative (Johnsen & Baum, 2001).

Esistono varie strategie di promozione della salute e gli ospedali si impegnano in alcune di esse, anche se non ancora in modo sistematico e non sempre con garanzia

della qualità delle attività proposte (Groene & Garcia-Barbero, 2005). La valutazione dell'efficacia di tali azioni è un tema importante. Come definito nel glossario della promozione della salute dell'OMS (1998), "*la valutazione della promozione della salute è una valutazione della misura in cui le azioni di promozione della salute raggiungono un risultato apprezzato*" (WHO, *Health Promotion Glossary*, 1998). Nell'ambito della promozione della salute negli ospedali, un altro tema che si collega a quello della valutazione delle azioni è quello della raccolta dei dati. Secondo alcuni autori è necessario operare sia con metodologie quantitative, sia con metodi qualitativi, che possano essere applicati a interventi volti al personale e ai pazienti, come anche a questioni organizzative, politiche o comunitarie più ampie (Thorogood & Coombes, 2000). A seguito delle valutazioni è necessario leggere i risultati e comprendere l'efficacia o meno delle azioni proposte. Don Nutbeam (1998) suggerisce di distinguere i risultati in tre categorie: *legati alla promozione della salute, intermedi, sanitari e sociali*. I risultati della promozione della salute si riferiscono a modifiche di fattori personali, sociali e ambientali, che consentono alle persone di padroneggiare meglio i determinanti della salute; gli esiti intermedi si riferiscono ai cambiamenti nei determinanti della salute; gli esiti sanitari e sociali, invece, si riferiscono a misure soggettive e oggettive dei cambiamenti nella salute e nello stato sociale.

Il movimento *HPH* ha fornito molti buoni esempi di interventi di promozione della salute che gli ospedali possono realizzare, e alcuni di questi interventi sono stati valutati in letteratura come altamente efficaci e convenienti (Groene & Garcia-Barbero, 2005). Mentre la medicina curativa viene applicata a pazienti sintomatici che cercano assistenza sanitaria, la promozione della salute e gli interventi preventivi si prefiggono come obiettivo quello di modificare la vita delle persone in generale (Sackett, 2002).

Nella sanità pubblica, la prevenzione delle malattie è generalmente definita come: prevenzione primaria delle malattie, che previene l'insorgenza delle malattie; prevenzione secondaria, che rileva la malattia in una fase precoce e ne impedisce lo sviluppo; prevenzione terziaria o riabilitazione, che previene l'aggravamento o la recidiva della malattia e assicura il mantenimento del livello funzionale. Tradizionalmente, gli ospedali si occupano principalmente di compiti che riguardano la prevenzione secondaria o terziaria, mentre altre istituzioni sociali si occupano della prevenzione primaria. È tuttavia sempre più riconosciuto che anche gli ospedali possono svolgere un ruolo significativo nella prevenzione primaria (Groene & Garcia-Barbero, 2005). Sulla base delle conoscenze esistenti sull'importanza dei fattori dello stile di vita per il trattamento e la prognosi, tutti gli ospedali dovrebbero stabilire politiche, servizi di consulenza, istruzione e supporto per la promozione della salute come parte integrante del percorso del singolo paziente e per il personale; infatti, coloro che lavorano nel settore sanitario possono svolgere un ruolo importante nella promozione della salute, fornendo esempi di cosa si può fare per ottenere un ambiente sano o usando la propria autorevolezza per promuovere politiche di sanità pubblica o per dare consigli ai singoli pazienti o cittadini (Groene & Garcia-Barbero, 2005).

Dato che gli ospedali hanno conoscenze ed esperienza nella promozione della salute, dovrebbero dare avvio a ulteriori ricerche sullo sviluppo di programmi di promozione della salute, sia per identificare importanti problemi di salute, sia per attirare l'attenzione della società e della politica su tali temi, oltreché per lavorare in favore della qualità della vita della soddisfazione del paziente.

Le “Raccomandazioni di Vienna” sugli ospedali che promuovono salute (WHO, 1997) stabiliscono che un ospedale che promuove salute dovrebbe promuovere la

dignità umana, l'equità e la solidarietà, così come l'etica professionale, riconoscendo le differenze nei bisogni, nei valori e nelle culture dei diversi gruppi di popolazione; prevedono anche che un HPH debba essere orientato al miglioramento della qualità, al benessere dei pazienti, dei familiari e del personale, alla protezione dell'ambiente e allo sviluppo di un'organizzazione che apprende. Inoltre, le Raccomandazioni di Vienna danno molta importanza al fatto che un *HPH* deve guardare alla salute in una prospettiva olistica e non solo orientarsi sui servizi curativi. Gli *HPH* devono essere centrati sulle persone e devono fornire servizi sanitari appropriati ai pazienti e ai loro familiari, per favorire il processo di guarigione e contribuire al senso di efficacia e all'*empowerment* dei pazienti; inoltre, è auspicabile che gli *HPH* si impegnino a formare collegamenti quanto più stretti possibile con altri livelli del sistema sanitario e della comunità. Di conseguenza, se si volesse definire più concretamente quali siano gli obiettivi operativi della promozione della salute negli ospedali, potremmo identificarli in: sviluppare politiche di salute, creare e fornire ambienti di supporto, rafforzare le iniziative salutogene a livello comunitario, implementare le risorse e le capacità dei singoli, riorientare i servizi sanitari in modo che la prevenzione delle malattie e la promozione della salute diventino parte integrante degli sforzi curativi (Groene & Garcia-Barbero, 2005).

Di seguito vengono approfondite brevemente due tipologie d'intervento attuate negli *HPH*, ovvero quelli rivolti al paziente e quelli destinati al personale sanitario. I primi si concentrano sull'*empowerment* delle persone durante tutto il processo di cura, al fine di acquisire una migliore alfabetizzazione sanitaria per favorire l'aderenza alla terapia e il controllo personale su malattia e salute. Si dedicano al coinvolgimento sistematico del paziente, all'educazione alla salute e allo sviluppo dello stile di vita più sano possibile, e

queste pratiche devono far parte delle routine terapeutiche. Per esempio, specifico esempio di promozione della salute basata sul paziente è l'educazione dei pazienti affetti da malattie croniche. Ne consegue che tali interventi devono andare in parallelo con quelli rivolti agli operatori sanitari, i quali necessitano di conoscenze specifiche e capacità comunicative adeguate al rapporto con il paziente. Molti lavori negli ospedali sono caratterizzati da un elevato sforzo fisico e mentale; pertanto, la promozione della salute nei luoghi di lavoro è un importante campo di azione per *HPH*. Le misure comprovate per un personale sano vanno oltre i programmi di base per la salute e la sicurezza sul lavoro, e combinano la prevenzione strutturale con la prevenzione orientata al comportamento. Oltre a tali interventi, che si svolgono con gli attori principali del settore sanitario, vi sono anche interventi importanti relativi al lavoro con la comunità (Pelikan, Krajic & Dietscher, 1998). Le iniziative di promozione della salute sono quindi orientate ad accrescere la competenza e la capacità degli individui e a fornire una base per il cambiamento attraverso l'influenza degli ambienti circostanti e delle comunità locali.

Tuttavia, appare evidente che i servizi ospedalieri non possono garantire la promozione della salute basandosi soltanto sui propri sforzi. Ciò richiede iniziative trasversali che coinvolgano a livello più ampio tutti i settori del sistema sanitario e le politiche relative alla salute, proprio perché la promozione della salute è un processo, il cui scopo è rafforzare sia il senso di agentività degli individui, ma anche la capacità dei gruppi e delle comunità di agire collettivamente per esercitare il controllo sui determinanti della salute (Groene & Garcia-Barbero, 2005). Tali determinanti sappiamo che possono essere influenzati dall'individuo, come lo stile di vita o l'utilizzo dei servizi

sanitari, ma anche essere indipendenti dalle azioni dell'individuo, quali le condizioni economiche e ambientali.

Per gli *HPH* risulta utile orientarsi tramite un insieme condiviso di standard, che serva a fornire un quadro per gli obiettivi e per le iniziative concrete di prevenzione delle malattie e di promozione della salute, alla creazione di piattaforme per la pianificazione e l'istituzione delle attività e per la documentazione e valutazione delle stesse, così come a sostenere l'attuazione sistematica e il riconoscimento delle attività svolte; inoltre, a livello organizzativo, tali standard permettono di sostenere i processi di sviluppo all'interno dell'organizzazione, di fornire una piattaforma di confronto all'interno delle reti nazionali e favorire lo scambio di esperienze, di sostenere la cooperazione tra i settori dell'assistenza sanitaria primaria e secondaria in materia di prevenzione e promozione della salute, di sostenere la necessità di formazione del personale (Groene & Garcia-Barbero, 2005).

Concludendo, dall'esame di alcuni settori in cui la promozione della salute opera, si deduce quanto complesso sia il suo processo di azione. Infatti, perché questa possa muoversi e agire nei diversi contesti con efficacia, ha bisogno che si conoscano i suoi fondamenti teorici, così come le leggi e i codici su cui si fondano i contesti; necessita di supporto trasversale da parte degli altri servizi inerenti all'ambito d'intervento; deve poter accedere agli attori del contesto e avere rapporti con gli stakeholder; necessita di una valutazione efficace di propri interventi e di condividere questi dati, sia per scambio di informazioni, sia per scopi di ricerca.

2 L'IMPATTO DELLA CULTURA E DELLE ARTI PERFORMATIVE SULLA SALUTE

“L'arte ha il compito di incarnare in immagini reali un'esperienza più alta.

Perciò ogni arte è trasformazione di tutto l'essere umano”

Pavel Florenskij

Come affermato in precedenza, la salute e il benessere sono concetti altamente complessi e articolati che coinvolgono molti fattori nel loro perseguimento e promozione all'interno di contesti differenti. La salute comporta l'inclusione e la combinazione di elementi relativi ad aspetti biologici, psicologici, sociali, culturali, ambientali, economici, politici; è un concetto dinamico che può essere compreso e articolato solo in modo contestualizzato (Sanmartino, 2015). Pertanto, il campo della promozione della salute, intesa come disciplina che cerca di consentire alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla, si basa su questa complessa concettualizzazione della salute. L'OMS nel 1986 scrive che, per essere in salute, un individuo (o un gruppo) deve essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, cambiare o far fronte all'ambiente (WHO, 1986). Da tale pensiero emerge la natura della salute, un concetto positivo che appare strettamente collegato alle risorse sociali e personali.

La promozione della salute, nella sua evoluzione, ha rivolto sempre di più lo sguardo alla dimensione comunitaria. Dalla Carta di Ottawa in avanti, il lavoro di promozione della salute si è ampliato tanto da porre maggiore attenzione ed enfasi sui determinanti sociali della salute, nella progettazione e nello sviluppo di contesti,

iniziative e politiche che promuovono la salute (Corbin, Sanmartino, Hennessy & Bjørnøy Urke, 2021). La Carta di Ottawa (OMS 1986) stabilisce che la promozione della salute si adopera perché il potenziale individuale e comunitario utili alla salute e al benessere si sviluppino; tale impegno è particolarmente rivolto a cinque aree di azione quali, rafforzare l'azione della comunità, sviluppare le capacità personali, creare ambienti favorevoli, riorientare i servizi sanitari e costruire politiche pubbliche congrue alla salute. Quindi, se la promozione della salute deve cercare di promuovere non solo l'esperienza fisica della salute, ma anche la giustizia sociale, la diminuzione delle disuguaglianze sociali, la capacità di scelta e l'autodeterminazione attraverso lo sviluppo di *empowerment*, partecipazione, collaborazione, valorizzare i determinanti di salute, che aiutino i singoli e le comunità a sviluppare consapevolezza e risorse per il mantenimento del proprio benessere, risulta interessante indagare in che modo cultura e arte possono essere strumenti promotori di salute. Alcuni autori pensano che le arti siano strumenti funzionali ad ottenere un efficace cambiamento in ognuna di queste aree, in quanto sono adattabili e applicabili in diversi modi e contesti (Sanmartino, 2015).

Il potenziale delle arti come forza utile a guidare e influenzare la promozione della salute sta nelle sue possibilità di raggiungere e coinvolgere la popolazione in azioni nuove e creative intorno a questioni relative alla salute e al benessere. Nelle sue innumerevoli forme, l'arte risulta essere un valido mezzo attraverso il quale la cultura, le preoccupazioni relative all'equità e ai diritti umani possono essere integrate nella politica e nella pratica di promozione della salute. Le arti offrono strumenti tangibili per dare voce a ciò e a chi rimane ai margini, e rendono visibili gli aspetti invisibili o nascosti della salute e del benessere (Corbin, Sanmartino, Hennessy, & Bjørnøy, 2021).

Nella “Dichiarazione di Lima su arte, salute e sviluppo” (PAHO, 2009) viene sottolineato il potere intrinseco dell'arte nel facilitare l'espressione attraverso la diversità culturale e sociale e lungo tutto il corso della vita. La Dichiarazione suggerisce connessioni chiave tra arte e promozione della salute, sottolineando che l'arte si configura come "un potente strumento per promuovere e riparare la salute", poiché consente “agli individui e alle comunità di rielaborare situazioni critiche, dolorose o problematiche” e di promuovere scenari migliori e più felici per le loro vite (PAHO, 2009, pag. 3). La Dichiarazione indica anche l'arte come facilitatore della cittadinanza attiva e del cambiamento sociale attraverso "la creatività, l'immaginazione, il pensiero critico e l'amore" (PAHO 2009, p. 3).

Nel 2019 l'OMS ha redatto un Rapporto sulla relazione tra arte e salute, nato dall'interesse dei ricercatori riguardo a questo tema, interesse basato sul presupposto che l'espressione artistica sia sempre stata parte fondamentale dello sviluppo culturale umano, svolgendo un ruolo importante nell'influenzare pratiche di insegnamento, apprendimento, comunicazione e cura. Un esempio di questo, secondo l'OMS (2019), riguarda l'esigenza dei primi antenati di dare senso alla vita e alla realtà tramite l'utilizzo di storie; questa esigenza ha trovato la sua evoluzione nella pratica dello scrivere e leggere libri, nel creare immagini visive, nell'attuare performance di varia natura, dal canto, al ballo, al teatro. Questo perché le arti ci aiutano a comprendere e comunicare concetti ed emozioni, attingendo a tutti i nostri sensi e capacità empatiche (WHO, 2019). L'arte gioca un ruolo fondamentale nelle vite degli uomini anche perché può aiutare emotivamente ad attraversare momenti critici, come la convivenza con una malattia, oppure ad elaborare emozioni difficili in situazioni emergenziali, in periodi stressanti o impegnativi. A sostegno di ciò vi sono anche le teorie antropologiche, le quali

sostengono che all'inizio della storia umana l'arte, la religione e la guarigione si siano evolute nello stesso spazio sociale.

L'ipotesi è che l'arte, intesa sia come processo attivo di creazione, sia come atto di fruizione, aiuti a promuovere il benessere olistico della persona, oltre ad essere un fattore di motivazione al recupero.

Da alcuni studi citati nel Report (WHO, 2019) e da altre revisioni della letteratura, emerge che includere le arti nei servizi erogati al sistema sanitario porterebbe a esiti clinici positivi per i pazienti, ma anche a esiti positivi per gli operatori sanitari, per i familiari del paziente e per la comunità in generale (Grossi, 2017).

Di seguito vengono citati alcuni esempi di promozione della salute basata sull'arte presentati nel libro di Corbin e colleghi *“Arti e promozione della salute: strumenti e ponti per la pratica, la ricerca e la trasformazione sociale”* (2021), dove vengono passati in rassegna progetti provenienti da tutto il mondo che dimostrano la possibilità di proporre interventi *bottom-up* tramite strumenti artistici e creativi.

Nelle pagine seguenti verrà approfondito in che modo l'arte abbia un impatto positivo sulla salute di individui e comunità, individuando l'apporto di esse alla salute salute fisica e psichica e alla vita sociale.

2.1 Uno sguardo generale sulla cultura, le arti performative e la promozione del benessere

La prima riflessione che risulta interessante riportare riguarda l'idea, il senso comune, attribuito all'arte e alla cultura nella nostra società occidentale: queste due dimensioni sono spesso considerate come *intrattenimento*, come qualcosa di superfluo, che può essere aggiunto al vivere quotidiano, ma non indispensabile o determinante per il benessere individuale e sociale. Tuttavia, negli studi riportati da alcuni autori (Grossi, 2017; WHO, 2019; Corbin *et al.*, 2021), emerge che le attività culturali e artistiche assumono tutt'altra valenza, dimostrandosi determinanti nel prevenire malattie croniche, assicurare una maggiore longevità e attenuare gli effetti negativi dello *stress* cronico sullo stato generale di salute, oltre che per comunicare messaggi per aiutare le comunità in difficoltà a comprendere i rischi di determinate malattie o comportamenti, fornire modi alle popolazioni colpite da eventi critici di elaborare vissuti e imparare dalla propria esperienza individuale e collettiva come migliorare il proprio benessere (WHO, 2019).

La seconda riflessione riguarda il fatto che l'analisi delle relazioni tra cultura, arte e salute è diventata oggetto di interesse delle sperimentazioni solo negli ultimi anni, dopo la pubblicazione di studi epidemiologici che hanno dimostrato come l'intensità della fruizione ben indirizzata del tempo libero si associ ad un prolungamento dell'aspettativa di vita, alla riduzione di gravi patologie croniche degenerative e al miglioramento del benessere psicologico (Grossi, 2017). Solo negli ultimi decenni siamo arrivati a comprendere i benefici intrinseci per la salute delle attività artistiche e del tempo libero. Si sono messe in pratica innovazioni che incorporano le arti e la salute,

utili a favorire il supporto fisico ed emotivo e implementare la resilienza e il benessere nelle comunità, integrando e sostenendo le azioni terapeutiche, riabilitative e preventive, aumentando la consapevolezza della salute e contribuendo alla preparazione alle emergenze (WHO, 2019).

Nonostante i dati a sostegno di questa tesi provengano da report di ricerche relativamente recenti, non mancano nel passato prove che cultura e arte abbiano una valenza sorprendente sul benessere delle persone.

Il Rapporto stilato dall'OMS nel 2019 sulla relazione tra arte e salute inizia con un inquadramento storico della ricerca sugli effetti delle arti sulla salute e sul benessere, significativamente intensificata dall'inizio del XXI secolo. L'aumento di interesse in tale ambito si è verificato parallelamente agli sviluppi nella pratica e nelle attività politiche sul tema della salute in diversi Stati Europei, i quali, non avendo abbastanza conoscenze riguardanti il tema in oggetto, non hanno potuto attivare pratiche e azioni adeguate. Una ricerca dell'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha dimostrato che l'uso dei media artistici nell'assistenza sanitaria e nelle comunità può avere una varietà di benefici per la salute. Il Rapporto dell'OMS mira a colmare le lacune di consapevolezza, evidenti nelle politiche di molti Stati membri, andando a ricercare le prove disponibili nel campo delle arti e della salute. A questo fine è stata utilizzata una metodologia di *scoping review* per analizzare la letteratura accademica globale da Gennaio 2000 a Maggio 2019. Sono state identificate oltre 900 pubblicazioni che coprono oltre 3000 studi e oltre 700 ulteriori studi individuali. Le pubblicazioni esaminate includevano progetti di studio, come studi pilota non controllati, studi di casi, indagini trasversali su piccola scala, studi di coorte longitudinali rappresentativi a livello nazionale, etnografie a livello di comunità

e studi controllati randomizzati di diverse discipline. I risultati hanno identificato il ruolo importante delle arti nella prevenzione delle malattie, nella promozione della salute e nella gestione e cura delle malattie nel corso della vita; hanno evidenziato che le arti possono potenzialmente avere un impatto sulla salute sia mentale sia fisica, possono incidere sui determinanti sociali della salute, sostenere lo sviluppo del bambino, incoraggiare comportamenti che promuovono la salute, sostenere la cura. Inoltre, i dati attestano che l'arte abbia un ruolo anche nell'ambito del trattamento, in quanto può essere uno strumento efficace per i pazienti della salute mentale, sostenere l'assistenza a persone con condizioni di malattia acute e persone con problemi di sviluppo neurologico, oltre che sostenere le cure di fine vita (WHO, 2019).

Prima di approfondire i dati da cui provengono questi risultati, è importante capire come l'OMS abbia definito il costrutto di "arte".

Le arti sono sempre state concettualmente difficili da definire. L'OMS, ricercando le definizioni di arte raccolte dall'Università di Oxford (2013) e da quella di Standford (2018), mette in evidenza un certo numero di caratteristiche interculturali riconosciute come fondamentali perché si possa parlare di *arte*. Questi includono: l'oggetto d'arte (fisico o esperienziale) valutato di per sé, senza considerarne la mera utilità; la messa in campo di esperienze fantasiose e creative, sia da parte del creatore che in favore di chi ne fruisce; infine, il fatto che l'arte contenga o provochi una risposta emotiva. Inoltre, la produzione artistica è caratterizzata dalla ricerca di novità, creatività e originalità (Oxford University, 2013).

All'interno di questi confini rientrano diversi tipi di arte, ma in relazione alla ricerca sulla salute, l'arte è stata considerata come composta da cinque grandi categorie (WHO, 2019): arti dello spettacolo (musica, danza, teatro, canto e cinema), arti visive, design e artigianato (artigianato, design, pittura, fotografia, scultura e tessuti); letteratura (scrittura, lettura); cultura (fruire di musei, gallerie, mostre d'arte, concerti, spettacoli teatrali, manifestazioni comunitarie, festival culturali e fiere), arti online, digitali ed elettroniche (animazioni, cinematografia e computer grafica) (Rosenberg, Knuiman, Ferguson, Pikora & Slatter, 2012).

Le attività artistiche possono essere considerate come interventi complessi o multimodali, in quanto combinano molteplici componenti diversi per promuovere la salute (Fancourt, 2017). Le attività artistiche possono comportare coinvolgimento estetico, coinvolgimento dell'immaginazione, attivazione sensoriale, evocazione di emozioni e stimolazione cognitiva (Rossi Ghiglione, 2014). A seconda della sua natura, un'attività artistica può anche comportare interazione sociale, attività fisica, impegno con temi della salute e interazione con le strutture sanitarie (WHO, 2019).

L'OMS evidenzia che le caratteristiche che l'arte esercita sulle persone, come il coinvolgimento estetico e immaginativo, l'attivazione sensoriale ed emotiva, la stimolazione cognitiva, l'interazione sociale, l'attività fisica, l'interazione con i contesti sanitari, comportano benessere su più livelli. Infatti, sul piano psicologico vediamo come l'arte può stimolare le funzioni cognitive, implementare il senso di autoefficacia, la capacità di coping e di regolazione emotiva, agendo beneficamente sulla salute mentale; su quello fisiologico può portare ad una minore risposta all'ormone dello stress, ad un potenziamento della funzione immunitaria e ad una maggiore reattività cardiovascolare,

prevenendo così l'insorgenza di malattie invalidanti come il cancro e le malattie cardiovascolari; sul piano sociale può essere un deterrente alla solitudine e all'isolamento, può offrire maggiore supporto sociale e migliorare i comportamenti sociali, fungendo da variabile significativa nella riduzione della discriminazione sociale e nell'implementazione del capitale sociale; sul piano comportamentale può implementare buone abitudini di salute, quali l'aumento dell'esercizio fisico, l'adozione di comportamenti più sani e lo sviluppo delle competenze di vita. Questa influenza dell'arte su aspetti *salutògeni* delle persone, apporta un grande contributo non solo al trattamento delle patologie, ma anche alle pratiche di prevenzione e promozione della salute (WHO, 2019). Lo scopo dell'OMS all'interno del Report (2019) è quello di indagare in che modo le arti influiscono sui determinanti sociali della salute, come supportano lo sviluppo del bambino, come incoraggiano comportamenti che promuovono la salute e aiutano a prevenire la cattiva salute e in che modo possono avere un impatto sull'assistenza e il trattamento di condizioni patologiche.

Esiste un ampio *corpus* di ricerche che mostra come l'impegno artistico possa migliorare il benessere individuale e sociale. Ad esempio, studi su specifici interventi artistici (inclusi canto, percussioni di gruppo, danza, fotografia e visite ai siti del patrimonio culturale) hanno rilevato come, a seguito dell'utilizzo di tali *medium* negli interventi, il benessere aumenti a livello individuale e sociale (Kaimal, Gonzaga, Schwachter, 2017). Questi benefici sono stati riscontrati sia che gli individui prendano parte volontariamente alle attività, sia che vengano indirizzati da operatori sanitari o da assistenti sociali.

In un articolo di Enzo Grossi (2017), vengono citati alcuni studi relativi all'impatto che cultura e arte hanno sul benessere. Le evidenze sul ruolo della cultura nella promozione della salute, riportate in questa *review*, sono basate essenzialmente su studi osservazionali, longitudinali e randomizzati. Grossi ne cita molteplici, principalmente svolti in Svezia, Finlandia, Canada, oltre che in Italia. Alcuni studi indagano la correlazione tra partecipare ad eventi culturali, leggere libri o periodici, creare musica o cantare in un coro, come determinanti della sopravvivenza, mentre altri incentrano l'attenzione sulla frequentazione di cinema, concerti, musei o mostre d'arte come contributo alla salute personale. Da questi studi osservazionali longitudinali è emerso che la frequenza ad un certo tipo di eventi culturali può avere un effetto benefico sulla longevità e sulla salute individuale. Gli autori di tali studi (Wilkinson, Waters, Bygren & Tarlov, 2007) hanno potuto riscontrare come la partecipazione culturale fosse importante per la sopravvivenza, ma anche che vi fossero differenze legate al genere – ovvero i maschi beneficiano maggiormente di tali attività- e che la correlazione rimanesse significativa indipendentemente da fattori demografici, dallo stato di salute fisica o da altri fattori tipicamente correlati con la salute.

Altri studi (Hyppa, Maki, Impivaara & Aromaa, 2006) indagano il tipo di attività svolte nel tempo libero dai membri di un campione misto, così come i livelli di *stress* a cui tali persone erano sottoposte. I risultati dimostrano che esiste un'effettiva correlazione tra la partecipazione ad attività di svago nel tempo libero e un alleggerimento delle situazioni di *stress*, con un conseguente miglioramento delle condizioni di salute sia fisica che mentale; inoltre, è emerso che a diverse tipologie di attività culturali o di svago corrispondono diverse situazioni di adattamento. Ad

esempio, la correlazione tra partecipazione ad attività rilassanti e passive risulta forte con un buon adattamento alle situazioni di *stress*, mentre la partecipazione ad attività di tipo sociale a scopo principalmente di divertimento risulta avere più influenza nel mantenimento di una buona salute mentale (Grossi, 2017). Ancora, è stato riscontrato che il miglior fattore predittivo di una buona salute fisica sia costituito dalla partecipazione ad attività culturali. Dai risultati di tali studi emerge quanto sia importante prestare attenzione al tipo di attività che si svolgono nel tempo libero, quali mezzi per affrontare lo *stress* e mantenere una buona salute.

In un altro studio emerge la relazione significativa tra la quantità di attività culturali e la salute percepita. Gli autori (Wilkinson, Waters, Bygren & Tarlov, 2007) hanno rilevato come più attività culturali le persone dichiaravano di frequentare, migliore era il livello di salute auto-percepita delle stesse.

Altri studi, condotti da Bygren e colleghi (2009), si concentrano sulla relazione tra frequentazione di eventi artistici e culturali e la mortalità correlata al cancro, ma anche su il rapporto tra salute fisica, funzionamento sociale e vitalità ed esposizione a tali eventi. Quest'ultimo tema, nello specifico, è affrontato da uno studio randomizzato, effettuato su un campione di funzionari dei servizi sanitari, che si sono resi disponibili a partecipare a eventi culturali una volta alla settimana per due mesi. Tale campione è stato diviso in un gruppo sperimentale e in uno di controllo. A tutti i membri del campione è stato somministrato un questionario, prima e dopo il periodo dell'esperimento, validato per la misurazione della qualità della vita, allo scopo di quantificare il benessere fisico e mentale. I risultati mostrano che, durante l'esperimento, la salute fisica, il funzionamento sociale e la vitalità avevano subito un miglioramento nel gruppo d'intervento e un peggioramento nel gruppo di controllo.

Grossi (2017) cita un altro studio, quello di Cuypers e colleghi (2011), che ha avuto lo scopo di analizzare l'associazione tra le attività culturali e la salute percepita, il livello di ansia e depressione e soddisfazione per la propria vita. I risultati hanno mostrato che la partecipazione ad attività culturali, sia come spettatori sia come protagonisti, è significativamente associata a uno stato di buona salute, a buona soddisfazione per la propria vita e a un basso livello sia di ansia sia di depressione. Poiché sono state trovate associazioni significative, si conclude che vi sia una relazione tra la partecipazione culturale e la salute percepita, l'ansia, la depressione e la soddisfazione di vita (Grossi, 2017).

Per quanto riguarda l'esperienza italiana, nel 2008 un consorzio di Enti promotori, tra cui l'Università di Venezia, il Centro EPOCA - Economia e Politiche Culturali Avanzate, la libera Università di Bolzano e altri, ha dato il via ad un'inedita indagine. Sono stati coinvolti 1.500 cittadini, selezionati in modo da essere rappresentativi della popolazione italiana. Uno degli obiettivi dell'iniziativa era quello di fornire un quadro interpretativo della relazione tra consumo culturale e benessere, per evidenziare l'incidenza della cultura (e del *consumo culturale*) rispetto ai processi di sviluppo dell'individuo e al suo livello di benessere. Nello studio, il livello di benessere psicologico soggettivo è stato misurato attraverso l'Indice di Benessere Psicologico Generale (*PGWBI – Psychological General Well Being Index*). I risultati dimostrano relazioni significative con diverse variabili, ma l'*accesso culturale* si configura chiaramente come la seconda variabile, in termini di dimensione dell'effetto assoluto, sul benessere percepito, subito dopo lo *stato di salute*. Queste evidenze mostrano che, almeno per quanto riguarda forme specifiche di accesso culturale, il benessere individuale viene influenzato in modo

sostanziale dall'esposizione ad eventi culturali e che, come scrive Grossi (2017), le politiche che puntano a promuovere l'accesso culturale possono essere considerate, trasformate e riprogettate, come politiche per la promozione della salute. Di fronte ai risultati degli studi sopraccitati, Grossi (2017) afferma che è ormai assodato che la cultura e le arti influenzino diversi aspetti della vita e che la pratica delle arti e la fruizione della cultura possano avere effetti fisici e sociali benefici, ma anche che diventa sempre più chiara l'importanza della partecipazione culturale per il benessere psicologico. Questi dati offrono il fondamento razionale per una nuova stagione di politiche che riguardino il benessere, attuabili in ambiti e contesti diversi della società (Grossi, 2017). Evidenziata la relazione fra cultura e benessere con strumenti scientifici, risulta chiaro che la cultura è importante e che vi sono prove evidenti che l'accesso culturale gioca un ruolo determinante sul benessere psicologico individuale e che fornisce alcuni efficaci fattori predittivi di benessere. Inoltre, concetto che sarà molto importante nei capitoli successivi, il ruolo determinante della cultura sul benessere psicologico risulta maggiore quando la fruizione culturale promuove il buon bilanciamento mente-corpo (Grossi, 2017).

Grossi conclude il suo articolo ribadendo che l'importanza strategica della cultura ha a che fare sia con la sua capacità di influenzare il benessere - migliorando i processi di attribuzione di senso, individuali e collettivi - e di promuovere nuove forme di socialità, ma anche con la produzione sociale di risorse quali l'istruzione e le abilità di vita, fondamentali per i processi di sviluppo locale. Scrive che *“riconoscere l'accesso culturale come uno dei maggiori fattori determinanti del benessere soggettivo può essere utile ad approcci stimolanti di progettazione e implementazione di strategie per*

la salute pubblica” (Grossi, 2017, p.185) e che le politiche che puntano a promuovere l’accesso culturale possono essere considerate, e conseguentemente trasformate e riprogettate, come politiche per il *welfare*.

Nella prospettiva dell’importante ruolo svolto da arte e cultura nella promozione del benessere, da alcuni studi riportati nel Report dell’OMS (2019) emerge un dato significativo, ovvero che gli approcci basati sull’arte risultano essere particolarmente utili quando proposti in gruppi multiculturali (Roberts, Lobo, Sorenson, 2017), quando si cerca di incoraggiare le persone a diventare esse stesse promotrici di salute, quando gli artisti coinvolti detengono, nella comunità coinvolta, uno status come opinion leader o come agenti del cambiamento sociale (Bastien, 2009).

2.2 L'impatto dell'arte sulla salute fisica

*“Le passioni, quelle intime e quelle civili,
aumentano le difese immunitarie”*

Franco Arminio

Nel Report stilato dall'OMS (2019) emergono dati derivati da studi osservazionali individuali, a favore del fatto che le persone che si dedicano alle arti hanno maggiori probabilità di condurre una vita più sana, indipendentemente dalla loro condizione socio-economica (Renton, Phillips, Daykin, Yu, Taylor & Petticrew, 2012). Le spiegazioni relative a tale affermazione possono essere individuate in molteplici fattori e variabili collegate alla pratica o alla fruizione di strumenti e situazioni artistiche. Alcuni di essi riguardano l'attivazione o l'inibizione nella produzione di alcuni mediatori chimici. Ad esempio, alcuni studi riportano che i processi fisiologici maggiormente coinvolti nella fruizione delle arti e nella loro pratica sono quelli di tipo immuno-regolatorio (Watkins, 1995). Attraverso l'innervazione degli organi linfoidi si creano collegamenti tra cervello e sistema immunitario; la messa in circolo di ormoni ipofisari, sotto il controllo dell'ipotalamo, è in grado di influenzare molte ghiandole endocrine, tra cui le surrenali. Le fibre nervose formano giunzioni con gli organi linfatici e rilasciano neurotrasmettitori in grado di stimolare, attraverso recettori specifici, linfociti, macrofagi e granulociti neutrofili. Inoltre, le influenze dell'ormone della crescita, della prolattina e dei glucocorticoidi sull'immuno-regolazione hanno un effetto protettivo nei confronti delle patologie auto-immunitarie. Questa interazione può spiegare in che modo gli stati emotivi o le situazioni di *stress* psicologico possano predisporre ad infezioni, così come possano favorire immunodepressione e insorgenza di malattie autoimmuni e neoplastiche. In aggiunta a questi, potrebbero esistere altri tipi di interazione: poiché il

numero di recettori glucocorticoidi nell'ippocampo risulta aumentato dall'arricchimento ambientale (Ader, Cohen & Felten, 1995) in modelli animali, questo potrebbe essere importante nel trattamento della depressione (Olsson, Mohammed, Donaldson & Seckle, 1995).

Altre prove dimostrano che impegnarsi in attività di gruppo, artistiche e culturali, migliora la salute generale percepita: questo anche perché l'impegnarsi in tali discipline favorisce una maggiore attenzione al tipo di alimentazione, all'attività fisica, alla cura di sé (Hansen, Sund, Skjei Knudtsen, Krokstad, Holmen, 2015).

In uno studio di Bush, Capra, Box, McCallum, Khalil, Ostini (2018, citato nel Report dell'OMS, 2019) emergono prove riguardo alle attività teatrali incentrate sulla nutrizione e sull'alimentazione sana svolte nelle scuole: esistono dati che attestano l'efficacia di tali attività nel miglioramento delle conoscenze nutrizionali degli alunni e degli atteggiamenti alimentari sani, e dati che provano quanto tali attività migliorino l'autostima associata all'immagine corporea. Altri studi indagano l'effetto di attività di drammatizzazione legate allo stile alimentare proposte ad adolescenti in sovrappeso, ed è stato riscontrato che le attività teatrali legate alla dieta migliorano la consapevolezza, l'atteggiamento mentale nei confronti del cibo, il tipo di dieta, le abitudini di esercizio fisico e aiutano nella riduzione dell'indice di massa corporea (Demir Acar, Bayat, 2018).

Un'altra disciplina artistica utile nel promuovere la salute fisica, andando a spronare le persone al movimento e a una sana alimentazione, è la danza, più efficace dell'esercizio fisico in quanto non esplicitamente finalizzata allo sforzo fisico e accompagnata dal *medium* musicale che può migliorare l'umore e aiutare a mantenere

l'attenzione, oltreché implementare i benefici ergogenici, psicologici e psicofisiologici durante l'esercizio fisico (Murrock, Higgins & Killion, 2009; Hutchinson, Karageorghis & Black, 2018). È stato dimostrato che le attività di danza migliorano la costituzione corporea (inclusi l'indice di massa corporea e la massa grassa totale), i biomarcatori del sangue (inclusi colesterolo, trigliceridi e marcatori dello stress ossidativo) e la funzione muscoloscheletrica. Questi risultati sono stati significativamente superiori a quelli osservati con regolari interventi di esercizio fisico, e gli effetti sono stati osservati sia nelle persone in sovrappeso sia nelle persone normopeso (Leelarungrayub, Saidee, Pothongsunun, Pratanaphon, YanKai & Bloomer, 2011).

La danza può inoltre ridurre il rischio di diventare fragili in età avanzata. Essa infatti allena contemporaneamente movimento, postura, flessibilità ed equilibrio, ma anche svolge un effetto benefico sulla densità ossea, contribuendo così a prevenire il declino funzionale correlato all'età (Hackney, Hall, Echt, Wolf, 2013; Matthews, Bennell, McKay, Khan, Baxter-Jones, Mirwald et al., 2006). Ci sono alcune prove preliminari che la danza possa aiutare a prevenire le cadute nella popolazione anziana, poiché può ridurre la paura di cadere (Veronese, Maggi, Schofield & Stubbs., 2017).

Alcuni dati più specifici riguardano le attività di danza-terapia proposte per persone obese. Dagli studi risulta che proporre tali attività settimanalmente per diversi mesi può migliorare la consapevolezza corporea, le rappresentazioni mentali legate all'immagine corporea e la capacità percepita di compiere movimento fisico regolarmente (Muller-Pinget, Carrard, Ybarra & Golay, 2012).

Anche la musica risulta essere molto efficace per mantenere la persona in salute, grazie sia alla sua fruizione sia alla sua pratica: un esempio di ciò è dato dal fatto che suonare uno strumento musicale è associato a un minor rischio di sovrappeso nei ragazzi adolescenti (Lajunen, Keski-Rahkonen, Pulkkinen, Rose, Rissanen & Kaprio, 2009). Tali benefici non riguardano soltanto aspetti corporei, ma anche psicologici e psicofisici. Alla base di questa efficacia vi sono differenti fattori, messi in luce dagli studi di diversi autori (Burkard, Eggermond & Don, 2007; Scheider, Askew, Abel & Strüder, 2010; Giovannelli, Innocenti, Rossi, Borgheresi, Ragazzoni & Zaccara, 2012), che mostrano come il ritmo della musica porti alla sincronizzazione delle onde cerebrali, ad attivare regioni cerebrali che allo stesso tempo attivano il movimento muscolare, a stimolare la risposta dell'ormone steroideo e dei centri di eccitazione nel cervello, a inibire alcuni segnali di feedback fisiologici, come lo sforzo e la fatica, e a sostenere stati emotivi positivi che aumentano la felicità e l'ottimismo. Inoltre, le arti musicali migliorano e aiutano a mantenere la velocità dell'andatura, la lunghezza del passo, la cadenza e la coordinazione posturale (Ghai, Ghai & Effenberg, 2018; Coste, Salesse, Gueugnon, Marin & Bardy, 2018).

Altri studi evidenziano l'efficacia delle arti nell'ambito delle dipendenze da sostanze. È stato riscontrato che i laboratori di scrittura di canzoni riducono il *craving* nei pazienti con disturbi da uso di sostanze, probabilmente grazie all'impegno del tempo libero, alla distrazione, alla motivazione (Silverman, 2017). Inoltre, sono stati proposti diversi interventi che utilizzano le arti in relazione all'uso di droghe e tabacco, all'interno di contesti sia scolastici sia comunitari. Emerge un dato interessante riguardo a tali iniziative, ovvero che non solo esse hanno una ricaduta positiva sui singoli a livello

personale, ma anche agiscono a livello sociale, poiché incentivano la partecipazione dei cittadini alle iniziative di prevenzione dell'abuso di sostanze, compresa la donazione di denaro per tali attività (Stephens-Hernandez, Livingston, Dacons-Brock, Craft, Cameron, Franklin *et al.*, 2007). Anche gli eventi artistici come i festival si sono rivelati luoghi validi per conversare su sostanze come il tabacco e sulla salute in generale poiché, rispetto agli eventi sportivi, sono risultati efficaci nel promuovere la consapevolezza su tali argomenti, avendo un doppio effetto, sulle intenzioni e sulle azioni degli individui (Davies Knuiman, Pikora & Rosenberg, 2015).

Altro grande e importante ambito di utilizzo delle arti, a favore della salute fisica, riguarda la loro applicazione all'interno dell'istituzione sanitaria, in particolar modo a favore della comunicazione sanitaria. La loro utilità è evidente, in quanto permettono di coinvolgere specifiche popolazioni attraverso attività culturalmente significative, di trascendere le barriere linguistiche, di raggiungere le persone su un piano emotivo e di *umanizzare* le questioni relative alla salute: un esempio di ciò può essere dato dalla possibilità delle arti di incarnare concetti e dimostrare ciò che gli individui possono fare in modo proattivo rispetto alla propria salute, oltreché responsabilizzare gli individui e le comunità attraverso l'impegno collaborativo (Sonke, Pesata, Nakazibwe, Ssenyonjo, Lloyd, Espino *et al.*, 2018). Un utilizzo importante delle arti all'interno delle istituzioni sanitarie riguarda la possibilità di sviluppare una comunicazione sensibile che superi le divisioni e le tensioni tra operatori e utenza, tra comunità e istituzione. Gli artisti possono fungere da mediatori tra i professionisti della sanità pubblica e i cittadini, supportando lo sviluppo di buone pratiche comunicative sia a livello di diagnosi e trattamento sia a livello di una comunicazione preventiva e responsabilizzante (Sonke,

Pesata, Nakazibwe, Ssenyonjo, Lloyd, Espino *et al.*, 2018). A tal riguardo, il Report stilato dall'OMS (2019) riporta che le meta-analisi di studi internazionali hanno rilevato miglioramenti a livello di consapevolezza, di atteggiamento e di comportamenti grazie a progetti che coinvolgono l'utilizzo di arti dello spettacolo, attività interattive e arti visive. Emerge inoltre che i risultati sono più forti quando gli individui e le comunità vengono coinvolti attivamente nei processi artistici e creativi (Racicot-Matta, Wilcke & Egeland, 2016).

Altri dati provengono da studi che hanno analizzato progetti concentrati sulla trasmissione di messaggi relativi sia alle malattie trasmissibili sia alla salute in generale. Alcuni esempi di progetti relativi alle malattie trasmissibili riportano l'utilizzo del mezzo creativo per produrre canzoni e video sulla prevenzione, indirizzati a giovani con o ad alto rischio di HIV (Lemieux, Fisher & Pratto, 2008); altri progetti riguardano lo sviluppo di consapevolezza riguardo a malattie come la malaria, il colera, l'ebola attraverso canzoni rap, murales e spettacoli teatrali (Sonke & Pesata, 2015). Ancora, esistono in letteratura progetti dedicati a combattere la disinformazione sui vaccini attraverso la narrazione, a educare i bambini all'igiene personale usando il teatro, a fornire messaggi sulla salute sessuale a detenuti attraverso la radio (Shelby & Ernst K, 2013; Soleymani, Hemmati, Ashra -Rizi & Shahrzadieymani, 2017; Minc, Butler & Gahan, 2007).

In letteratura, inoltre, vengono riportati esempi di interventi legati alla salute più in senso lato, sempre tramite l'utilizzo di strumenti artistici. Alcuni di essi riguardano l'educazione sanitaria e sociale, indirizzata a popolazioni a rischio come persone adulte che vivono in strada, utilizzando l'arte come *medium* d'insegnamento (Nyamathi, Slagle, Thomas, Hudson, Khalilifard, Avila *et al.*, 2011); altri sono maggiormente incentrati sulla

prevenzione di malattie improvvise o croniche; altri ancora sono destinati a migliorare le prassi e le intenzioni di richiesta di aiuto ai servizi di emergenza in caso di ictus attraverso la visione di film (Williams, Leighton-Herrmann, DeSorbo, Eimicke, Abel-Bey, Valdez *et al.*, 2016), oppure a incoraggiare la partecipazione alle prassi di screening del cancro grazie alla creazione e attuazione di uno spettacolo teatrale (Friedman, Adams, Brandt, Heiney, Hébert, Ureda *et al.*, 2018).

Altri studi si sono concentrati sull'utilizzo del tempo libero in senso più ampio, e hanno riscontrato come ci siano correlazioni tra il modo in cui tale tempo è speso e la mortalità, mostrando dati a favore del fatto che la partecipazione ad attività artistiche e l'impegno culturale prevengano la mortalità prematura (Konlaan, Bygren & Johansson, 2000). Queste correlazioni con la mortalità sembrano essere in parte spiegate da fattori socio-economici e in parte dalla riduzione dei comportamenti sedentari, depressione e declino cognitivo, tutti fattori di rischio per la mortalità prematura.

Per quanto difficile applicare una distinzione netta tra corpo e mente nell'intenzione di indagare la salute, fino ad ora l'attenzione è stata concentrata sul riportare le ricerche incentrate sui benefici dell'arte e della cultura sulla salute fisica. Di seguito l'attenzione verrà spostata sugli studi che hanno indirizzato lo sguardo sugli aspetti della salute mentale maggiormente influenzati dalle arti e dalla cultura.

2.3 L'impatto dell'arte sulla salute mentale

*“Sapere che la cura, prima che dalla medicina,
viene dalla forma che diamo alla nostra vita”*

Franco Arminio

All'interno della letteratura analizzata sia dalla revisione dell'OMS sia da altri autori (Corbin *et al.*, 2021), emergono temi comuni relativi all'utilità delle arti per la salute mentale. Per darne una panoramica generale, i dati evidenziano che l'influenza delle arti va ad agire: sull'autoconsapevolezza e sulla relazione tra le persone, sulla fiducia, **sulle** capacità sociali, sulla mentalizzazione, sull'empatia, sul riconoscimento e sulla gestione delle emozioni; su condizioni personali legate a tematiche di salute e malattia, aiutando ad affrontare le problematiche di salute e supportando le tradizionali cure farmacologiche; sul mantenimento e sul rinforzo di competenze cognitive e funzioni esecutive; sulla lotta allo stigma, sull'implementazione della partecipazione e del coinvolgimento sociale.

Per quanto riguarda gli aspetti di autoconsapevolezza e di potenziamento relazionale, è stato dimostrato che l'utilizzo delle arti è efficace nel costruire la fiducia tra i bambini in affidamento e gli assistenti sociali, incrementando nei primi l'autostima, la resilienza, le competenze di vita, l'*empowerment*, le reti di sostegno sociale (Kelly & Doherty, 2017).

Altri dati riportano l'efficacia delle arti in interventi rivolti ai giovani adulti devianti, con un evidente abbassamento del tasso di recidiva nella condotta

delinquenziale. Tali risultati sono associati alla capacità delle arti di migliorare le competenze sociali, quelle attentive, la gestione dello stress e della rabbia, l'espressione delle emozioni, il riconoscimento e la gestione di una sintomatologia ansiosa o depressiva, le capacità di coping e l'autostima (Coutinho, Hansen, Waage, Hillecke & Koenig, 2015; Cheliotis & Jordanoska, 2016).

Ancora, in alcuni studi emerge che la partecipazione ad attività artistiche risulta utile nella costruzione e nel mantenimento dell'autostima, dell'accettazione di sé e della fiducia, rappresentando un fattore protettivo nei confronti dello sviluppo di malattie mentali (Ascenso, Perkins, Atkins, Fancourt, Williamon, 2018; Franklin, 1992). In uno studio di Stevens e colleghi (2019) un gruppo di bambini e adolescenti australiani è stato coinvolto nella pratica di arti circensi, con lo scopo di indagare la correlazione tra il praticare queste arti e il miglioramento del benessere. È stato riscontrato che in tale campione, dopo le attività, erano migliorati i livelli di benessere, autostima, socializzazione e resilienza (Stevens, McGrath & Ward, 2019). Altri studi suggeriscono che le arti potrebbero contribuire a migliorare aspetti emotivi, sociali (come l'impegno reciproco, l'appartenenza al gruppo, il supporto sociale e il miglioramento del funzionamento sociale) e cognitivi (Van Lith, Schoffeld & Fenner, 2013; Leckey, 2011).

Altre attività come la lettura di gruppo, il teatro e le interazioni sociali online legate alla musica, possono migliorare l'autostima, facilitare la modificazione in positivo del contenuto dei pensieri, aiutare a cambiare la propria visione di se stessi, sostenere lo sviluppo di meccanismi di coping e fornire una rete di supporto (Gray, Kiemle, Davis & Billington, 2016; Ngong, 2017). In altri studi emerge che l'impegno nelle arti creative è correlato allo sviluppo di una serie di abilità personali (Chilcote 2007; White, 2006) e pone le basi per uno sviluppo personale costruito attraverso l'esperienza.

Inoltre, le arti hanno dimostrato di aiutare a costruire la coesione sociale e supportare la risoluzione dei conflitti, attraverso lo sviluppo di abilità cognitive, emotive, sociali, empatiche, di collaborazione e apprendimento (Bang, 2016).

La letteratura sui benefici terapeutici e preventivi dell'impegno artistico in relazione alla salute mentale è in significativo aumento. Ad esempio, nell'ambito dei disturbi da stress post-traumatico correlato a eventi bellici, esistono studi che riportano dati a favore dell'efficacia degli interventi che includono forme di espressione artistica attuati in centri di recupero per veterani di guerra con gravi malattie mentali e dipendenze (Ketch, Rubin, Baker, Sones & Ames, 2015), mentre altri dati emergono dal lavoro svolto con i figli di militari feriti in guerra, con cui sono state utilizzate attività artistiche creative, al fine di implementarne le capacità di coping (Rollins & King, 2015).

Ancora, attività come suonare e ascoltare musica, ballare, visitare siti culturali, sono tutte correlate alla gestione e alla prevenzione dello stress, oltreché ad una minore ansia quotidiana (Grossi, Tavano Blessi e Sacco, 2019; Martin, Oepen, Bauer, Nottensteiner, Mergheim & Gruber, 2018).

Nell'ambito della psicopatologia, è sempre più noto che le arti abbiano aspetti sia preventivi sia di supporto ai tradizionali approcci farmacologici e psicologici.

La maggior parte della ricerca si è concentrata sulle pratiche artistiche, guidate da un operatore qualificato, che combinano la sperimentazione artistica con riflessioni e discussioni individuali o di gruppo (Fancourt & Tymoszuk, 2018). Da molti studi risulta che l'impegno artistico può aiutare a ridurre il rischio di sviluppare malattie mentali, come la depressione nell'adolescenza e in età avanzata (Fancourt & Tymoszuk, 2018); ancora, è stato dimostrato che l'arte e la musicoterapia migliorano il benessere globale, la sintomatologia negativa, la depressione, l'ansia e il funzionamento cognitivo in

pazienti residenti in comunità psichiatriche o ricoverati in strutture ospedaliere (Fenner, Abdelazim, Bräuning, Strehlow & Seifert, 2017). Più specificamente, per i pazienti con psicosi è stato riportato che sia la musicoterapia sia l'ascolto della musica migliorano i sintomi psicopatologici generali, l'aggressività e l'ostilità interpersonale, l'ideazione paranoide, l'ansia fobica, la somatizzazione, l'ansia e la depressione, nonché sintomi catatonici e il funzionamento psicosociale inadeguato (Silverman, 2003).

Si ritiene che questi cambiamenti possano derivare dalla modulazione delle interazioni neurochimiche, dal miglioramento della funzione cerebrale e dalla maggiore neuroplasticità (Feng, Shen, Ma, Chen, Zhang, Xu *et al.*, 2019).

Da studi incentrati sulla depressione emerge che attività creative, come la terapia con l'argilla, riducono la sintomatologia, migliorano il benessere e riducono l'alessitimia in pazienti con disturbo depressivo maggiore (Nan & Ho, 2017).

Altre indagini si sono focalizzate su pazienti schizofrenici, e mostrano come la musicoterapia riduca i sintomi affettivi - ostilità, allucinazioni e sospettosità - e i sintomi negativi - ritiro emotivo, scarsa capacità relazionale e difficoltà nel pensiero astratto -, oltre a migliorare le capacità attentive, il comportamento e la qualità della vita (Geretsegger, Mössler, Bieleninik, Chen, Heldal & Gold, 2017).

Per quanto riguarda i pazienti a rischio di suicidio, emergono dati in favore della lettura di libri e della visione di film come fattori protettivi contro l'ideazione suicidaria (Kasahara-Kiritani, Hadlaczky, Westerlund, Carli, Wasserman, Apter *et al.*, 2015). Negli adulti con una malattia mentale, attività come il canto in coro, la produzione artistica, la scrittura espressiva e il suonare la batteria in gruppo riducono il disagio mentale, la depressione e l'ansia, migliorando contemporaneamente il benessere individuale e sociale (Williams, Dingle, Jetten & Rowan, 2019). In particolare, questi risultati sono stati

riscontrati sia quando gli individui hanno scelto da soli di impegnarsi in attività artistiche sia quando sono stati indirizzati alle attività attraverso una prescrizione sanitaria.

Un altro grande ambito in cui le arti sembrano avere un importante effetto, è quello della lotta allo stigma sociale associato a determinate condizioni di salute. Esistono studi che attestano l'efficacia delle arti nel ridurre lo stigma sociale sul tema della malattia mentale, della violenza di genere, della demenza e della popolazione LGBTQ (Baird & Salmon, 2012; McKay & McKenzie, 2018). Per esempio, sono stati proposti laboratori teatrali al fine aumentare la consapevolezza sulla violenza domestica, programmi artistici nelle scuole per promuovere nei bambini consapevolezza sulla salute mentale, spettacoli di teatro rivolti a bambini e genitori per aumentare la consapevolezza sull'abuso sessuale infantile (Gesser-Edelsburg, Fridman & Lev-Wiesel, 2017). Esistono anche programmi artistici realizzati nelle scuole e utilizzati per migliorare l'alfabetizzazione emotiva, l'empatia e l'inclusione (Campos, Dias, Duarte, Veiga, Dias & Palha, 2018), e altri programmi che utilizzano eventi artistici al fine di aumentare gli atteggiamenti positivi nei confronti della salute mentale, aumentare l'apprezzamento delle capacità e della creatività delle persone con malattie mentali e aumentare l'efficacia collettiva percepita all'interno delle comunità per migliorare l'assistenza sanitaria a livello di salute mentale (Quinn, Shulman, Knifton & Byrne, 2011; Koh & Shrimpton, 2014). Un altro metodo utilizzato per affrontare lo stigma sulla salute mentale, è stato quello di creare produzioni teatrali incentrate su psicopatologie specifiche, come per esempio il disturbo bipolare, efficaci per ridurre il pregiudizio tra gli operatori sanitari (Michalak, Livingston, Maxwell, Hole, Hawke & Parikh, 2014).

La riduzione dello stigma sulla salute mentale riguarda anche lo stigma sperimentato e l'auto-stigma presente nei pazienti delle unità di degenza psichiatrica: è stato riscontrato che la scrittura di canzoni riduce i livelli di queste tipologie di stigma tra tali pazienti (Silverman, 2013).

Anche i media giocano un ruolo importante nella lotta allo stigma: molti articoli giornalistici suggeriscono un uso crescente delle arti per de-stigmatizzare la malattia mentale (inclusa la sfida alla convinzione che le persone con malattie mentali siano incapaci di lavorare), evidenziando così il ruolo delle arti nel facilitare l'inserimento al lavoro e abbattere le barriere tra persone con e senza malattia mentale (Atanasova, Koteyko, Brown & Crawford, 2007). Ancora, in molte serie televisive sono state rappresentate situazioni di malattia mentale, con l'obiettivo di ridurre la segretezza e la vergogna che circondano situazioni di disagio psichico, e facilitando sentimenti di affetto verso i protagonisti di tali serie televisive, fattore chiave nella lotta allo stigma (Hankir, Zaman, Geers, Rosie, Breslin & Barr, 2017).

Altri esempi a favore delle arti come strumento efficace per la lotta allo stigma derivano da studi che attestano l'utilizzo di spettacoli teatrali, poesia e canto per persone con e senza demenza, con l'obiettivo di aumentare nei cittadini la comprensione di quella che è la condizione di demenza, cambiando gli atteggiamenti negativi e riducendo lo stigma (Burns, Watts, Perales, Montgomery, Morris & Mahnken, 2018).

È stato anche riscontrato che le arti promuovono una più ampia equità sanitaria: a seguito di alcuni interventi, caratterizzati dall'utilizzo di programmi artistici e progetti teatrali, si è riscontrata una maggiore comprensione dei cittadini riguardo i bisogni di salute e fertilità di individui appartenenti alla comunità LGBTQ o di un'altra minoranza

di genere, oltreché una maggiore empatia e capacità autoriflessive sui pregiudizi personali (Logie, Dias, Jenkinson, Newman, MacKenzie & Mothopeng, 2018). È stato inoltre dimostrato che la visione di film migliora l'atteggiamento dei genitori nei confronti dei bambini LGBTQ (Huebner, Rullo, Thoma, McGarrity & Mackenzie, 2013).

Un altro ambito in cui le arti risultano avere un ruolo importante è quello del mantenimento cognitivo. Alcuni studi riportano che l'impegno culturale (andare a teatro, concerti, musei o mostre) contribuisce al mantenimento del cervello durante l'invecchiamento (Strong & Mast, 2018). Basti pensare che gli individui che hanno seguito dieci o più anni di formazione musicale hanno capacità visuo-spaziali, funzioni esecutive e memoria significativamente più forti in età avanzata (Gooding, Abner, Jicha, Kryscio & Schmitt, 2014); si tratta di individui soggetti ad un minor rischio di declino cognitivo o demenza. Infatti, gli interventi che incoraggiano gli anziani a suonare uno strumento musicale migliorano o preservano le loro capacità cognitive generali, la velocità di elaborazione e la memoria (Kim & Yoo, 2019). Inoltre, è stato riscontrato che gli interventi teatrali rivolti alle persone anziane migliorano la memoria e le funzioni esecutive (Noice & Noice, 2008), e che l'addestramento alle arti visive può migliorare le risposte uditive ai suoni e l'elaborazione visiva (Alain, Moussard, Singer, Lee, Bidelman & Moreno, 2019). Sempre su questo tema, alcuni dati dimostrano che andare a visitare musei, vedere spettacoli teatrali o concerti con una certa frequenza sia un fattore protettivo nei confronti del declino cognitivo e del rischio di sviluppare una demenza (Fancourt, Steptoe & Cadar, 2018). Ancora, è dimostrato che, per coloro che già soffrono di declino cognitivo, la partecipazione ad attività artistiche può aiutare a prevenirne il peggioramento, con risultati duraturi dopo l'intervento (Fancourt, Steptoe & Cadar, 2018); anche le attività creative di terapia espressiva come il disegno possono migliorare

il funzionamento cognitivo, la memoria, le funzioni esecutive e le capacità di vita quotidiana (Zhao, Li, Lin, Wei & Yang, 2018).

Risultati simili sono stati riscontrati per la danza, che è stata collegata nel corso della vita a migliori capacità di apprendimento e memoria (Porat, Goukasian, Hwang, Zanto, Do & Pierce, 2016). È stato dimostrato che la danza aumenta il volume dell'ippocampo e contribuisce al mantenimento della sostanza bianca, ma anche che promuove miglioramenti funzionali nell'equilibrio e nell'attenzione (Teixeira-Machado, Arida & de Jesus Mari, 2018).

Riguardo ad interventi indirizzati principalmente a sintomi psicopatologici, risulta da alcune ricerche che l'impegno artistico può ridurre i sintomi interiorizzanti come l'ansia e la depressione in popolazioni specifiche, come i bambini e gli adolescenti (Geipel, Koenig, Hillecke, Resch & Kaess, 2018). Le teorie e le ricerche neurobiologiche suggeriscono che questi benefici possono ricollegarsi alla modulazione di neurotrasmettitori come la serotonina, alla riduzione degli ormoni dello stress come il cortisolo e alla diminuzione delle risposte immunitarie infiammatorie (Jeong, Hong, Lee, Park, Kim & Suh, 2005; Fancourt, Perkins, Ascenso, Carvalho, Steptoe & Williamson, 2016). Ancora, riguardo a disturbi legati al sonno, è risultato che la musica è un fattore di miglioramento di tali sintomi, in quanto induce uno stato mentale e fisico di calma (Trahan, Durrant, Müllensiefen & Williamson, 2018).

Un altro ambito indagato da numerose ricerche è quello del *caregiving*, ovvero di come le arti e la cultura possano rappresentare un fattore supportivo rispetto alla fatica del prestare cure. In letteratura esistono resoconti di progetti dedicati alla genitorialità, per esempio azioni finalizzate all'insegnamento dell'allattamento al seno per le primipare tramite il canto come *medium* di insegnamento, oppure azioni legate al

sostegno alla genitorialità responsabile nei giovani genitori, attraverso l'utilizzo di video musicali o di fumetti (Rosas-Blum, Granados, Mills & Leiner, 2018; Coleman, 1986).

Pensando invece all'ambito sanitario e ospedaliero, è interessante porre attenzione al come le arti possano essere di beneficio per esempio aiutando le persone a comprendere la malattia. Romanzi, poesie, film, musica, disegni, dipinti e opere teatrali possono migliorare la comprensione degli operatori sanitari in merito alla complessità della malattia (Schachter, 2016). Inoltre, l'impegno artistico e la lettura di testi possono avere un'influenza positiva sulle abilità comunicative degli operatori, aiutando a favorire l'immaginazione empatica e il contatto con le emozioni, supportando in tal modo una comunicazione e una collaborazione efficaci tra il personale sanitario, oltre a promuovere empatia nel rapporto con il paziente (Pino, 2016). Esempi di ciò risalgono a studi in cui è stato riscontrato che le lezioni di arte migliorano le capacità di comunicazione verbale e non verbale nei team clinici (Elder, Tobias, Lucero-Criswell & Goldenhar, 2006), e che la pratica del disegno è efficace nel supportare i chirurghi nella comunicazione dei piani chirurgici ai pazienti (Kearns, 2019). Altri dati avvalorano la tesi che le lezioni di arte migliorino nei medici il riconoscimento emotivo, la coltivazione dell'empatia e la mentalizzazione (Shapiro, Rucker & Beck, 2006).

Anche lo strumento teatrale è risultato essere molto utile nel potenziamento delle capacità comunicative del personale medico. L'uso di format teatrali, tra cui il Teatro interattivo e il *Role Playing*, è risultato particolarmente utile. È stato riscontrato che un laboratorio di improvvisazione teatrale può migliorare le capacità di ascolto e la capacità di rispondere durante i colloqui tra medico e paziente e che la formazione teatrale e la partecipazione a spettacoli teatrali possono migliorare la presentazione dei

casi da parte dei medici ai team clinici (Hammer, Rian, Gregory, Bostwick, Barrett Birk, Chalfant *et al.*, 2011), ridurre l'uso del gergo medico durante la comunicazione con i pazienti e supportare i medici nel dare cattive notizie (Skye, Wagenschutz, Steiger & Kumagai, 2014). Ancora, le arti risultano essere un valido sostegno alla salute mentale e al benessere del personale sanitario; infatti, l'utilizzo della musica e del movimento corporeo finalizzato al promuovere capacità empatiche, è stato collegato a minore stress e *burn-out* nel personale medico, oltreché ad una maggiore resilienza (Tjasink & Soosaipillai, 2019). È stato anche riscontrato che la musica migliora l'umore e riduce lo stress durante il lavoro, oltre a migliorare i livelli di concentrazione ed efficienza; che le lezioni di arti partecipative migliorano i sentimenti di sostegno per il personale all'interno delle strutture sanitarie e che le arti visive migliorano l'ambiente di lavoro per il personale (Wilson, Bungay, Munn-Giddings & Boyce, 2016). Ancora, è stato riscontrato che le storie e la scrittura di diari possono aiutare gli operatori sanitari ad affrontare le sfide emotive quotidiane del loro lavoro (Steensma, 2013), così come i collage e le lezioni di disegno possano migliorare il lavoro e aiutano a identificare i problemi nelle équipes di medici e infermieri, mentre le lezioni di apprezzamento artistico migliorano la tolleranza dell'ambivalenza dei sentimenti provati nei confronti di colleghi e pazienti (Klugman, Peel & Beckmann-Mendez, 2011). Infine, l'incoraggiamento a partecipare ad attività artistiche viene utilizzato anche come strumento per cercare di ridurre il suicidio fra gli operatori (Genovese & Berek, 2016).

È stato inoltre riscontrato che i progetti artistici collaborativi migliorano la capacità delle ostetriche di fornire supporto emotivo ai genitori che hanno perso un figlio nel periodo perinatale (Dogan, 2018). È stato anche riscontrato che gli spettacoli teatrali migliorano la consapevolezza in merito a responsabilità e doveri in coloro che

esercitano un ruolo assistenziale nei confronti di persone con demenza. Ancora, le attività artistiche possono ridurre la stanchezza e l'ansia di morte e aumentare la consapevolezza emotiva in coloro che lavorano nell'assistenza al fine-vita (Potash, Hy Ho, Chan, Lu Wang & Cheng, 2014). I programmi artistici possono sostenere le interazioni tra gli operatori e i pazienti e possono contribuire all'umanizzazione della persona assistita, migliorando così le strategie assistenziali (Broome, Denning, Schneider & Brooker, 2017). Allo stesso modo, è stato riscontrato che le attività artistiche congiunte *caregiver*-assistito migliorano la comunicazione e la relazione tra *caregiver* e persona assistita, portando a risposte emotive e comportamenti più empatici (Kim & Dvorak, 2018). I gruppi artistici congiunti tra *caregiver* e beneficiari di cure possono anche aiutare a rimuovere la tensione dai *caregiver* e offrire opportunità di supporto emotivo (Hunt, Truran & Reynolds, 2018), mentre le attività artistiche e di poesia individuali possono ridurre il disagio del *caregiver*, promuovere l'accettazione di sé, l'autoconsapevolezza, l'empatia, la catarsi, un senso positivo di identità personale e l'autoefficacia (Camicia, Lutz, Marko & Catlin, 2018). Infine, è stato riscontrato che attività come suonare la batteria, cantare o ascoltare musica migliorano il rilassamento e il benessere degli operatori e riducono i loro livelli di ansia e stress (Clark, Tamplin & Baker, 2018).

Alla luce degli studi e delle ricerche riportate, è emerso quando le arti possano essere determinanti nel promuovere la salute mentale, nella prevenzione di sintomatologie e comportamenti a rischio, nel supporto e nell'implementazione di risorse personali e contestuali utili alla salute e alla relazione con l'altro, che si tratti di pazienti, familiari o colleghi.

Nella parte conclusiva di questo capitolo verranno presentati i dati relativi all'utilizzo delle arti e della cultura nella promozione della salute e dell'impatto che esse hanno sulla vita sociale degli individui e delle comunità.

2.4 L'impatto dell'arte sulla vita sociale

“Capiremo che non dobbiamo sprecare il tempo

che passiamo assieme (...)

Guardiamoci, parliamoci con bella,

commovente serietà. Curiamoci”

Franco Arminio

Oltre agli aspetti legati alla salute fisica e mentale degli individui, l'utilizzo delle arti e della cultura può risultare un mezzo valido per la promozione della salute delle comunità: infatti, fondere l'arte con le iniziative di promozione della salute può risultare utile quando si vuole rafforzare l'agentività di una comunità. In linea con la concettualizzazione dello sviluppo della comunità della Carta di Ottawa, che prevede l'utilizzo di "*risorse umane e materiali esistenti*" (WHO 1986, p. 3), si è riscontrato che l'utilizzo di strumenti artistici in una comunità favorisce la trasformazione sociale, poggiandosi sui punti di forza e sulle risorse esistenti nella comunità (Carson, Chappell & Knight, 2007).

Data l'ampia gamma di determinanti di salute su cui l'arte ha un impatto positivo, la scelta è stata quella di approfondire soltanto alcuni di essi, che avranno importanza nell'avvalorare la tesi secondo la quale l'arte teatrale risulta essere un importante strumento di promozione della salute. Tra questi abbiamo la *coesione sociale* e *l'inclusione sociale*.

Si è scoperto che le arti favoriscono il comportamento pro-sociale, un senso condiviso di successo, l'attenzione condivisa, la motivazione condivisa e l'identità di gruppo. Inoltre, le arti, sono anche un mezzo riconosciuto per ridurre la solitudine e l'isolamento sociale, in particolare tra le persone che vivono distanti dalla vita sociale della comunità (Weinstein, Launay, Pearce, Dunbar & Stewart, 2016). Questo è spiegabile dal fatto che attività che comportano il coinvolgimento simultaneo di più persone sono particolarmente efficaci nel promuovere la cooperazione, il concetto di sé e un senso di inclusione sociale, indipendentemente dall'età dei singoli; ciò risulta vero a livello sia individuale sia comunitario, e in modo trasversale alle diverse culture (Poscia, Stojanovic, La Milia, Duplaga, Grysztar, Moscato *et al.*, 2018).

L'impegnarsi in attività artistiche può portare a maggiori comportamenti pro-sociali all'interno delle comunità, tra i quali il volontariato e le donazioni in beneficenza (Van de Vyver & Abrams, 2018), e può inoltre migliorare la coscienza sociale (Madsen, 2018). In particolare, emerge che la lettura di narrativa sia uno degli strumenti più adatti per migliorare la cognizione sociale e i comportamenti pro-sociali (Dodell-Feder & Tamir, 2018).

Le arti possono anche costituire un mezzo di comunicazione tra gruppi diversi: ad esempio, è stato dimostrato che attività come la danza, le lezioni d'arte e il teatro favoriscono una maggiore inclusione sociale di pazienti con demenza e dei loro accompagnatori, di bambini e adulti con e senza disabilità, di polizia ed ex-detenuiti (Smart, Edwards, Kingsnorth, Sheffe, Curran & Pinto, 2018; Smigelsky, Neimeyer, Murphy, Brown, Brown & Berryhill, 2016). Allo stesso modo, le arti hanno dimostrato di aiutare a costruire la coesione sociale e supportare la risoluzione dei conflitti attraverso

lo sviluppo di capacità cognitive, emotive e sociali, oltre a promuovere un coinvolgimento costruttivo con il conflitto e sostenendo l'empatia, la fiducia, l'impegno sociale, la collaborazione e l'apprendimento trasformativo, producendo così più rapporti di cooperazione (Bang, 2016). Inoltre, si pensa che la creatività coinvolta nella partecipazione artistica aiuti a sviluppare il pensiero creativo, le capacità di *problem solving* e la ristrutturazione cognitiva (Simmons, 2011). A tal riguardo, esistono numerosi progetti hanno utilizzato le arti nella mediazione internazionale e locale. Alcuni esempi riguardano l'uso di progetti teatrali in Bosnia-Erzegovina per sostenere la riconciliazione dopo il conflitto armato; altri riguardano l'allestimento di mostre di arte popolare a Boston per riunire le comunità della diaspora ebraica e palestinese; altri ancora riguardano progetti musicali nelle scuole norvegesi per aiutare a cambiare l'atteggiamento nei confronti dei migranti tra i giovani alunni attraverso l'esposizione alla musica di tutto il mondo (Parkinson, 2013).

Intorno al tema della promozione di salute, in letteratura esistono esempi di programmi che utilizzano le arti per affrontare le disuguaglianze sociali legate alla salute, sviluppati sia nei paesi a reddito più alto (tra cui il Canada, la Finlandia, la Lituania) sia in quelli a reddito più basso, . Questi interventi hanno avuto un focus condiviso sull'uso delle arti per promuovere l'inclusione sociale, lo sviluppo delle competenze, il rafforzamento delle capacità e la promozione della salute (Parkinson, 2013).

Per quanto riguarda specifiche pratiche artistiche, da molti studi è emerso che la musica sia un mezzo efficace per la riduzione di disuguaglianze sociali. Infatti, risulta essere un fattore determinante per la riduzione dell'ansia, della depressione, dell'alienazione emotiva e dell'aggressività, ma anche un mezzo efficace contro

l'abbandono scolastico e per implementare autostima, empatia culturale, fiducia, *empowerment* personale, tutti elementi che favoriscono la partecipazione degli individui a contesti comunitari e sociali (Cain, Lakhani & Istvandy, 2016).

Altri studi attestano che le attività circensi risultano utili nell'aiutare a migliorare le capacità di coping di giovani a rischio di condotte delinquenti, permettendo loro di diventare cittadini cooperativi; altri studi riportano che tra gli adolescenti che vivono nelle aree urbane, l'educazione tra pari basata sul teatro può supportare il *decision making*, migliorare il benessere e ridurre l'esposizione alla violenza (Chung, Monday & Perry, 2016).

Ancora, dalla letteratura è emerso che le arti possono essere utilizzate per sostenere i programmi di riqualificazione urbana: è stato riscontrato che i progetti abitativi nei centri urbani che incorporano le arti migliorano l'ambiente edificato, aumentano la coesione sociale e diminuiscono i livelli di criminalità violenta, creando così luoghi più sicuri (Coggan, Saunders & Grenot, 2008).

Inoltre, i dati attestano che le arti offrono opportunità di lavoro e sostengono la mobilità sociale, l'occupazione e la stabilità socio-economica, sia per gli individui sia per le comunità (Bracalente, Chirieleison, Cossignani, Ferrucci, Gigliotti & Ranalli, 2011). Esistono programmi rivolti a questo tema, secondo i quali l'ubicazione delle attività artistiche nella comunità o in luoghi artistici su misura è importante, in quanto questi siti possono fornire un luogo terzo di apprendimento per i più giovani.

Parlando di comunità più circoscritte, come la scuola, si è visto come le arti promuovano comportamenti pro-sociali in classe e nei parchi giochi (Kawase, Ogawa,

Obata & Hirano, 2018), migliorando la competenza emotiva tra i bambini, riducendo le dinamiche competitive e il bullismo (Belliveau, 2005); facilitano la creatività nei bambini e negli adolescenti e la creatività è associata a un minor rischio di sviluppare problemi di disadattamento sociale e comportamentale nell'adolescenza (Francourt, 2018).

Questi benefici comportamentali si estendono anche a gruppi specifici. Per i bambini provenienti da ambienti a basso reddito o a rischio di uno sviluppo socio-emotivo e rendimento scolastico più scarsi, le lezioni di musica possono migliorare le abilità sociali e ridurre i livelli dell'ormone dello stress, i sintomi di iperattività, le tendenze comportamentali autistiche e i comportamenti problematici (Pasiali & Clark, 2018), tutti elementi che supportano il rendimento scolastico e che favoriscono lo sviluppo del senso di appartenenza alla comunità scolastica. Per i giovani con difficoltà sociali, emotive e comportamentali, l'arte-terapia può migliorare i comportamenti, in particolare attraverso una migliore comunicazione (Cobbett, 2016). Per i bambini con disabilità fisiche o dello sviluppo, gli interventi teatrali possono migliorare la comunicazione e le funzioni sociali e comportamentali, favorendone la partecipazione alle sfere della vita sociale (Zyga, Russ, Meeker & Kirk, 2017).

Allo stesso modo, l'hip-hop, la musica, la poesia e le arti di strada e circensi sono state utilizzate per costruire relazioni di fiducia con le persone nella comunità, per i senza fissa dimora e i più vulnerabili, riducendo così il loro isolamento e aumentando il coinvolgimento della comunità.

Dal punto di vista della giustizia sociale, l'arte può anche essere utilizzata per facilitare il cambiamento sociale fornendo alle comunità opportunità di agire (Boal,

1995; Freire, 1970). All'interno della letteratura sulla giustizia penale, ci sono molte evidenze sui benefici delle arti nel coinvolgere individui nelle carceri, in particolare quelli che hanno rifiutato l'impegno in altre attività. I programmi hanno incluso progetti artistici per minorenni devianti con con disturbi psichici mentale complessi o difficoltà di regolazione comportamentale, con miglioramenti segnalati in tali difficoltà così come aumenti del rendimento scolastico e del funzionamento familiare (Rapp-Paglicci, Stewart & Rowe, 2012)

Molti progetti di salute pubblica che utilizzano le arti, spesso hanno l'obiettivo esplicito di rafforzare le comunità riunendo gli individui per affrontare in modo collaborativo e creativo specifici problemi sociali o sanitari (Carson *et al.*, 2007). Inoltre, l'atto di sperimentare collettivamente e testimoniare l'arte può anche generare una più profonda comprensione condivisa tra i membri della comunità dei problemi che devono affrontare e delle opportunità per affrontarli.

Nel prossimo capitolo l'attenzione verrà focalizzata su uno dei mezzi artistici più potenti per la promozione della salute: il teatro. Nello specifico, si cercherà di delineare le differenze tra il teatro classico e il teatro sociale, per esplorare poi i dati e le esperienze che ne attestano la significativa efficacia nella promozione della salute.

3. IL TEATRO COME PROMOTORE DI SALUTE

“L'attore vive, piange e ride sul palco e, per tutto il tempo,

guarda le proprie lacrime e sorrisi.

È questa doppia funzione, questo equilibrio

tra vita e recitazione che fa la sua arte”

Konstantin Sergeevič Stanislavskij

Le ricerche mostrano come la partecipazione culturale sia correlata positivamente al benessere soggettivo percepito (Grossi, Sacco, Tavano Blessi & Blessi, 2011).

In questa prospettiva, l'arte teatrale assume notevole importanza nella promozione del benessere di individui e comunità, a partire dalla valenza che l'arte teatrale può avere per lo sviluppo e il mantenimento di capacità relazionali, a favore dell'intersoggettività, fino ad arrivare a indagare uno specifico modo di intendere l'arte teatrale - il teatro sociale- e approfondire quelle che sono le aree d'intervento di questa disciplina e i suoi benefici.

Il *teatro sociale* si configura come un teatro più *da fare che da vedere* (Rossi Ghiglione, 2011), che ha trovato le sue basi nel teatro antico e si è fortemente lasciato influenzare dal lavoro dei grandi registi pedagogisti del Novecento.

Il motivo alla base di questo interesse per il teatro è dato dal fatto che *il contenitore teatrale* può contemplare, oltre alla naturale attitudine artistica, uno sguardo psico-pedagogico, una visione antropologica, filosofica e sociologica nei confronti delle persone che lo abitano (Masotti, 2010), ma anche il fatto che questo sia

un dispositivo performativo multilinguistico, che comprende altre arti, come la danza, la musica, l'immagine, un'arte performativa *totale* che coinvolge diversi linguaggi, narrativo, verbale, motorio, cinestetico, tattile, visivo, sonoro, musicale, e che si configura come un potente meccanismo rituale e civile, che chiede ai cittadini di entrare in uno spazio dove confrontarsi sul proprio essere anche in relazione alla vita comunitaria (Rossi Ghiglione, 2021). Queste sue caratteristiche rendono il teatro sociale una forma particolare di teatro che risulta essere un'esperienza multimodale anche per i non professionisti.

Nel maggio 2018 La Commissione Europea ha adottato la nuova "Agenda Europea per la Cultura", la quale indica coesione e inclusione sociale e benessere tra i suoi obiettivi strategici, ritenendo la partecipazione dei cittadini un punto cruciale nell'impatto della cultura sulla dimensione sociale e sulla salute.

Le *performing arts* e il teatro sembrano essere le più utili tra le arti nel coinvolgimento dei cittadini nel processo creativo e non solo nella fruizione estetica, promuovendo ciò che definiremo *partecipazione creativa*.

Per spiegare che cosa s'intende per partecipazione creativa, è possibile riprendere quanto affermato da Pierluigi Sacco (2017), ovvero che la partecipazione culturale attiva è garantita da situazioni nelle quali gli individui non siano soltanto fruitori passivi di stimoli culturali, bensì agenti attivi che mettono in campo le proprie capacità.

A questo scopo possono essere utili le *participatory arts*, significative nella promozione dell'*empowerment* degli individui e nello sviluppo del capitale sociale, dell'autoefficacia e di altri determinanti di salute (Rossi Ghiglione, 2021).

L'esperienza artistica partecipata sembra avere un'abilità speciale anche nel favorire l'accesso delle persone, anche svantaggiate e fragili, e nel coinvolgerle nell'esperienza trasformativa, garantendo *compliance* e responsabilità (Rossi Ghiglione, 2021).

Le arti partecipative lavorano sull'identità culturale attraverso simbologie e condivisione emotiva, tramite un canale comunicativo non verbale che crea maggiori possibilità espressive, creando spazi di coinvolgimento, apprendimento, sviluppo di resilienza (Rossi Ghiglione, 2021). Come scrive Alessandra Rossi Ghiglione, *"in un'ottica di promozione della salute e di cura, l'azione teatrale intende potenziare le capacità di salute individuali e collettive e mettere in movimento risorse di resilienza e di coping"* (Rossi Ghiglione, 2015, p. 256).

L'intuizione secondo la quale il teatro sia un valido strumento per la promozione della salute e del *welfare* viene coltivata da tempo, e la letteratura scientifica si trova a contenere diversi contributi che testimoniano il rapporto tra cultura e salute. Tra tutte le arti, quelle visive risultano essere le più utilizzate negli interventi rivolti al benessere: questo perché alla base del beneficio che ne trae la salute, c'è un *"processo mimetico, naturalmente teatrale"* (Rossi Ghiglione, 2015, p. 252). L'arte visiva può essere utilizzata come fattore di arricchimento ambientale e di trasformazione dell'atmosfera, con testimoniati risultati e benefici sulle popolazioni soggette a tali interventi (in ambito sanitario, su pazienti, personale, personale in formazione) (Staricoff, Duncan, Wright, 2002).

Tra tutte le forme di arte visiva e performativa, il teatro risulta essere molto efficace perché, come vedremo in seguito, comporta l'esperire azioni sensomotorie

proposte dall'artista, che vengono imitate dal cervello dello spettatore, e risulta quindi essere una forma d'arte che chiede sia un atto creativo che uno di fruizione estetica.

Il teatro ha un forte potenziale trasformativo, poiché è la forma culturale e artistica prodotta dall'uomo che più si avvicina alla vita, mette in movimento molti livelli dell'umano e li pone tra loro in connessione dinamica: nel processo creativo teatrale hanno luogo trasformazioni che coinvolgono la totalità dell'uomo e che permettono l'integrazione tra corpo-cervello-mente, proprio perché nell'azione teatrale si mettono in moto diversi livelli - il corpo, le relazioni, le azioni, le parole, la materia, il rito, le rappresentazioni (Rossi Ghiglione, 2011).

Dopo questa panoramica generale, vengono presentati quelli che risultano essere gli effetti delle arti visive e del teatro sul cervello umano e sulle capacità relazionali, per poi proseguire con una panoramica sulla storia del teatro sociale, i suoi obiettivi e metodi, fino ad illustrare dati ed esperienze di questo strumento in relazione alla salute e al benessere di individui e comunità.

3.1 Teatro e neuroscienze: evidenze scientifiche dell'influenza dell'arte teatrale sul cervello e sull'intersoggettività

In un articolo di Dorys Faria Calvert del 2014 vengono presentati alcuni dati provenienti da studi che hanno studiato il teatro in rapporto con le neuroscienze.

Dall'inizio degli anni 2000 il dibattito promosso da accademici, scienziati e artisti sulle pratiche interdisciplinari impegnate nell'elaborazione di un paradigma integrato dell'essere umano, si è molto arricchito. Questo scambio tra le scienze umane, quelle biomediche e quelle sociali e le diverse modalità artistiche – musica, danza, teatro, arti plastiche, arti visive– ha fatto emergere, come visto nel capitolo precedente, nuovi spazi di intervento che coinvolgono la medicina, la psicologia e le arti in generale. Il fatto che gli artisti assimilino e integrino il sapere scientifico nella loro pratica artistica è qualcosa, quindi, di ancora relativamente nuovo. Tuttavia, questo tipo di percorso permette agli artisti di sviluppare le proprie velleità artistiche contribuendo al contempo, con le proprie capacità artistiche, al progresso delle scienze umane e alla comprensione del comportamento umano.

Tra le tante tipologie di artisti, soprattutto coloro che sono interessati al teatro dimostrano di sviluppare un interesse sempre maggiore per le recenti scoperte delle neuroscienze. Ciò permette di utilizzare il teatro come un campo di ricerca che offre alla comunità neuro-scientifica una conoscenza, una concezione dell'umano che va oltre quella offerta dagli strumenti di laboratorio. Anche se questo interesse reciproco di scienze mediche e teatro sembra essere molto recente, è importante sapere che la

circolazione dei saperi tra le arti performative e le scienze umane è un fatto più antico, un dialogo che è parte integrante di un processo iniziato in tempi lontani (Calvert, 2014). Basti pensare che già dai tempi di Ippocrate (intorno al 400 a.C) teatro e medicina mantenevano uno stretto rapporto, nutrito da un flusso continuo di pratiche e conoscenze.

Nel corso del tempo tale rapporto è mutato, trovando nuova forma nel Rinascimento, dove l'intersezione tra le arti e le scienze ha trovato il suo interesse nelle nuove pratiche di ricerca anatomica, pratica attraverso la quale il misterioso e affascinante mondo intradermico veniva svelato ed esposto al pubblico. Secondo Pradier (1990) la cultura dell'arte anatomica ha creato il concetto di anatomia psicologica; si sa che alcuni drammaturghi rinascimentali sono stati fortemente influenzati dall'opera di Robert Burton "*The Anatomy of Melancholy*" (1994), esportando tale interesse nella stesura di testi teatrali focalizzati sulla soggettività di personaggi e attori.

Più avanti nel tempo, sul panorama della scena teatrale novecentesca, Stanislavskij, il primo regista a creare un metodo di lavoro oggettivo per l'attore, s'interessò ai meccanismi di produzione della soggettività dell'artista, cioè ai suoi pensieri, alla sua struttura psicologica, al suo universo affettivo, alla sua capacità immaginativa (Stanislavskij, 1988). Attraverso la sua *psicotecnica*, Stanislavskij mirava a fornire agli attori un modo concreto e consapevole per stimolare il subconscio creativo, oltre che a suscitare risposte emotive autentiche.

Contemporaneamente, un altro regista appassionato di fisiologia e funzionamento cerebrale fu Meyerhold, inventore della *biomeccanica*, un metodo di allenamento psicofisico attoriale che consente agli attori di padroneggiare tutto il proprio essere, di pensare con il proprio corpo e di lasciarlo poi creare liberamente, senza bisogno di un controllo costante; tale metodo consente anche, a partire dal lavoro corporeo, di suscitare nell'attore e nel pubblico sentimenti o emozioni evocati esclusivamente dal movimento corporeo (Chaves, 2007). Per creare tale metodo, Meyerhold si interessò apertamente agli esperimenti di Bekthere, Pavolov e James: anche se all'inizio era refrattario all'universo soggettivo dell'attore e temeva gli effetti nevrastenici degli eccessi emotivi che avrebbero potuto scompensare gli attori, quando Meyerhold incontrò James, intorno al 1925, vide una possibilità concreta di integrare i processi emotivi dell'attore nella pratica della biomeccanica.

Meyerhold non è stato il primo uomo di teatro ad avvalersi del sapere scientifico per riflettere sulla pratica teatrale o per elaborare una teoria dell'attore, ma è stato il primo a fare dello spazio scenico un laboratorio per sperimentare quella che possiamo chiamare *riflessologia scenica* (Calvert, 2014).

Con la scomparsa di Stanislavskij e Meyerhold, le discipline biomediche cessarono progressivamente di costituire il principale fondamento teorico-pratico della sperimentazione nel campo delle arti performative e, parallelamente, altre forme di conoscenza emersero come notevoli strumenti per l'avanzamento dell'interrogazione e dell'indagine empirica del lavoro dell'attore (Calvert, 2014).

Negli anni Settanta del secolo scorso, negli Stati Uniti d'America vennero avviati i cosiddetti *Performance Studies*, grazie all'iniziativa del regista Richard Schechner e dell'antropologo Victor Turner. Tali studi, caratterizzati da dall'utilizzo di diversi approcci in un'ottica di interdisciplinarietà - passando dalla storia, all'estetica, all'etologia, alle scienze sociali, alle neuroscienze - focalizzarono il loro interesse sugli aspetti performativi del comportamento sociale, culturale e artistico (Fazio, 2011).

Un altro importante contributo in questo rapporto tra teatro e scienze umane è stato portato da Artaud, regista, attore e drammaturgo francese, che ha dato al corpo e alla percezione sensoriale un posto di rilievo nel suo progetto teatrale. Il corpo dell'attore è stato pensato da Artaud come il veicolo per eccellenza per l'integrazione psicofisica e spirituale (Artaud, 2006). Successivamente ad Artaud, durante la seconda metà del XX secolo, i registi Jerzy Grotowski, Eugenio Barba e Peter Brook compirono un altro passo importante verso il rinnovamento del dialogo tra teatro e scienze umane. Grotowski, ad esempio, cercava incessantemente in varie fonti di conoscenza - che fossero le scienze umanistiche o biologiche - elementi che potessero essere utili nella sua indagine sui processi intimi del lavoro dell'attore (Grotowski, 1970). Eugenio Barba, a sua volta, con la fondazione dell'*International School of Theatre Anthropology*, ha istituzionalizzato uno spazio esclusivamente dedicato allo scambio tra le diverse discipline intorno alle arti performative e ha anche creato un nuovo ramo nell'ambito delle scienze sociali per stimolare altre ricerche sul comportamento umano in una situazione di spettacolo: l'antropologia teatrale (Calvert, 2014).

Ancora, altrettanto importante appare il contributo di Peter Brook, che, dopo aver svolto approfondite ricerche sul campo in alcuni centri neurologici situati in Francia e

negli Stati Uniti, ha portato in scena i misteri del funzionamento del cervello umano (Banu, 2005).

Nel 1995, a Malta, John Schranz, con la collaborazione di altri studiosi, avviò un progetto chiamato “Questioning Human Creativity as Acting”, che consiste nello studiare la creatività attraverso il lavoro dell’attore, servendosi degli strumenti delle scienze cognitive per arrivare a conoscere i substrati neuronali dell’atto creativo umano (Fazio, 2011).

Con l'avvento del XXI secolo, quello che in passato rappresentava un'appropriazione unilaterale di conoscenze da un sapere all'altro, sta riaffiorando nello scenario contemporaneo come un vero e proprio scambio tra due discipline: il teatro e le neuroscienze (Calvert, 2014).

Questo nuovo e vero dialogo che unisce teatro e neuroscienze è il risultato di alcuni eventi, quali lo sviluppo tecnologico nel campo del *neuroimaging* e della ricerca microbiologica, la scoperta dei neuroni-specchio e il progresso dello studio neuroscientifico sulle emozioni. È importante sottolineare che gli eventi sopra menzionati sono elementi che partecipano a un processo estremamente dinamico, che necessita degli intrecci di tutte le componenti in gioco per potersi realizzare (Calvert, 2014).

La scoperta dei neuroni-specchio è stata accolta dalla comunità teatrale con grande entusiasmo, generando un moltiplicarsi di studi dedicati al tema dell'accoglienza e della partecipazione degli spettatori a teatro, ma anche, successivamente, della partecipazione attiva di cittadini alla sperimentazione teatrale. L'evidenza

neuroscientifica che indica l'esistenza di un substrato biologico delle relazioni umane ha stimolato la riflessione su pratiche la cui efficacia è in gran parte associata all'esperienza dell'empatia, tema che riprenderemo più avanti citando gli studi e le osservazioni di Vittorio Gallese (2014). È il caso del rapporto attore-spettatore, che può essere analizzato anche sotto la lente dell'azione dei neuroni specchio – principalmente per quanto riguarda il riconoscimento delle emozioni –, campo sempre più esplorato empiricamente. Oggi, non solo i professionisti del teatro fanno riferimento agli studi neurofisiologici sui neuroni-specchio, ma gli stessi neuroscienziati hanno adottato il teatro come modello di riflessione per la ricerca sul comportamento umano e sulle relazioni sociali (Calvert, 2014). Sul tema delle emozioni sappiamo che esse si manifestano contemporaneamente su diversi piani: fisiologico, espressivo (motorio e vocale), comportamentale e soggettivo. Non a caso Damasio scrive che *"tutte le emozioni usano il corpo come teatro"* (Damasio, 2000, p. 70). Dal punto di vista del rapporto attore-attore e/o attore-spettatore, sia gli studi di ispirazione evuzionistica dedicati al riconoscimento delle emozioni (Darwin, 2009), sia le ricerche relative alle emozioni e ai neuroni-specchio, fanno pensare che una parte significativa dell'efficacia teatrale dipenda dalle capacità dell'attore di innescare le reazioni somato-motorie delle emozioni primarie. Le emozioni primarie (Ekman, Friesen & Ellsworth, 2013) sono generalmente descritte come manifestazioni innate, automatiche e universali, e il loro riconoscimento è garantito da un substrato biologico. L'analisi fisiologica, espressiva, comportamentale e cognitiva di tali emozioni diventa così un'interessante fonte di riflessione sulle possibili interfacce tra teatro e neuroscienze. Le risposte fisiologiche delle emozioni sono fondamentalmente composte da cambiamenti nel sistema nervoso autonomo, variazioni nei tassi di scarica ormonale e cambiamenti nella produzione di

neurotrasmettitori. Interessante per la riflessione sul lavoro dell'attore è anche il fatto, già dimostrato sperimentalmente, che la differenza tra un sorriso spontaneo e un falso sorriso risiede nell'attivazione di risposte somato-motorie associate all'esperienza reale di un'emozione di valenza positiva. Seguendo questa logica, possiamo dedurre che la fisiologia emotiva dell'attore partecipa direttamente alla funzione comunicativa, e consente sia all'attore sia allo spettatore di operare una netta distinzione tra la percezione di un'emozione spontanea e una reazione puramente meccanizzata (Calvert, 2014).

Se consideriamo che il lavoro performativo dell'attore e la sua partitura scenica racchiudono un insieme prestabilito di azioni (fisiche, cognitive, vocali, ecc.), e che le emozioni dell'attore, quando presenti, devono adattarsi a tali azioni, vale la pena interrogarsi sulla reale natura delle emozioni vissute dall'artista durante l'esperienza teatrale. Attualmente è noto che tra la corteccia cerebrale, deputata alla regolazione della cognizione, e le sedi neuroanatomiche che agiscono nell'innescare le risposte emotive (sistema limbico), esistono numerose e complesse connessioni neurali, per essendoci una differenza significativa nel grado d'influenza esercitata tra queste due componenti cerebrali.

Un altro oggetto di studio nelle neuroscienze delle emozioni, la cui articolazione con il lavoro dell'attore costituisce un'attraente fonte di indagine empirica, riguarda il funzionamento del sistema della ricompensa o sistema mesocorticolimbico. Composto da neuroni dopaminergici, che si attivano ogni volta che il soggetto prova emozioni di valenza positiva o compie un'attività in grado di generare una sensazione di piacere o di benessere, il sistema della ricompensa è anche il bersaglio dell'azione delle sostanze

stupefacenti ed è chiaramente implicato nel fenomeno della dipendenza, chimica o comportamentale che sia. A proposito delle possibili articolazioni tra il centro regolatore del piacere e la pratica della performance – in cui si colloca il teatro –, Pradier afferma: *“una performance probabilmente stimola il sistema di ricompensa del cervello attraverso complessi processi sensoriali, oltre che attraverso l'immaginazione e l'eccitamento”* (Pradier, 1990, p. 92).

Questi studi offerti dalla ricerca che coinvolge le neuroscienze delle emozioni e l'esperienza teatrale, oltre che per l'ambito artistico-teatrale, è d'importante utilità pratica per diverse discipline dell'area sanitaria (psicologia, psichiatria, neurologia) (Calvert 2014).

Il rapporto tra teatro e neuroscienze si colloca dentro il un dominio della *neuroestetica*, che segna la ripresa della tradizione di estetica scientifica (Fazio, 2011). Cinzia Di Dio e Vittorio Gallese (2019) hanno svolto una ricerca intitolata *“Neuroesthetics: a review”*, in cui l'oggetto principale della neuroestetica viene individuato nell'arte figurativa. Ne consegue che il *teatro* risulta essere l'arte più adatta agli studi neuroscientifici (Fazio 2011).

Entrando nel tema della *neuroestetica*, è necessario approfondire le opinioni e le scoperte di Vittorio Gallese, importante neuro-scienziato cognitivo contemporaneo, nonché uno degli scopritori dei neuroni-specchio, il quale ha investito gran parte della propria ricerca nell'ampliare questo campo, la neuroestetica appunto. Le ricerche di Gallese lo hanno portato ad affermare che lo spettatore che osserva un'opera performativa, con i propri neuroni-specchio, si trova ad agire il movimento e il portato emotivo rappresentato dall'immagine cui è esposto (Gallese, 2010). Tale processo, che consiste nell'attuazione, di fronte all'azione di un altro, delle proprie aree corticali

motorie e di quelle deputate a sensazioni corporee ed emozioni iscritte nell'azione altrui, viene definito come *simulazione incarnata (ibidem)*. Risulta interessante notare che questo stesso processo avviene anche nel *Bonding*, ovvero la relazione madre-bambino che costituisce l'inizio della costruzione delle competenze sociali tramite un processo inter-corporeo (Rossi Ghiglione, 2015), concetto che in letteratura viene affiancato a quelli di reciprocità, sintonizzazione, contingenza, coordinazione, corrispondenza, rispecchiamento, riparazione e sincronia (Provenzi, Scotto, Giusti & Muller, 2018).

Gallese nelle sue ricerche sulla neuroestetica si focalizza sui termini *empatia* e *intersoggettività* (Gallese, 2010). Per *intersoggettività* s'intende la relazione tra soggetti. Questo è stato un concetto chiave nello studio della fenomenologia (Zahavi, 2018). Quando ci si riferisce specificamente alla consapevolezza della consapevolezza altrui, l'intersoggettività è sinonimo del concetto di empatia in psicologia (Preston e Hofelich, 2012; Zahavi e Overgaard, 2013). Quello di *empatia* è un concetto molto complesso. Non indica l'assumere la prospettiva dell'altro, bensì il *sentire con l'altro*. Gallese parla di empatia come un "sentire dentro", un trasferirsi nell'essenza interiore dell'oggetto che si contempla ed esplorarne le caratteristiche formali dall'interno (Gallese, 2014). Riprendendo il pensiero della filosofa Edith Stein (1985), Gallese afferma che l'empatia non deve essere limitata alla mera condivisione di sentimenti ed emozioni, ma deve essere intesa come qualcosa di più; si tratta di fare esperienza dell'altro come un altro essere umano come noi, grazie alla percezione di una relazione di similarità (Gallese, 2010). È quindi solo grazie all'empatia che cogliamo l'esistenza di una vita psichica diversa dalla nostra. La possibilità di cogliere la risonanza diretta tra sé e l'altro, di riconoscere nell'altro una mente, deriva dall'intersoggettività e dall'empatia.

Secondo Gallese (2010) questi due aspetti si legano all'esperienza estetica.

Il nostro cervello lavora come un attore: imita e incorpora le immagini di azioni e le connesse sensazioni ed emozioni che osserva (Rossi Ghiglione, 2015, p 252).

Gallese, con la sua teoria sulla *neuroestetica*, afferma che questo processo mimetico avviene maggiormente di fronte a immagini artistiche, contenenti azioni senso-motorie agite dall'artista che vengono imitate nel cervello dello spettatore (Gallese, 2010). Questa fruizione mimetica dell'opera d'arte è una componente dell'esperienza estetica che richiede una costante necessità di agire la connessione mente-corpo e la connessione io-altro (Rossi Ghiglione, 2015).

Le neuroscienze cognitive studiano la cognizione umana e i suoi modi di agire. Il creare immagini è qualcosa di estremamente importante per l'essere umano, e le stesse immagini esercitano un forte potere su chi ne fruisce. Le caratteristiche delle immagini possono far suscitare reazioni di tipo empatico. Gallese, citando Wolfflin (1886), afferma che le forme fisiche possono risultare caratteristiche solo nella misura in cui noi stessi possediamo un corpo. La nostra natura corporea contraddistingue il modo in cui ci poniamo di fronte a opere d'arte, proprio perché, come afferma la Stein, *"Tutto ciò che è psichico, è coscienza legata al corpo vivente"* (1985, p.115). Il corpo fisico è la sorgente della nostra esperienza. Non siamo solo elaboratori di emozioni, bensì esseri capaci di *dominare* l'esperienza, poiché, entrando in relazione con il mondo, proviamo qualcosa: ne facciamo esperienza. Questo fare esperienza ha le sue origini, quindi, nel nostro essere corpo (Gallese, 2010). Citando *"Il problema della forma nell'arte figurativa"* di Hildebrand (1893), Gallese (2010) afferma che il valore estetico delle opere d'arte riguarda il potere intrinseco che queste hanno di stabilire legami tra gli atti intenzionali dell'artista e la loro ricostruzione nella mente di chi le guarda. Di conseguenza, è

possibile affermare che l'esperienza estetica delle immagini costituisca una forma mediata di intersoggettività, permettendo a chi fruisce dell'opera di relazionarsi non solo con un oggetto del mondo fisico, ma anche con colui o colei che ha realizzato quella data opera d'arte.

Tornando al concetto di *neuroestetica*, è importante specificare che il termine *estetica* deriva dal greco *estesis*, che implica l'esperienza dei sensi e la sensibilità corporea. Già dalla sua etimologia capiamo quando sia stretto il legame di questo concetto con la nostra natura corporea (Gallese, 2010). Questa corporeità genera nell'essere umano possibilità di movimento, creative, performative, che non hanno finalità utilitaristiche, che si evidenziano non solo nella produzione di opere artistiche, ma anche nella ricezione di tali opere, che siano immagini statiche o in movimento. Basti pensare che, quando si osserva un'opera pittorica, una parte della nostra corporeità simula ciò che stiamo vedendo sulla tela, ma anche il gesto che si ipotizza abbia compiuto l'artista per realizzarla (Gallese, 2010).

Sempre Gallese (2015) fa riflettere sulla necessità dell'uomo di creare un'opera di arte visiva, leggendo con un tentativo di lasciare una traccia intenzionale del proprio passaggio. Gallese riporta come dal dualismo cartesiano in avanti, la storia dell'uomo è stata segnata dalla separazione tra il mondo mentale e quello corporeo, ma che nonostante questo processo di allontanamento del corpo dall'esperienza mentale, il legame con la natura corporea sia rimasto intatto. Infatti, come scritto in precedenza, il corpo vivente dell'essere umano non è solo uno strumento di *produzione* ma anche di *ricezione*. È importante chiarire in che modo la mente, il cervello, partecipa all'esperienza estetica dell'essere umano. Il cervello deve essere inquadrato come

necessariamente legato al corpo - si parla di corpo-mente nel linguaggio teatrale e non (Ruffini, 2022; Simonetti 2023) - e interfacciato con il mondo tramite il corpo.

Quando si guarda un'immagine, nel cervello si attivano le aree deputate alla funzione visiva, ma anche quelle emozionali, tattili e motorie. Gallese (2010) afferma che siamo *sinestesici* quando di fronte ad un oggetto lo guardiamo attivando parti del cervello che riguardano la mappatura di percezioni tattili, quelle legate alle emozioni, e quelle deputate al movimento. In quell'azione del *guardare* i nostri neuroni trasformano le caratteristiche dell'oggetto nello schema motorio che normalmente impieghiamo per utilizzare quell'oggetto (Rizzolatti & Sinigaglia, 2011). I neuroni motori mappano vari stimoli e diventano *collante*, li integrano creando nell'esperienza l'orizzonte in cui esercitare il movimento (Gallese, 2010). Il meccanismo di rispecchiamento è legato anche ad azioni non necessariamente finalizzate ad uno scopo, e si attivano anche quando immaginiamo di compiere un'azione. Questi aspetti legati al funzionamento del nostro corpo-mente, avvalorano l'idea che le immagini, sia in movimento sia statiche (arte pittorica, teatrale, cinematografica, la danza etc) abbiamo una grande potenza nell'influenzare l'essere umano e nello stimolare alcuni tipi di risposta. Questo potere delle arti visive, avvalorato dal funzionamento del cervello, porta a riflettere su quanto tali esperienze artistiche possano favorire non solo l'intersoggettività e la reciprocità, ma anche l'*empatia* e la *mentalizzazione*, proprio perché permettono di riconoscere in quel *movimento* qualcosa con cui risuonare (Gallese, 2010).

Pensando al teatro e alle arti visive in generale come territori del linguaggio non soltanto verbale, riprendiamo un'osservazione di Gallese (2010) che, citando Stern (2005), afferma che il movimento di un corpo ha un contorno emozionale, e che il modo in cui un essere vivente muove una o più parti del suo corpo, il modo in cui parla,

comunicano qualcosa riguardo la sua affettività, non traducibile con le parole. A tal proposito, in un testo di Max Scheler (2016) emerge che, secondo l'autore, gli stati affettivi ed emozionali non sono semplici qualità dell'esperienza soggettiva, ma sono dati nei fenomeni espressivi, espressi in gesti e azioni corporee e in ragione di ciò divengono visibili agli altri. Quando l'immagine osservata è statica racchiude in sé contemporaneamente l'azione, l'osservazione di tale azione e l'immaginazione relativa a quella data azione (Gallese, 2010). Questi meccanismi di rispecchiamento anche nel dominio di emozionale e sensoriale danno vita al processo della *simulazione incarnata*, grazie al quale possiamo mappare le azioni, le emozioni e le sensazioni altrui, garantendoci possibilità *empatiche* e di *mentalizzazione*, di creare legami che possono unire la mente di una persona con la mente di qualcun altro (Hobson, 2002).

Questi dati e riflessioni sulle aree di sovrapposizione tra le arti figurative e i processi cerebrali, che sostengono e implementano capacità empatiche, di mentalizzazione e intersoggettività, oltreché stimolare l'accuratezza nell'osservazione di sé e dell'altro, costituiscono un passaggio quasi obbligato per quanto si tenterà di esporre nelle pagine successive, ovvero in che modo il training teatrale possa essere assunto come percorso di trasformazione e di ridefinizione della corporeità, dell'identità degli individui, delle relazioni tra di essi, dei contesti e delle comunità in cui il fare teatrale viene svolto.

3.2 Il teatro come occasione di scoperta di sé: il laboratorio di teatro sociale

“Il teatro è maieutica più che didattica,

ciascuno opera la propria trasformazione e pone le basi

per essere e apprendere, per il proprio ben-essere e le proprie relazioni”

Alessandra Rossi Ghiglione

Il tema del teatro sociale e del suo essere luogo di scoperta di sé e dell'altro viene introdotto con una riflessione del regista Peter Brook, il quale afferma che in teatro la verità può essere definita come un'accresciuta percezione della realtà e che il nostro bisogno di dimensione supplementare della vita umana, che chiamiamo “arte” o “cultura”, è sempre collegato con un'attività che, anche se per breve tempo, amplia la nostra percezione quotidiana della realtà, spesso confinata dentro limiti invisibili (Brook, 1998). A questa stessa osservazione si può collegare un verso del poeta Franco Arminio, in cui egli scrive che *“possiamo fare esercizi di estensione”* (Arminio, 2020, p. 54), dove per *estensione* si vuole intendere quell'*allargamento* della propria consapevolezza di sé, delle proprie percezioni, parole, azioni, risorse, limiti, confini, pensieri, possibilità immaginative e creative. Praticare il teatro, nella sua forma di teatro sociale, può rappresentare una via estremamente potente per estendersi, verso se stessi e verso l'altro.

Questa prospettiva viene sostenuta delineando quelle che sono state le traiettorie di sviluppo del teatro sociale, di quel teatro che in antichità era nato come *sociale* ma

che si è presto conformato alla logica del prodotto e delle performance (Cuppone, 2016), a discapito della sua funzione primaria: la catarsi della comunità e dei singoli.

Tuttavia, nel corso dell'ultimo secolo il teatro ha iniziato il suo ritorno alle origini, con la riscoperta di un tipo di teatro e un modo di fare teatro che si allontana dalla logica del prodotto, del mercato e della forma, per dirigersi verso quella del processo, del contenuto, in cui il primo obiettivo del percorso teatrale è quello di fornire esperienze di ricerca personale per singoli individui e per gruppi, verso la costruzione di drammaturgie originali che riescano a trattenere e portare fuori le narrazioni personali e comunitarie in modo maieutico (Bernardi, 2014). In quest'ottica, ciò che risalta non è lo sfoggio della tecnica attoriale, bensì la ricerca delle risorse e possibilità di ognuno, lontano dalla pretesa del raggiungimento di canoni prestabiliti, ma vicino alla scoperta delle individualità nel gruppo e nella società (Brook, 1998).

Queste affermazioni trovano il loro fondamento nella storia dell'evoluzione del teatro sociale. Nel Novecento l'attenzione si è spostata dall'atto spettacolare, momento di rappresentazione, al momento precedente, ovvero la creazione artistica, con grande attenzione all'attore/attori, come interpreti ma soprattutto autori e creatori (Rossi Ghiglione, 2016). A partire dalle avanguardie storiche, che avevano provocato un rinnovamento radicale del teatro (nella drammaturgia, nella scena, nella recitazione, nella pedagogia, nel ruolo sociale del teatro), si è delineato, nella seconda parte del '900, uno spostamento dell'interesse dal prodotto al processo. Claudio Bernardi, nel suo testo "Il teatro sociale, l'arte tra disagio e cura" (2014), ripercorre le radici di questo tipo di teatro. Bernardi (2014) scrive che la storia italiana del teatro sociale nasce nel 1947, conseguentemente alla nascita del primo teatro pubblico italiano, pensato per

rispondere alle esigenze dei cittadini che, dopo la guerra e il fascismo, avevano bisogno di risorgere con azioni di impegno civile e morale. Tale teatro voleva essere un *servizio pubblico* (Bernardi, 2014), ovvero una prestazione pubblica offerta ai cittadini per soddisfarne le esigenze di collettività. Nel 1947, anno della fondazione del *Living Theatre* di Julian Beck e Judith Malina, nasce il “teatro nuovo”, d’avanguardia, di ricerca, ovvero quell’insieme di esperienze teatrali che puntavano ad un “*profondo, radicale rinnovamento del modo di fare e di concepire il teatro rispetto alle convenzioni cristallizzate della scena ufficiale*” (De Marinis, 1987, p.1). Il *teatro di ricerca* riparte dai laboratori in cui si provò a riconfigurare l’esperienza teatrale come realtà multidimensionale, ovvero coinvolgente le componenti fisiche, mentali e, citando Artaud (2006), spirituale. Con il teatro di ricerca si tentò di ricostruire l’unità dell’esperienza attraverso una nuova estetica e nuove metodologie capaci di integrare il soggettivo e l’oggettivo, mente e corpo, reale e immaginario, natura e cultura, disciplina e spontaneità, arte e vita, individualità e collettività, tradizione e ricerca del nuovo, ma anche l’attore con lo spettatore. Con il teatro di ricerca si voleva restituire all’arte la sua funzione di esperienza condivisa da una comunità, attraverso la sua funzione trasformativa; criticare l’ordine dato, convenzionale e normalizzante, attraverso un processo di frantumazione delle forme; liberare la personalità dell’attore dalle abitudini psicologiche e corporee, attraverso l’allenamento alla propria percezione dell’essere mente-corpo, alla spontaneità e alla dimensione creativa; produrre, mediante procedimenti sperimentali nei laboratori, fenomeni autentici e intensi, per far essere il teatro un luogo di verità, un luogo protetto dove poter attingere alle risorse più *extra-ordinarie* dell’individuo (Cavallo, 1996).

Dopo i rivolgimenti del Sessantotto, lo sguardo rivolto al teatro d'avanguardia è stato accompagnato dall'immaginario e dal desiderio di una società libera, pacifica, creativa, diversa da quella società moderna che aveva fatto della tecnica e della razionalità i miti e i fondamenti di modelli sia di produzione sia di espressione artistica (Bernardi, 2014). In questo panorama nacquero realtà intente ad utilizzare la pedagogia, il gioco e il teatro come mezzi educativi e partecipativi: fra questi, l'animazione teatrale, che vide la sua evoluzione nelle scuole, nelle strade, supportata dalle istituzioni scolastiche e dalle pubbliche amministrazioni. Contemporaneamente si sviluppò lo *psicodramma* di Moreno, ovvero una scienza che "*esplora la verità attraverso metodi drammatici*" (Rosati, 1980, p. 477), grazie alla quale emerse la valenza socio-psicologica dell'esperienza teatrale e soprattutto la rilevanza sociale del gruppo, come luogo in cui prendere consapevolezza di sé, agire e reagire esprimendo se stessi.

Più avanti, nel panorama anglosassone, si sviluppò la *drammaterapia*, ispirata ad alcune correnti, tra cui l'analisi transazionale e le pedagogie teatrali del Novecento, la quale definisce il teatro come *terapeutico di per sé*, a prescindere dal modo in cui è utilizzato. La netta differenza tra i due metodi consiste nell'accento che essi mettono nel lavoro con le persone: il primo metodo focalizza la sua attenzione sulle componenti "malate" delle persone, mentre il secondo su quelle "sane".

In parallelo, in America Latina nacque il Teatro dell'Oppresso, un metodo creato per influenzare e cambiare la coscienza apolitica delle masse sfruttate e arretrate a un destino ineluttabile. Il suo fondatore, Augusto Boal, rifiutò totalmente il teatro borghese, che a suo dire permetteva di sublimare le sofferenze, senza però individuare il modo di cambiare le cose. Boal desiderava che il suo pubblico agisse subito, nel qui e

ora dello spettacolo, passando immediatamente dall'essere spettatore ad essere attore, un teatro fatto dal popolo, con le sue forme, culture, linguaggi ed espressioni (Bernardi 2014). In "Pedagogy of the Oppressed" (1970) di Paulo Freire sostiene che con questo approccio si può raggiungere la coscienza critica negli individui e nelle comunità, che a sua volta facilita l'azione per il cambiamento sociale. Ispirato al pensiero freiriano, il Teatro dell'Oppresso di Augusto Boal utilizza diverse forme di teatro partecipativo per consentire il contributo di nuove voci e fornire spazio per il cambiamento a individui e comunità (Boal 1995; Österlind 2008). Tale tipo di pensiero ha permesso di coniugare arte ed educazione, e permette di creare la consapevolezza delle situazioni individuali e comunitarie, nonché gli strumenti con cui esprimerle. Attraverso la recitazione di situazioni di oppressione, ingiustizia sociale, liberazione, la teoria di Boal postula che individui e gruppi possano attrezzarsi per recitare le stesse situazioni nella vita reale (Boal 1995; Österlind 2008).

Negli anni '70 in Italia ebbe inizio la stagione delle politiche culturali, dei servizi rivolti al miglioramento della qualità della vita: in questo contesto emersero movimenti giovanili e gruppi politici che vedevano la cultura non appannaggio di pochi, ma creata e rivolta alla "base"; tali gruppi lavorarono per utilizzare arte e cultura per l'aggregazione sociale, per la costruzione di un'identità civica, per la valorizzazione delle risorse locali. Si videro allora nascere gruppi teatrali che indirizzavano il loro operato nelle zone di periferia, nei quartieri di maggior degrado sociale; tramite le azioni teatrali in strada, l'animazione teatrale, tali gruppi denunciavano le oppressioni sociali, l'alienazione, l'emarginazione, costruendo luoghi di aggregazione composti da attori "nuovi". Tali gruppi erano spinti dal bisogno di *"ritrovare momenti credibili di socializzazione e di*

ritualità: ove per rito s'intende il luogo di un gesto non quotidiano, lontano cioè dalla finalità pratica e produttiva del tempo del lavoro o evasiva del tempo della ferita, di un gesto, insomma, non "utile", ma gratuito, un gesto simbolico, comunitariamente vissuto" (Cascetta, 1977, cit. in Bernardi, 2014, p. 54).

Alla luce della storia che vede il teatro oggetto di trasformazione, quale definizione è possibile dare al concetto di "teatro sociale"? Potremmo definirlo, con l'aiuto di Bernardi (2014) e Rossi Ghiglione (2015), quel teatro che vuole valorizzare l'individuo e al contempo esaltare il collettivo, un teatro che forma ed espressione dell'interazione di persone gruppi e comunità. Un Teatro diverso dal teatro d'arte perché non ha come finalità primaria il prodotto estetico, l'intrattenimento teatrale, ma il "*processo di costruzione pubblico e privato degli individui*" (Bernardi, 2014, p.57). Si tratta di un teatro che si fa invenzione e azione di socialità e comunità minacciate dall'individualismo, ma anche formazione e ricerca del benessere psicofisico delle persone nel gruppo, un teatro che costruisce riti, spazi, tempi, corpi (Rossi Ghiglione, 2015).

Il Teatro Sociale e di Comunità (TSC) fa propria la potenza del teatro e la orienta, attraverso una metodologia specifica, agli obiettivi del cambiamento personale, sociale, culturale, al benessere e alla salute (*ibidem*).

Da queste definizioni si può evincere che il teatro sociale ha più obiettivi e più settori di attività. Tali settori possono essere identificati nella formazione della persona, nella costruzione di gruppi e di comunità, nell'intervento culturale sulle istituzioni (Bernardi, 2014). Per quanto riguarda gli obiettivi, questi vanno nella direzione della cura

del sé, concretizzandosi con la capacità del teatro sociale di aprire possibilità alla costruzione dell'identità personale, alla possibilità di osservare e cambiare il comportamento quotidiano, di riconoscere e gestire le emozioni, di sviluppare la capacità di agire e mettersi in relazione con gli altri in situazioni diverse, di diventare protagonisti, drammaturghi e creatori della propria esistenza (Bernardi, 2014).

Ancora, altri obiettivi riguardano una caratteristica specifica del teatro sociale, che è quella di mettere al centro del suo operato artistico la partecipazione e l'inclusione sociale, coinvolgendo le persone sia nel processo creativo che nella messa in scena: infatti, gli eventi teatrali del Teatro sociale possono essere inquadrati come riti civili, atti comunitari catartici, che coinvolgono non solo gli attori-creatori, ma anche la comunità stessa, composta da cittadini, istituzioni, politici, stakeholders (Ghiglione, Pagliarino & Fabris, 2019)

Il teatro sociale è riconosciuto da organismi internazionali come una delle *community based arts*⁶ e viene applicato in molti ambiti di intervento, tra cui il trattamento per i disturbi post traumatici da stress, il supporto alle comunità in situazioni di emergenza (Rossi Ghiglione, Schininà, 2019), la formazione del personale sanitario e scolastico a rischio di burn-out, il supportare percorsi terapeutici sanitari, nell'ambito della salute mentale, nel supporto di percorsi riabilitativi e di trattamento all'interno del carcere, si applica all'interno dell'istituzione scolastica, delle associazioni

⁶ Nel maggio 2018 l'Europa ha adottato la nuova Agenda Europea per la Cultura, individuando nella partecipazione dei cittadini all'azione culturale uno dei suoi punti chiave. Il teatro sociale e di comunità, in quanto *participatory art*, risulta essere uno dei mezzi artistici più validi per raggiungere tale obiettivo

e dei servizi dedicati alla disabilità, alla genitorialità a rischio, a centri rivolti a specifiche popolazioni fragili o emarginate e in altri contesti più specifici.

Di seguito vengono descritte le modalità con cui il teatro sociale viene applicato, trasversalmente ai diversi contesti in cui opera, prestando attenzione alle caratteristiche del laboratorio teatrale, dei suoi protagonisti, delle sue *regole* di attuazione, cercando di evidenziare in che modo questo *fare teatro* sia strumento di promozione di benessere.

Per cominciare vorrei proporre alcune definizioni del laboratorio di teatro sociale, che si costituisce come il luogo in cui viene data massima importanza all'attore/i e al loro potenziale creativo, in cui i partecipanti vengono accompagnati a far emergere autenticamente le proprie caratteristiche e risorse sulla scena (Rossi Ghiglione, 2015), in un'ottica in cui la persona è un processo e non un'identità fissa e dove la creazione della persona implica il lavoro sui ruoli, sul corpo, sulle emozioni, sulle storie, sul modo di interagire con gli altri.

Il laboratorio avviene in un *setting* preciso, preparato, separato dal contesto quotidiano, in cui i partecipanti sono coinvolti in pratiche di training attoriale, che interessano il movimento corporeo, il rapporto corpo/spazio, la vocalità, attività ludiche e relazionali, azioni di rappresentazione, svolte individualmente, in coppia, in gruppo (Pagliarino, Rossi Ghiglione, 2007).

In questo tipo di laboratorio attori e regista lavorano insieme sul training attoriale e sulla preparazione dello spettacolo. Il laboratorio si costituisce come un vero e proprio *setting* in cui il ruolo del regista-trainer, l'insieme delle variabili spazio-temporali, una codificazione tecnica e una pratica metodica, lo rendono un dispositivo

per fare esperienze che agiscono in modo multimodale sui partecipanti, di mettersi in gioco su livelli diversi, di sperimentare l'integrazione mente-corpo, di prendere parte ad un processo auto ed etero-osservativo per identificare aspetti rilevanti del mettersi in relazione, sperimentare la creatività, l'invenzione, le possibilità (Cavallo, 1996; Bernardi, 2014; Rossi Ghiglione e Pagliarino 2007). Assumendo la funzione di cornice per le azioni, le emozioni e le relazioni, il laboratorio si propone come *setting* caratteristico della situazione teatrale, come spazio protetto, come *area transizionale* nella quale si possono fare esperienze corporee, emozionali, relazionali e di pensiero fuori dall'ordinario; tale protezione del setting viene garantita dal suo essere luogo separato dal mondo quotidiano (Bernardi, 2014), i cui confini sono stabiliti da regole precise, da un contratto stipulato dai registi-trainer e dai partecipanti in nome del non giudizio e della ricerca di autenticità (Bernardi, 2014; Rossi Ghiglione & Pagliarino 2007). Il setting del laboratorio teatrale può diventare il luogo ideale per esplorare fenomeni di trasformazione. Nel laboratorio le *tecniche* (corporee, mentali e linguistiche) sono il veicolo per approfondire le diverse possibilità del linguaggio in generale e del linguaggio performativo in particolare.

Il laboratorio diventa un dispositivo in grado di sollecitare un lavoro multidimensionale su di sé attraverso il training psicofisico (Grotowski, 2008), tramite un lavoro corporeo in relazione al corpo altrui, allo spazio e agli oggetti, ma anche attraverso il gioco, le improvvisazioni, la sperimentazione di ruoli e identità differenti da sé, anche grazie alla possibilità rendersi soggetti di drammaturgie, di narrazioni autobiografiche (Cavallo, 1996; Demetrio, 1996).

In questo setting privilegiato di protezione e sperimentazione multimodale, aspetti dell'esperienza di vita personale vi si riversano all'interno alimentando la ricerca, la curiosità, il desiderio di scoprire altro su di sé e sugli altri. Lo spazio laboratoriale si costituisce quindi come spazio del potenziale, un'area intermedia, transizionale, utile a sperimentare, simulare, cambiarsi e trasformarsi (Cavallo, 1996). Il laboratorio teatrale può essere un'efficace via di trasformazione, può essere, in termini grotowskiani, un *veicolo*, una via di costituzione soggettiva, di perfezionamento e autorealizzazione (Cavallo, 1996). Apprendere cose su di sé porta a una ridefinizione dei confini del sé: dei suoi limiti e delle sue potenzialità; porta alla creazione di nuovi sensi e nuovi valori che orientano il desiderio, gli affetti, gli ideali. Ai diversi modi di prendersi cura di sé corrispondono diverse forme del sé, diversi modi di divenire soggetto. È la propria identità che si costruisce in quello che si fa, si sa, si esprime. Il setting del laboratorio teatrale per sua natura si propone come spazio-tempo separato dalla quotidianità. In tale situazione si ha una sospensione della vita quotidiana a favore di una esplorazione-costruzione di modalità diverse non solo di pensare, percepire, muoversi, ma anche di interagire: le normali regole che orientano le interazioni sociali e comunicative vengono messe in discussione, o comunque sono ridefinite. Il rimodellamento della sfera esperienziale investe, oltre al corpo, alla mente, al linguaggio, anche le relazioni, o meglio gli schemi di relazione interpersonale (Cavallo, 1996).

Bernardi (2014), in uno dei capitoli del suo testo "Il teatro sociale: l'arte tra disagio e cura", propone una panoramica della struttura di un laboratorio di teatro sociale: infatti, secondo l'autore l'andamento rituale di questi momenti teatrali ne garantisce, , l'efficacia.

Il laboratorio teatrale segue uno schema di conduzione che riporta alle fasi dei riti di passaggio: *separazione, margine, reintegrazione* (Bernardi, 2014; Turner, 2000). La prima fase è caratterizzata dall'abbandono della quotidianità, per inserirsi in uno spazio-tempo, quello del qui e ora, che è fuori dal quotidiano, ovvero l'extra-ordinario teatrale. Questa fase di lavoro prevede un momento informale, data dall'accoglienza dei partecipanti da parte dei conduttori, e da un momento rituale, in cui grazie al rito può avvenire il passaggio formale dal fuori al dentro il laboratorio. All'interno di questa fase di separazione avviene anche un altro momento necessario, chiamato fase di *contratto*, grazie al quale è possibile sancire e ricordare quelle regole di appartenenza al gruppo che prevedono il non giudizio e il rispetto di sé e dell'altro in un'ottica di reciprocità. A seguito dell'apertura è previsto un momento di pratiche di training psico-fisico, anch'esse deputate a facilitare il processo di separazione dal mondo quotidiano e partire dall'auto-osservazione: in tal modo i partecipanti al gruppo possono sperimentarsi come attori e osservatori delle proprie azioni – soggettive o comportamentali, emotive o intellettuali, organiche o immaginative –, delle contingenze del gioco scenico, dello spazio in cui si agisce e anche delle azioni e reazioni emanate da chi vi è intorno (Calvert, 2014).

La seconda fase, chiamata fase di *margine*, è quella in cui grazie alla proposta teatrale può avvenire il cambiamento, la ricerca, la scoperta di nuove possibilità o *resistenze* del proprio sé. Tale fase funziona grazie alla proposta di una pratica teatrale che contenga un alto contenuto metaforico, in modo da garantire ai partecipanti di sperimentarsi, su diversi piani - corporeo, vocale, creativo, immaginale - con la consapevolezza di poter scegliere liberamente quanto di sé investire, e cogliere sia dal

proprio lavoro sia dall'osservazione degli altri elementi utili alla vita quotidiana (Bernardi, 2014; Bonomi e Solaro, 2009). Da questa fase si evince come il luogo teatrale può risultare privilegiato per l'apprendimento e per la scoperta di sé, proprio perché caratterizzato dalla metafora, del fare "come se", dall'assenza di giudizio, che sono condizioni necessarie per sperimentarsi nell'integrità di corpo-mente, per costruire sintonia con l'altro, per esercitare l'immaginazione creatrice (Rossi Ghiglione, 2015). Come scrive Michele Cavallo (1996), il pensiero nel teatro è pensiero concreto, corporeo, operativo, orizzontale, orale, dialogico, comunicativo, ma anche narrativo, basato sulla metafora e sui processi di risonanza empatica, analogica.

Alla fase di margine segue quella di *reintegrazione*, preliminare alla chiusura del laboratorio e necessaria per permettere al gruppo di assimilare quanto sperimentato e appreso durante il laboratorio grazie alle pratiche teatrali, per evidenziare le risorse o le difficoltà emerse, a livello individuale e grupale, per creare una drammaturgia e una narrazione comune al gruppo su tematiche interessanti per il gruppo stesso ma anche per la società, in modo da facilitare la sedimentazione di tutti gli elementi e il loro possibile "utilizzo" nella vita quotidiana (Bernardi, 2014; Pagliarino, 2001).

In linea con queste teorizzazioni, il teatro può trovarsi a svolgere sia una funzione catartica interna ai gruppi, sia una funzione antropologica di rito liminale (Turner 1986), in cui gruppi sociali e comunità esplorano, condividono e attraversano temi importanti per loro e per il loro vivere quotidiano e per la loro potenziale azione per la collettività. Il laboratorio teatrale, quindi, può essere un luogo in cui si apprende e ci si trasforma, caratterizzato da una forma di *experimental learning* e di *embodied cognition* (Rossi Ghiglione 2017), il cui scopo principale è dare valore alle identità personali e culturali,

aiutare a implementare la consapevolezza del rapporto organico mente-corpo, realizzare occasioni di socializzazione delle differenze, in un clima di non giudizio e rispetto che possa garantir la costruzione di un senso di autostima, inclusione, coesione, regolazione emotiva (Rossi Ghiglione, 2015; Bernardi, 2014).

Nella logica del laboratorio di teatro sociale, nonostante le tante forme in cui si può lavorare teatralmente, lo scopo resta sempre quello di partire dalle esigenze e delle risorse presenti nei gruppi e nelle comunità, per costruire con i partecipanti un'esperienza di crescita e di benessere, un'azione inclusiva che eserciti un impatto a livello sociale, individuale e comunitario (Rossi Ghiglione, 2021).

Entrando nello specifico delle pratiche a mediazione teatrale proposte nei laboratori di teatro sociale, è importante riprendere quanto scritto nel precedente paragrafo, ovvero che esse permettono l'attivazione, nelle persone che vi partecipano, di circuiti neurali diversi, connessi a quattro dimensioni: sensoriale, emotiva, sociale, simbolica (Gallese 2010; Rossi Ghiglione, 2015).

Provando a fare una distinzione tra questi livelli, che sono in realtà integrati gli uni negli altri, si può partire da una riflessione riguardo le pratiche corporee: queste coinvolgono il movimento consapevole ed espressivo, e permettono di ampliare lo spettro dell'esperienza corporea personale con l'integrazione di nuove parti del sé corporeo nell'immagine corporea, ma anche di sviluppare una maggior percezione del rapporto corpo-ambiente e corpo-tempo (Rossi Ghiglione, 2015). I laboratori teatrali diventano luoghi dove si *rifanno i corpi*, liberando la persona dai suoi automatismi. Ovviamente non è solo il corpo anatomico che interessa nel lavoro dell'attore, bensì il

vissuto corporeo (Solaro e Bonomi, 2009), la narrazione del corpo e sul proprio corpo, l'esperienza corporea fatta di sensazioni corporee, dell'immagine corporea, dello schema corporeo, delle emozioni inscritte nella mappa del corpo. Non è il corpo anatomico, ma il corpo *sentito* e il corpo *pulsionale* (Masotti, 2016).

Possiamo dire che il training dell'attore è necessario per liberare il corpo dalle sue abitudini quotidiane e acquisire una consapevolezza del vissuto corporeo. In questa ridefinizione del teatro, il training si applica a intervenire su tre dimensioni del corpo dell'attore: il vissuto del corpo, la rappresentazione del corpo, l'utilizzo del corpo. Queste tre dimensioni sono intrecciate: lavorare sull'immagine corporea influenza il modo di usare e di sentire il corpo; cambiando il modo e l'intensità con cui si percepisce il corpo si modifica la percezione della propria immagine corporea; scardinando gli automatismi corporei legati all'immagine del corpo e alle sue rappresentazioni si possono attraversare e modificare le narrazioni del corpo, anche quando esse sembrano essere cristallizzate a determinate esperienze di vita (Feldenkrais, 1991; Masotti, 2011).

Una pratica molto usata o che comunque ispira il lavoro di training dell'attore è quella del metodo Feldenkrais (1991), metodo volto a implementare la consapevolezza di sé attraverso il movimento, oltre allo sviluppo di consapevolezza corporea e cinestetica. Tra gli elementi specifici del metodo Feldenkrais ne troviamo alcuni utili alla pratica di teatro sociale, ovvero l'assenza di valutazione della performance del partecipante, in linea con il principio del non giudizio; il principio della riduzione della fatica, in linea con l'idea che questo tipo di teatro sia aperto a tutti; il riconoscimento delle abitudini come schemi di comportamento non spontaneo ma obbligato, in linea con il training attoriale basato sullo scardinamento degli automatismi; l'ascolto

sensoriale accompagnato dal movimento lento, dove il movimento non è creato per costruire qualcosa ma per ascoltare il proprio corpo (Rossi Ghiglione, 2015; Feldenkrais, 1991).

L'allenamento, il training corporeo, spesso si può proporre in stretto rapporto con il training vocale, essendo la voce un prolungamento del corpo, in rapporto con lo spazio e il gruppo, essendo variabili sempre presenti e determinanti e in rapporto al campo emotivo generato dai singoli e dal gruppo. Il training sembra rivolgersi integralmente a quello spettro di facoltà mentali che Gardner (1993) ha chiamato *intelligenza multipla*: una concezione poliedrica dell'intelligenza che offre una visione più armonica delle modalità del funzionamento cognitivo. È importante però sapere che il training, l'allenamento «è soltanto una fase di quel processo verso la liberazione dell'io, necessaria alla creazione» (Oida, 1993, p. 42), cui devono seguire pratiche legate all'esplorazione e alla reintegrazione (Bernardi, 2014).

Durante tutta la conduzione del laboratorio, in ogni sua fase, il conduttore/conduttrice e i partecipanti fanno esperienza di tutte le dimensioni sopra indicate; tuttavia, nella fase di margine (Bernardi, 2014), è possibile identificare quali aspetti di queste dimensioni siano maggiormente in risalto nel lavoro teatrale, proprio perché, come detto, si sceglie di lavorare con strumenti precisi su temi specifici.

In una fase successiva viene delineato maggiormente il lavoro riguardante la componente emotiva: il laboratorio teatrale permette di sperimentare le proprie emozioni grazie alla loro liberazione formalizzata, oppure con la sperimentazione ludica di quelle ancora ignote, grazie alle suggestioni offerte dalle proposte teatrali, che siano

individuali, di coppia, di gruppo, che siano corporee, autobiografiche, verbali (Bernardi, 2014; Rossi Ghiglione & Pagliarino, 2007; Cavallo 1996). Spingendoci ancora oltre, potremmo parlare di “intelligenza emotiva” come peculiare competenza dell’attore, nel senso dato da Goleman (1996, p. 64, p. 1), vale a dire la conoscenza e il governo delle proprie emozioni, che passa attraverso il riconoscimento delle emozioni altrui, attraverso il desiderio, l’energia, la motivazione per ciò che si intraprende, attraverso la gestione delle relazioni (Cavallo, 1996).

Ancora, all’interno della fase di margine possono essere proposte pratiche di lavoro teatrale ad alto contenuto relazionale, che alimentano il rispecchiamento, la sintonizzazione e la connessione, e risultano essere un modo per allenare la fiducia e l’ascolto, elementi necessari per *stare* e *agire* con l’altro da sé (Gallese, 2015; Rossi Ghiglione 2015).

Se si decide invece di lavorare su aspetti di rappresentazione, è possibile implementare la capacità di comunicazione, in senso sia ricettivo sia emissivo, i meta-riflettere sui propri contenuti, scegliere quale aspetto privilegiare nel racconto, corporeo o verbale, della propria esperienza, cogliere gli aspetti metaforici della rappresentazione altrui, allenando il pensiero creativo, la presa di decisione, l’ascolto profondo di sé, della situazione e delle altre persone (Cavallo 1996; Rossi Ghiglione 2021). Da queste pratiche si può evincere che nel lavoro dell’attore sono operanti diverse forma di pensiero: un pensiero verbale, un pensiero spaziale, cinestesico e musicale-ritmico, un pensiero auto-osservante, un pensiero relazionale e interpersonale (Cavallo, 1996). Inoltre, il lavoro metodico sulla concentrazione e l’attenzione, sulla consapevolezza, sullo stato di coscienza, sull’immaginazione e sulla creatività, tende a

far emergere un nuovo modo di pensare, percepire, sentire, relazionarsi. All'interno del laboratorio si applicano processi e tecniche che portano alla emersione di fenomeni inconsci e alla loro modificazione, alla riscrittura di atteggiamenti e reazioni abituali. Dato che tali processi non sono occasionali ma fanno parte di una *pratica* (intenzionale, metodica, organizzata e finalizzata), portano lentamente e progressivamente alla *trasformazione di sé* (Cavallo, 1996).

Per raggiungere tutti questi obiettivi, è fondamentale che ogni proposta di lavorazione teatrale rivolta al gruppo debba essere assolutamente pensata e calibrata dal conduttore/conduttrice, al fine di essere in linea coi bisogni e le necessità di salute dei singoli e del gruppo (Rossi Ghiglione, 2015).

Le fasi sopradescritte e le relative pratiche teatrali riguardano il lavoro interno ad ogni incontro di laboratorio, ma è importante anche definire quelle che sono le fasi di tutto un percorso svolto da un gruppo, lungo il periodo di frequentazione del laboratorio di teatro sociale. Secondo Bernardi (2014) e Pagliarino (2007), il processo laboratoriale con un gruppo ha bisogno di un primo periodo dedicato alla costruzione del gruppo, periodo in cui la pratica teatrale viene indirizzata al favorire la conoscenza tra i membri, conoscenza che passa attraverso l'incontro, dapprima con se stessi e poi con gli altri; in un secondo periodo il gruppo viene traghettato all'interno della lavorazione teatrale dedicata ad un tema più specifico, di grande interesse per il gruppo stesso; successivamente, nella fase conclusiva di un percorso di laboratorio di teatro sociale, il gruppo viene condotto nella realizzazione di uno spettacolo o di un evento teatrale, un prodotto drammaturgico originale che tenga conto delle tematiche collettive e individuali, la cui rappresentazione permette di passare attraverso una

nuova fase della storia del gruppo, quella di *transizione* (Bernardi, 2014). Durante questa fase è possibile che i membri del gruppo affinino la propria competenza discorsiva simbolico/metaforica e la propria forza creativa, depauperata dal contesto sociale in cui viviamo; inoltre, è possibile e auspicabile che i membri del gruppo elaborino concetti importanti a livello individuale e gruppale per metterli *in forma*, in modo che siano condivisibili e comprensibili anche all'esterno. È proprio grazie a questa fase di rappresentazione che il luogo laboratoriale si apre, esce nel mondo, e grazie a questa esposizione (non esibizione) del gruppo, il teatro sociale raggiunge un altro dei suoi obiettivi: il confronto con la cittadinanza e le istituzioni (Solaro e Bonomi, 2009; Bernardi, 2014; Rossi Ghiglione e Pagliarino 2007). Guardando a questo passaggio, a questo rito di transizione, possiamo trovarvi delle analogie con la fase laboratoriale della re-integrazione, proprio perché l'atto teatrale di rappresentazione può funzionare con una sintesi e un'integrazione di tutto il percorso svolto.

3.3 *Il fare teatro diventa fare comunità: ambiti d' intervento del teatro sociale e il suo essere promotore di salute*

“Il teatro è la ricerca dell’Unità dei tanti attraverso

la singolarità di ognuno”

Peter Brook

Il regista e storico teatrale Richard Schechner (1990; 2017) identifica le motivazioni che stanno alla base del teatro antropologico nell’interesse per la ricerca dell’integrazione e della totalità della persona, superando la separazione mente-corpo, ma anche della comunità, superando la dispersione individualistica. Infatti, nelle rappresentazioni del teatro antropologico si tenta di recuperare il ruolo attivo dello spettatore che può partecipare attivamente allo svolgimento della performance. Secondo Peter Brook (2000), lo spettatore, insieme all'attore, può essere coinvolto nello stato di *flusso-riflessività*, creando il così detto *terzo polo* della rappresentazione teatrale: drammaturgia, attore/personaggio, spettatore. Quando un evento teatrale o una performance ha efficacia, questa può coinvolgere lo spettatore al punto di modificare il suo stato di coscienza e promuoverne una trasformazione (Russo, 2010). In questo modo *l’efficacia* della performance diventa un criterio di “verifica” e bilancio della qualità del lavoro dell’attore e del regista riguardo alla totalità dei risultati perseguiti nel lavoro di laboratorio (Cavallo, 1996).

Alessandra Rossi Ghiglione⁷ ha coniato il termine Teatro sociale e di comunità (TSC) definendolo come un particolare tipo di teatro, nato dalla ricerca della pedagogia teatrale del Novecento, riletto attraverso teorie antropologiche e psicosociali, che ha come finalità la promozione del benessere individuale, sociale e comunitario (Rossi Ghiglione, 2015). Tale definizione prende le sue forme dalle già citate esperienze dei registi pedagoghi del Novecento, che hanno indagato come la pratica teatrale potesse migliorare la capacità creativa e il legame tra gli attori, mettendo al centro l'*andragogia* come naturale oggetto dell'arte teatrale. Da questa scuola di pensiero si concretizza l'idea che il teatro sia uno strumento pedagogico di per sé, da poter studiare e utilizzare in contesti differenti come promotore di salute (Rossi Ghiglione, 2015). Rossi Ghiglione riprende quanto già scritto sullo strumento teatrale, evidenziando come questa sia un'arte performativa *totale* che coinvolge diversi linguaggi: narrativo, verbale, motorio, cinestetico, tattile, visivo, sonoro, musicale. Questa sua caratteristica gli permette di essere utilizzato nell'indagine e nella promozione di risorse di individui, territori, gruppi marginali, comunità.

Questa caratteristica di multidimensionalità si accosta alla fisionomia più collettiva del teatro che, secondo gli studi antropologici di Turner (1986), risulta avere un'importante funzione non solo estetica, ma anche sociale, civile, politica e rituale. Il Teatro Sociale e di Comunità, come scritto in precedenza, è un esempio emblematico della capacità trasformativa dell'arte, capace di agire attivamente sulla realtà, di saper risvegliare le comunità nel loro insieme (Rossi Ghiglione, 2015).

⁷ Direttrice e creatrice del Social and Community Theatre Centre dell'Università degli studi di Torino

Come scrive Napier (2014) il teatro è strumento di cultura e può agire, non solo su abitudini e convinzioni e sul benessere percepito, ma anche su pratiche e valori politici, economici, legali, etici e morali.

Alla luce di questo sguardo sul teatro, si capisce che ha alla base del processo di lavoro comunitario vi sia l'idea che l'arte sia un diritto di tutti cittadini, al pari della salute, dell'alimentazione e dell'educazione, e che rappresenti una delle priorità dell'uomo (Russo, 2010). In quest'ottica, processi e prodotti, laboratori e spettacoli, nascono *dalla e per* la comunità, autrice e destinataria di un lavoro artistico che si sviluppa con l'obiettivo di costruire un significato sociale e politico. Gli attori coinvolti nel Teatro Sociale e di Comunità si definiscono *cittadini-attori* che, attraverso gli spettacoli, raccontano la propria storia, la storia di un luogo, di un quartiere, di una comunità, pensando alla rappresentazione dei propri valori, limiti, confini, problemi e risorse. La condivisione del prodotto teatrale con il resto della comunità può promuovere un'importante componente di salute, la *partecipazione* (Rossi Ghiglione, 2021), e far risorgere la memoria collettiva nell'identità individuale (Russo, 2010).

Far parte di un gruppo di Teatro sociale e comunitario significa entrare dentro una micro-società con tutti i diritti e i doveri che ciò comporta, quindi rinunciare al proprio individualismo, lavorare in collettività, avere attenzione verso l'altro e condividere tutto. Nella comunità teatrale ognuno è elemento indispensabile dell'ingranaggio teatrale complessivo e si dà voce alla coscienza sociale del gruppo, impegnandosi a renderla pubblica e a trasmetterla agli spettatori (Russo, 2010).

Un intervento di teatro sociale e di comunità si colloca dentro un disegno ben delineato, che parte dall'ascolto dei bisogni e dei desideri delle comunità o dei gruppi, passando poi alla mappatura delle risorse esistenti e dalla costruzione di legami con gli *stakeholder*, per condividere la progettazione dell'intervento. Già in questa fase si possono utilizzare azioni performative e teatrali, per esempio organizzando azioni festive, spettacoli teatrali, per facilitare l'accesso di persone svantaggiate e stimolare la partecipazione trasversale delle diverse parti della comunità (Rossi Ghiglione, Pagliarino, 2007).

Tali interventi possono essere rivolti a più settori dell'ambito sociale e sanitario, come le carceri, le scuole, gli ospedali, le comunità residenziali o i centri diurni, le popolazioni a rischio di svantaggio sociale, come migranti, senza fissa dimora, tossicodipendenti, nell'ambito della delinquenza giovanile, in ottica sia di azione sia di prevenzione. L'idea è proprio quella che, grazie allo strumento teatrale, con le caratteristiche precedentemente esposte, si possa aiutare differenti tipi di popolazioni ad entrare in contatto con le risorse, i bisogni e i sostegni propri e del territorio, promuovendo consapevolezza sul tema della salute e sui suoi determinanti (Rossi Ghiglione, 2015; Bernardi, 2014; Clift & Camic, 2016).

Prima di tutto è interessante riportare uno studio, citato da Enzo Grossi (2017), in cui si evidenziava che la sola partecipazione a spettacoli teatrali, come spettatori, avesse un'influenza significativa sul benessere. Lo studio prendeva in esame la frequenza dei cittadini a spettacoli teatrali. Oltre la metà del campione intervistato non frequentava abitualmente il teatro. Stratificando la popolazione in base a questo comportamento, e mettendo a confronto i sottogruppi che frequentano "mai, molto poco, poco,

abbastanza e spesso” i teatri, si è notata una relazione lineare tra benessere psicologico percepito e consumo culturale, come se la fruizione di stimoli culturali teatrali potesse avere un ruolo decisivo nel modificare la qualità di vita (Grossi, 2017).

Passando ora alla descrizione di interventi in contesti specifici, Alessandra Rossi Ghiglione, nel suo articolo “Arte, benessere e cura. La potenza del teatro” (2015), riporta un importante esempio di quanto e come il teatro sia un valido e potente strumento nella relazione di cura. L’autrice riporta che la metodologia del Teatro sociale di Comunità è stata utilizzata in un progetto di ricerca chiamato *Co-Health*, promosso dall’Università di Torino per valutare l’efficacia del teatro per lo sviluppo di competenze legate alla cura, allo sviluppo del benessere e della resilienza. I protagonisti della ricerca sono stati medici, sociologi, esperti di teatro, membri di strutture sanitarie, studenti di medicina e scienze infermieristiche. I partecipanti sono stati coinvolti in laboratori teatrali concentrati solo sulla parte esperienziale, e non sulla rappresentazione di uno spettacolo. Il percorso si è incentrato sull’allenamento dell’attore, con proposte rivolte alla consapevolezza corporea; al riconoscimento del proprio benessere psicofisico attraverso l’aumento della consapevolezza corporea e dell’integrazione corpo-mente (sensazioni-emozioni-pensieri); al promuovere la capacità di riconoscere gli elementi di legame con l’altro e di poterli gestire in modo consapevole; promuovere la capacità di cambiare punto di vista attraverso la modalità creativa di pensiero dovuta al gioco e all’immaginazione.

All’interno del progetto *Co-Health* è stato utilizzato, scrive Rossi Ghiglione (2015), uno specifico metodo sperimentale, chiamato *Bien-être*, al fine di creare un percorso formativo dedicato ai professionisti con sindrome da burn-out, a partire da una

rigenerazione personale propedeutica ad una *capacitazione professionale*, con un conseguente impatto nella relazione di cura e nel lavoro di équipe.

Il metodo prevedeva che le attività fossero strutturate in più fasi. La prima, dedicata alla separazione dal contesto (in linea con le teorizzazioni di Bernardi, 2014); a seguire una fase di lavorazione corporea con metodologia Feldenkrais, con la successiva fase di incorporazione delle sensazioni fisiche ; successivamente, una fase di lavoro di simbolizzazione teatrale individuale, a partire dal lavoro corporeo, attraverso la scelta di metafore e simboli, seguita una fase di lavoro grupale per favorire la sintonizzazione simbolica tra i membri del gruppo; il termine dell'attività consisteva nella rappresentazione scenica del lavoro del gruppo e la reintegrazione delle esperienze fisiche vissute, con un'ulteriore separazione per poter lasciare il luogo teatrale e tornare nel quotidiano (Rossi Ghiglione, 2015).

I risultati ottenuti dal percorso, rilevati da valutazioni qualitative e quantitative, interessano quattro aspetti: corpo, gioco, gruppo e metafora.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti sulla dimensione corporea, riguardano lo sviluppo della percezione, nei partecipanti, di *essere il proprio corpo*, piuttosto che di *avere un corpo*.

Sul fronte del gioco i risultati attestano la raggiunta capacità dei partecipanti di apprendere con piacere, in modo contemporaneamente fisico, emotivo e cognitivo, apprendimento garantito dal *fare come se* e dal non giudizio. Sempre il gioco, grazie alla mediazione teatrale, ha il merito di creare occasioni d'incontro con l'altro più libere e più facili, nelle quali sintonizzazione e identificazione sono ritrovate nella loro forza di *bonding* primario.

Infine, la metafora e lo strumento artistico risultano essere un modo per sviluppare un pensiero laterale, un modo per leggere la propria esperienza riflessa nelle esperienze degli altri membri del gruppo, per trovarne verità comuni, che agiscono sia su un piano cosciente sia su un piano profondo, che si manifesterà nel quotidiano del lavoro di ognuno (Rossi Ghiglione, 2015). Tutto ciò comporta che i partecipanti possano sviluppare un sentimento di sé differente, un dinamismo e una vitalità differente, maggiore disponibilità a manifestare in azioni concrete il proprio mondo interno, una maggiore tendenza a ricercare con l'altro risonanza e connessione.

Questo esempio mostra come il teatro, declinato nella sua forma di teatro sociale e di comunità, sia uno strumento utile alla promozione del benessere in ambito lavorativo e relazionale in contesti socio-sanitari, la cui efficacia viene misurata in risultati che hanno impatto non solo su ciò che accade durante il laboratorio, ma anche sul loro vivere quotidiano, privato e lavorativo, permettendo quindi al sistema lavorativo in cui sono inseriti di subire anch'esso dei cambiamenti.

Un altro ambito di grande interesse in cui il teatro sociale e di comunità ha trovato terreno fertile è quello della salute mentale. Va sottolineato che l'impegno teatrale è stato storicamente ampiamente utilizzato dalla psichiatria in Europa (Struyf, 1983; Sekl, 1995) e negli Stati Uniti (Thoret & Attigui, 1994).

In un articolo di Michalak e colleghi del 2014 viene riportato come il teatro sia uno strumento utile per combattere lo stigma che imperversa sulla malattia mentale, mostrando risultati qualitativamente rilevanti riguardo la riduzione dello stigma auto-percepito dai pazienti, così come quello degli operatori sanitari (Michalak, Livingston, Maxwell, Hole, Hawke & Parikh, 2014).

Altre testimonianze dell'impiego del teatro nell'ambito della salute mentale provengono da uno studio di Torrisen e Stickley del 2018, i quali si proponevano di identificare la potenziale relazione tra la partecipazione a esperienze teatrali e il benessere mentale, a partire dalla storia della compagnia teatrale del *Teater Vildenvei* che dal 1995 fa parte del programma di riabilitazione per utenti del servizio di salute mentale di Oslo. Uno degli obiettivi operativi dello studio era quello di dare voce alle storie dei partecipanti. A questi fini sono state condotte dodici interviste narrative tra i partecipanti della compagnia del Teater Vildenvei; i dati sono stati poi oggetto di un processo di analisi narrativa e tematica, di eventi e aspetti relazionali ben precisi. Le narrazioni sono state considerate alla luce teorica di un quadro terapeutico applicato alla salute mentale, identificato da Leamy e colleghi (2011). Dai risultati di questo studio è emerso che i partecipanti al lavoro teatrale hanno beneficiato del potenziale trasformativo del teatro, che ha permesso loro di ampliare la consapevolezza di sé e della relazione con l'altro; del senso di appartenenza all'interno del gruppo, percepito come molto importante per la propria salute mentale, poiché l'impegno con la compagnia teatrale ha offerto alle persone qualcosa di significativo cui prendere parte, alimentando anche un senso di speranza nel futuro e un senso di legittimazione della propria condizione (Torrisen & Stickley, 2018). Dai dati riportati è possibile identificare due tipi di narrazioni estrapolati dal materiale dell'intervista. Tutte le narrazioni descrivono il miglioramento del benessere generale percepito dai partecipanti. In queste narrazioni, i partecipanti descrivono come il lavoro teatrale con Teater Vildenvei abbia migliorato il loro benessere dando loro qualcosa di significativo da fare, contatti sociali, sostegno tra pari e una migliore autostima. Alcune narrazioni descrivono una trasformazione personale attribuita al loro coinvolgimento nel teatro.

Da questa indagine narrativa si evince che il teatro abbia dato l'opportunità ai partecipanti di elaborare le proprie storie, e proprie narrazioni personali, da utilizzare nel lavoro con il Teater Vildenvei. Attraverso la ricchezza dei dati che si dimostrano la profondità del significato che le persone attribuiscono alle loro storie e il potere potenziale del teatro partecipativo nei percorsi terapeutici nell'ambito della salute mentale (Torrison & Stickley, 2018).

Un ulteriore esempio di esperienza di lavoro teatrale in un altro ambito di marginalità sociale, è quello del lavoro fatto nell'istituzione carceraria. Uno studio di Heard e colleghi (2013) ha indagato gli impatti del *Queensland Shakespeare Ensemble Prison Project (QSEPP)* sulla salute e il benessere dei partecipanti, in particolare per quanto riguarda il supporto sociale. Lo studio evidenzia il potenziale degli interventi basati sul teatro nel contesto carcerario, e il loro ruolo nel favorire il sostegno sociale e migliorare il benessere; esplora il potenziale ruolo che il teatro può svolgere nel migliorare la salute e il benessere di un gruppo svantaggiato ed emarginato, fornendo competenze per migliorare l'accesso a reti di supporto all'interno e all'esterno del carcere.

Sono state condotte interviste semi-strutturate con i detenuti partecipanti al progetto per ottenere informazioni sul senso di sostegno percepito all'interno del *QSEPP* e nel contesto carcerario più in generale. Il *QSEPP* ha incoraggiato i partecipanti a promuovere una serie di reti di supporto attraverso lo sviluppo di relazioni costruite sulla fiducia, il rispetto e le esperienze condivise. I partecipanti hanno anche sviluppato abilità comunicative che possono aiutare a stabilire e mantenere relazioni di supporto all'interno e all'esterno del carcere.

Inoltre, questa ricerca riporta anche le inevitabili sfide che i ricercatori che lavorano nel contesto carcerario si trovano ad affrontare, tra cui le limitazioni dei servizi penitenziari, le restrizioni di tempo e spazio e le piccole dimensioni del campione. Nonostante ciò, la ricerca di Heard e colleghi (2013) offre alcuni modi potenzialmente innovativi per combattere tali sfide, nell'ottica in cui il teatro può essere non solo di supporto ai membri di una comunità, come quella carceraria, ma anche un mezzo utile a comunicare con le istituzioni interessate e ipotizzare, ricercare insieme limiti, risorse, strumenti e miglioramenti (Bernardi, 2014).

Ancora un esempio di come il teatro può essere applicato come strumento di benessere deriva da studi riportati in un articolo di Zontou (2011), in cui vengono presentate diverse tipologie di applicazione del teatro con i tossicodipendenti problematici, volte a promuovere la loro reintegrazione sociale, il cambiamento personale e a contribuire all'accettazione sociale dei partecipanti.

Lo studio si prefigge come scopo quello di capire come il teatro possa essere promotore di cambiamento e miglioramento con una popolazione di tossicodipendenti. Dati utili a rispondere a questa domanda derivano da progetti teatrali realizzati in diversi Paesi, che illustrano come diverse forme di teatro possano essere utilizzate con l'obiettivo di sostenere il percorso dell'individuo verso il recupero e la reintegrazione. Nell'articolo vengono evidenziate alcune unità tematiche: comunità, creatività e speranza. Ogni unità esplora la relazione potenzialmente potente tra la drammatizzazione delle storie di recupero e la loro presentazione al pubblico. Posizionando i risultati della ricerca in relazione ai dibattiti sulle attuali politiche sulle droghe e sul potenziale del teatro di agire come agente trasformativo, l'articolo si

propone di esplorare i fattori attraverso i quali la partecipazione a esperienze teatrali può avere un impatto sui consumatori problematici di stupefacenti, agendo come *sostanza alternativa* (Zontou, 2011), fungendo così da forza motivazionale nei confronti del percorso teso alla reintegrazione sociale delle persone interessate. Inoltre, la partecipazione a esperienze teatrali ha il potere di promuovere il cambiamento personale rigenerando le componenti sociali e creative degli individui e risvegliando il loro desiderio di affiliazione e appartenenza. Dall'articolo emerge come l'esperienza teatrale può stimolare la partecipazione e la solidarietà, così come può incoraggiare la persona a scoprire le proprie potenzialità. Può essere uno strumento utile ad affrontare le tematiche sociali importanti per il gruppo interessato (in questo caso consumatori problematici di droghe), così da stimolare riflessioni e risorse dei singoli e dei contesti e dare supporto al percorso di inclusione sociale cui prendono parte (Zontou, 2011).

Il teatro pensato e applicato come promotore di benessere e agente trasformativo viene proposto anche all'interno di altri contesti, con obiettivi diversi e con metodologie volte a stimolare particolari tipi di risposte. Viene applicato, per esempio, nell'ambito della formazione e del supporto al personale socio-educativo (Garbarino, 2017), nelle strutture residenziali per anziani con o senza demenza senile (Rossi Ghiglione, 2015), all'interno delle scuole (Antonacci e Cappa, 2001; Crispiani, 2006), con pazienti afasici (Tinti, 2007), con persone disabili (Garzella Porcheddu e Vannucci, 2022).

Un'esperienza particolarmente interessante di TSC è quella messa in campo dal Teatro dell'Ortica⁸, una realtà che opera su Genova offrendo da anni percorsi teatrali rivolti alla promozione del benessere per fasce di popolazione a rischio di marginalità

⁸ www.teatrortica.it

sociale, gruppi caratterizzati da specifiche condizioni, ma anche pensati per la formazione di professionisti del settore sociale, medico, educativo. I progetti più longevi del teatro sociale portato avanti dal Teatro dell'Ortica sono rivolti a pazienti della salute mentale, donne vittime di violenza, popolazione detenuta, disabilità e educazione. All'attivo tale Fondazione d'impresa sociale porta avanti: il percorso di Laboratorio teatrale con il Gruppo teatrale Stranità, che da anni coinvolge nella lavorazione teatrale, e nella realizzazione di spettacoli originali, pazienti della salute mentale, operatori socio-sanitari, psicologi, psichiatri, cittadini e attori; il laboratorio "Il rumore del Silenzio" che coinvolge donne afferenti al "Centro per non subire violenza" di Genova, insieme a cittadine, operatrici del centro, professioniste della cura e dell'educazione, attrici; "Versi di cura", percorso di lavorazione teatrale rivolto a pazienti oncologici e ai loro familiari, oltre a medici, infermieri, psicologi e cittadini. In parallelo vengono portati avanti laboratori permanenti con il CEPIM di Genova e con l'Istituto d'Istruzione Superiore Bernardo Marsano, dove sono coinvolti ragazzi con e senza disabilità e i loro insegnanti; percorsi di formazione al teatro sociale rivolti ad attori, operatori teatrali, docenti, professionisti della cura.

CONCLUSIONI

All'inizio di questa tesi mi sono chiesta se e in che modo il teatro sociale potesse essere uno strumento utile alla promozione della salute. Credo di poter affermare, alla luce dei dati e delle riflessioni riportate in questa tesi, che sia il teatro che le arti in generale possiedono le caratteristiche per essere strumenti utili nel miglioramento delle condizioni di vita di ogni tipo di individuo, ma anche del miglioramento della vita di una comunità.

Tra le arti, quelle performative sono apparse le più adatte a coinvolgere le persone e le comunità in processi di consapevolezza di sé, di partecipazione attiva e di trasformazione. Ciò è dato dalla loro capacità di coinvolgere gruppi e individui in processi multimodali, con molteplici linguaggi e livelli di profondità.

Il teatro, nella sua declinazione di teatro sociale, attraverso il *setting* di laboratorio teatrale permette di fare esperienza di sé e dell'altro, di individuare risorse e limiti personali e sociali, di leggersi e risciversi, di raccontarsi e raccontare, in modo da diventare maggiormente padroni di se stessi, della propria vita e salute, ma anche di poter agire, partecipare, proporre cambiamenti all'interno del contesto in cui si vive.

In questo senso, alla luce delle definizioni date al concetto di salute, credo di poter concludere che il teatro sociale sia un valido strumento di promozione del benessere, individuale e sociale.

BIBLIOGRAFIA

Alain, C., Moussard, A., Singer, J., Lee, Y., Bidelman, G.M. & Moreno, S. (2019) Music and visual art training modulate brain activity in older adults. *Front Neurosci.* 13:182. doi: 10.3389/ fnins.2019.00182

Allegrante, J. P., Barry, M. M., Airhihenbuwa, C. O., Auld, M. E., Collins, J., Lamarre, M.C. & Mittlemark, M.B. (2009). Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior*, 36, 476-482

Alschitz, J. (1998) *La Grammatica Dell'attore, Il Training*. Milano: Ubulibri

Antonovsky A. (1987) *Unrveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-NBass

Art. In: Oxford English dictionary. Oxford: Oxford University Press; 2013:1056.

Artaud, A. (1968) *Il Teatro E Il Suo Doppio*. Torino: Einaudi Editore

Ascenso, S., èerkins, R., Atkins, L., Fancourt, D. & Williamon, A. (2018) Promoting well-being through group drumming with mental health service users and their carers. *Int J Qual Stud Health Well-being* 13(1):1484219. doi: 10.1080/17482631.2018.1484219

- Atanasova, D., Koteyko, N., Brown, B., Crawford, P. (1997) Representations of mental health and arts participation in the national and local british press, 2007-2015. *Health (London)*. 23(1):3–20. doi: 10.1177/1363459317708823
- Baybutt, M., Acin, E., Hayton, P. & Dooris, M. (2014) Promoting Health in prisons: a setting approach, *Prisons and health*, 180
- Baird, K., Salmon, D. (2012) An enquiry of “Every3days” a drama-based workshop developing professional collaboration for women experiencing domestic violence during pregnancy in the south east of England. *Midwifery* 26 (6):e886–93. doi: 10.1016/j.midw.2011.10.011
- Bang, A.H. (2016) The restorative and transformative power of the arts in conflict resolution. *J Transform Educ.* 14(4):355–76. doi: <https://doi.org/10.1177/1541344616655886>
- Banu, G. (2005) *Peter Brook: vers un théâtre premier*. Parigi: Flammarion.
- Barba, E. (1993) *La Canoa Di Carta. Trattato Di Antropologia Teatrale*. Bologna: Il Mulino
- Barry, M. M. (2021) Transformative health promotion: what is needed to advance progress? *IUHPE-Global Health Promotion*, vol 28
- Belliveau, G. (2005) An arts-based approach to teach social justice: drama as a way to address bullying in schools. *Int J Arts Educ.* 3(2005):136–65
- Bernardi, C. (2004) *Il teatro sociale: l'arte tra disagio e cura*. Roma: Carocci
- Bernardi, C. & Perazzo, D. (a cura di, 2001) Missioni impossibili. Esperienze di teatro sociale in situazioni di emergenza. *Comunicazioni sociali, XXIII, 3, numero speciale*

- Bernardi, C., Cuminetti, B. & Dalla Palma, S. (a cura di, 2000) *I fuoriscena. Esperienze e riflessioni sulla drammaturgia nel sociale*. Milano: Euresis
- Bertalanffy von, L. (1971) *Teoria generale dei sistemi*. Milano: ILI
- Bertini, M. (2012) *Psicologia della salute*. Raffaello Cortina Editore
- Bertini, M. et al. (2004) *La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola : il modello skills for life, 11-14 anni*. Milano: Franco Angeli
- Blair, R. (2008) *The actor, image and action. Acting and cognitive neuroscience*. Londra, New York: Routledge
- Boal, A. (2006) *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira
- Bonomi, M., Solaro, A. (2009) *Il Teatro di cura*. Taranto: Clementi
- Borrell-Carrío, F., Anthony, L., Schuman, R. & Epstein, M. (2004) *Annals of family medicine*, VOL 2, NO.6
- Bortoletti, F. (a cura di) (2007) *Teatro e neuroscienze. L'apporto delle neuroscienze cognitive a una nuova teatrologia sperimentale, Culture teatrali n. 16*
- Bracalente, B., Chirieleison, C., Cossignani, M., Ferrucci, L., Gigliotti, M. & Ranalli, M.G. (2011) *The economic impact of cultural events: the Umbria Jazz Music Festival. Tourism Economics* 17(6):1235–55. doi: <https://doi.org/10.5367/te.2011.0096>
- Braibanti, P. (2013) *Progetto di una psicologia per la salute. Recensione del libro di Mario Bertini, Psicologia della Salute: Dal "deviante" al "viandante"*. Raffaello Cortina Editor.

- Braibanti P. & Zunino, A. (2005) *Lo sguardo di Igea, soggetti contesti e azioni di psicologia della salute*. Franco Angeli
- Braibanti, P. (2004) *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*. Franco Angeli
- Braibanti, P. (2009) *Psicologia sociale e promozione della salute*. Bologna: Il Mulino
- Braibanti, P. (2015) *Ripensare la salute. Per un riposizionamento critico nella psicologia della salute*. Franco Angeli
- Brera, G. R. (1989), Educazione sanitaria nell'adolescenza. *Educazione sanitaria e promozione della salute* 12, N.4:365-377, 1989
- Brieger, W.R. (1996) Health education to Promote Community Involvement in the Control of Tropical Diseases. *Acta Tropica*, 61, 93-106
- Brook, P. (1993) *La porta aperta*, in BROOK, P. (1968) *The empty space* Trad.It. *Lo spazio vuoto*. Roma: Bulzoni Editore
- Broome, E., Dening, T., Schneider, J. & Brooker D. (2017) Care sta and the creative arts: exploring the context of involving care personnel in arts interventions. *Int Psychogeriatr* 29(12):1979–91. doi: 10.1017/S1041610217001478
- Buenaventura, E. (1970) Theatre & Culture. *TDR - The Drama Review* 14.2: 151–156. Web
- Burkard, R.F., Eggermont, J.J. & Don, M. (2007) Auditory evoked potentials: basic principles and clinical application. *London: Lippincott Williams & Wilkins*

- Burns, N.C., Watts, A., Perales J., Montgomery, R.N., Morris, J.K., Mahnken, J.D et al. (2018) The impact of creative arts in Alzheimer's disease and dementia public health education. *J Alzheimers Dis.* 63(2):457–63. doi: 10.3233/JAD-180092
- Bush, R., Capra, S., Box, S., McCallum, D., Khalil, S. & Ostini, R. (2018) An integrated theatre production for school nutrition promotion program. *Children (Basel)* 5(3):35. doi: 10.3390/children5030035
- Bygren, L.O., Konlaan, B.B. & Johansson, S-E. (1996) Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *BMJ.* 313(7072):1577–80. doi: 10.1136/bmj.313.7072.1577
- Cain, M., Lakhani, A. & Istvandy, L. (2016) Short and long term outcomes for culturally and linguistically diverse (cald) and at-risk communities in participatory music programs: a systematic review. *Arts Health* 8(2):105–24. doi: <https://doi.org/10.1080/17533015.2015.1027934>
- Calvert, D. F. (2014) Teatro e Neurociência: o Despertar de Um Novo Diálogo Entre Arte e ciência/Theatre and Neuroscience: The Awakening of a New Dialogue Between Art and science/Théâtre et Neuroscience: L'éveil D'un Nouveau Dialogue Entre Arts et Science. *Revista Brasileira de Estudos da Presença* 4.2 223–. Print
- Camicia, M., Lutz, B.J., Marko, N. & Catlin, A. (2018) Determining the needs of family caregivers of stroke patients during inpatient rehabilitation using interview, art, and survey. *Rehabil Nurs (Epub ahead of print)*. doi: 10.1097/RNJ.000000000000129

- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C.C. & Palha, F. (2018) Is it possible to “find space for mental health” in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. *Int J Environ Res Public Health* 15(7):1426. doi: 10.3390/ijerph15071426
- Carson, A. J., Chappell, N. L., & Knight, C. J. (2007). Promoting health and innovative health promotion practice through a community arts centre. *Health Promotion Practice*, 8(4), 366–374
- Carta di Ottawa (1986). Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future
- Carvalho Chaves, Y. (2007) Vsevolod Meyerhold: un parcours à travers les processus d’incorporation. Les traces d’un héritage. *Tese (Doutorado em Estudos Teatrais) – École Doctorale Arts et Médias, Institut de Recherches en Etudes Théâtrales, Université de la Sorbonne Nouvelle Paris 3, Paris*
- Casu, G., de Padua Serafim, A., Zaia, V. & Gremigni, P. (2022). Editorial: Measurement in Health Psychology. *Front Psychol Vol. 13*
- Cavallo, M. (1996) Teatro come tecnologia del sé. *INformazione Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria*, n. 27
- Cheliotis, L. & Jordanoska, A. (2016) The arts of desistance: assessing the role of arts-based programmes in reducing reoffending. *Howard J Crime Justice* 55(1–2):25–41. doi: 10.1111/hojo.12154

- Chung, B., Jones, L., Jones, A., Corbett, C.E., Booker, T., Wells, K.B. et al. (2009) Using community arts events to enhance collective efficacy and community engagement to address depression in an African American community. *Am J Public Health* 99(2):237–44. doi: 10.2105/AJPH.2008.141408
- Chung, H.L., Monday, A. & Perry, A. (2017) Promoting the well-being of urban youth through drama-based peer education. *Am J Health Behav.* 41(6):728–39. doi: 10.5993/AJHB.41.6.7
- Clark, I.N., Tamplin, J.D. & Baker, F.A. (2018) Community-dwelling people living with dementia and their family caregivers experience enhanced relationships and feelings of well-being following therapeutic group singing: a qualitative thematic analysis. *Front Psychol* 9:1332. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01332
- Calvert, D F. (2014) Teatro e Neurociência: o despertar de um novo diálogo entre arte e ciência. *Université de la Sorbonne Nouvelle Paris 3 – Parigi*
- Cobbett, S. (2016) Reaching the hard to reach: quantitative and qualitative evaluation of school-based arts therapies with young people with social, emotional and behavioural difficulties. *Emot Behav Diffic.* 21(4):403–15. doi: <https://doi.org/10.1080/13632752.2016.1215119>
- Coburn D. (2000) Beyond the Income Inequality Hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science And Medicine* 51, Pp. 135-1

- Coggan, C., Saunders, C. & Grenot, D. (2008) Art and safe communities: the role of Big hART in the regeneration of an inner city housing estate. *Health Promot J Aust.* 19(1):4–9. PMID: 18481925
- Coleman, P.L. (1986) Music carries a message to youths. *Dev Commun Rep.* (53):1–3. PMID: 12314302
- Corbin, J. H. & Mittelmark, M. B. (2008) Partnership lessons from the global programme for health promotion effectiveness: a case study. *Health Promotion International* 23, 365–371
- Corbin, J.H., Jones, J. & Barry, M.M. (2018) What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot Int.* 33(1):4-26. doi: 10.1093/heapro/daw061
- Corbin, J.H., Sanmartino, M., Hennessy, E.A. & Bjørnøy, E. *Arts and Health Promotion Tools and Bridges for Practice, Research, and Social Transformation.* Urke
- Coste, A., Salesse, R.N., Gueugnon, M., Marin, L. & Bardy, B.G. (2018) Standing or swaying to the beat: discrete auditory rhythms entrain stance and promote postural coordination stability. *Gait Posture.* 59:28–34. doi: 10.1016/j.gaitpost.2017.09.023
- Coutinho, B.V., Hansen, A.L., Waage, L., Hillecke, T.K.& Koenig, J. (2015) Music making interventions with adults in the forensic setting, a systematic review of the literature. Part I: group interventions. *Mus Med* 7(3):40–53. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00230
- Crispiani, P. (2006) *Fare teatro a scuola.* Armando Editore

Cruciani, F. & Ruzza, L. (1999) *Lo spazio del teatro*. Roma-Bari: Laterza

Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi

Davies, C.R., Rosenberg, M., Knuiiman, M., Ferguson, R., Pikora, T. & Slatter N. (2012) Defining arts engagement for population-based health research: art forms, activities and level of engagement. *Arts Health* 4(3):203–16. doi: <https://doi.org/10.1080/17533015.2012.656201>

Darwin, C. (2009) *A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais*. São Paulo: Companhia das Letras.

de Piccoli, N. (2015) *Salute e qualità della vita nella società del benessere, prospettive interdisciplinari*. Carrocci editore

De Wet, M. (2022). Critically Considering Embodied Cognition and Research in Theatre and Performance. *Theatre Research International*, 47(2), 182-194

Decety, J. & Grèzes, J. (2006) The power of simulation: Imagining one's own and other's behavior. *The Brain Research*, Volume 1079, Issue 1, 4-14, <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2005.12.115>

Demetrio, D. (1996) *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina Editore

- Demir Acar, M., & Bayat, M. (2018) The effect of diet-exercise trainings provided to overweight and obese teenagers through creative drama on their knowledge, attitude, and behaviors. *Child Obes* 15(2):93–104. doi: 10.1089/chi.2018.0046
- Di Dio, C. & Gallese, V. (2009) Neuroaesthetics: a review. *Curr Opin Neurobiol*; 19(6):682-7
- Dodell-Feder, D. & Tamir, D.I. (2018) Fiction reading has a small positive impact on social cognition: a meta-analysis. *J Exp Psychol Gen.* 147(11):1713–27. doi: 10.1037/xge0000395
- Dogan, T. (2018) The effects of the psychodrama in instilling empathy and self-awareness: a pilot study. *Psych J.* 2018;7(4):227–38. doi: 10.1002/pchj.228
- Dooris M. (2007) Healthy settings: past, present and future. *Unpublished PhD thesis. Victoria: Deakin University*
- Dowlen, R. (2017) Stephen Clift and Paul M Camic, Oxford Textbook of Creative Arts, Health and Wellbeing: International Perspectives on Practice, Policy, and Research. *Dementia* 255–256. Web
- Ekman, P., Friesen, W.V. & Ellsworth, P. (2013) Emotion and human face: guidelines for reasearch and an integration of findings. *Elsevier.*
- Elder, N.C., Tobias, B., Lucero-Criswell, A. & Goldenhar, L. (2006) The art of observation: impact of a family medicine and art museum partnership on student education. *Fam Med.* 38(6):393. PMID: 16741837

- Engel, G.L (1977), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*
- Fancourt, D. (2017) Arts in health: designing and researching interventions. *Oxford: Oxford University Press*
- Fancourt, D., Perkins, R., Ascenso, S., Carvalho, L.A., Steptoe, A. & Williamon, A. (2016) Effects of group drumming interventions on anxiety, depression, social resilience and inflammatory immune response among mental health service users. *PLOS One* 11(3):e0151136. doi: 10.1371/journal.pone.0151136
- Fancourt, D., Steptoe, A. & Cadar, D. (2018) Cultural engagement and cognitive reserve: museum attendance and dementia incidence over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 213(5):661–3. doi: 10.119/bjp.2018.129
- Fancourt, D., Tymoszuk, U. (2018). Cultural engagement and incident depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Br J Psychiatry*. 214(4):225–9. doi: 10.1192/bjp.2018.267
- Fancourt, D & Finn, S. (2019) What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. *World Health Organization. Regional Office for Europe*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834>
- Fazio, E. (2020) Teatro e neuroscienze. *Mantichora* 1 n. pag. Web
- Feldenkrais M. (1991) *Le basi del metodo. Per la consapevolezza dei processi psicomotori*. Roma: Astrolabio

- Feng, K., Shen, C.Y., Ma, X.Y., Chen, G.F., Zhang, M.L, Xu, B. et al. (2019) Effects of music therapy on major depressive disorder: a study of prefrontal hemodynamic functions using FNIRS. *Psychiatry Res.*275:86–93. doi: 10.1016/j.psychres.2019.03.015
- Fenner, P., Abdelazim, R.S, Bräuninger, I., Strehlow, G., Seifert, K.(2017) Provision of arts therapies for people with severe mental illness. *Curr Opin Psychiatry.* 30(4):306–11. doi: 10.1097/YCO.0000000000000338
- Florin, D. & Basham, S. (2000) Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood, M. & Coombes, Y. (ed.). (2000) Evaluating health promotion. Practice and methods. *Oxford, Oxford University Press* 140-150.
- Franklin, M. (1992) Art therapy and self-esteem. *Art Ther.* 9(2):78–84. doi: 10.1080/07421656.1992.10758941
- Freire P. (2002) *La pedagogia degli oppressi*. Torino: EGA Edizioni gruppo Abele
- Friedman, D.B., Adams, S.A., Brandt, H.M., Heiney, S.P., Hébert. J.R., Ureda, J.R. et al. (2018) Rise up, get tested, and live: an arts-based colorectal cancer educational program in a faith-based setting. *J Canc Educ.* 34:550–5. doi: 10.1007/s13187-018-1340-x
- Gadamer, H.G. (1994) *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina
- Gaetano, O. (2009) *La pedagogia teatrale*. Editore XY.IT. Web
- Gallagher, S. (2008) Direct Perception in the Intersubjective Context. *Consciousness and cognition* 17.2: 535–543. Web

- Gallese, V. (2010) *Corpo e azione nell'esperienza estetica*, in U. Morelli (2010) *Mente e bellezza*. Torino: Umberto Allemandi & C.
- Gallese, V. & Ammanniti, M. (2014) *La nascita dell'intersoggettività, lo sviluppo del sè tra psicodinamica e neurobiologia*. Raffaello Corina Editore
- Garbarino, S. (2017) *La formazione partecipata, percorsi di formazione per professionisti della formazione e della relazione d'aiuto*
- Garcia-Barbero, M. (1998) Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajić K & Lobnig H (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 27-30
- Garzella, A., Porcheddu, A. & Vannucci, V. (2022) *Il corpo in testa. Il viaggio artistico di Animali Celesti teatro d'arte civile nelle periferie sociali del disagio e delle marginalità*. Cue Press
- Geipel, J., Koenig, J., Hillecke, T.K., Resch, F. & Kaess, M. (2018) Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: a meta-analysis. *J A ect Disord.* 225:647–56. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.035
- Genovese, J.M. & Berek, J.S. (2016) Can arts and communication programs improve physician wellness and mitigate physician suicide? *J Clin Oncol.* 34(15):1820–2. doi: 10.1200/JCO.2015.65.1778
- Geretsegger, M., Mössler, K.A, Bieleninik, Ł., Chen, X.J., Høidal, T.O. & Gold, C. (2017) Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* (5):CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4

- Gesser-Edelsburg, A., Fridman, T. & Lev-Wiesel, R. (2017) Edutainment as a strategy for parental discussion with Israeli children: the potential of a children's play in preventing sexual abuse. *J Child Sex Abus* 26(5):553–72. doi: 10.1080/10538712.2017.1319003
- Ghai, S., Ghai, I. & Effenberg, A.O. (2018) Effect of rhythmic auditory cueing on aging gait: a systematic review and meta-analysis. *Aging Dis.* 9(5):901–23. doi: 10.14336/AD.2017.1031
- Giovannelli, F., Innocenti, I., Rossi, S., Borgheresi, A., Ragazzoni, A., Zaccara, G. et al. (2012) Role of the dorsal premotor cortex in rhythmic auditory-motor entrainment: a perturbational approach by rTMS. *Cereb Cortex* 24(4):1009–16. doi: 10.1093/cercor/bhs386
- Giovannini, D. (1987) *Psicologia e salute*. Bologna: Zanichelli
- Gooding, L.F., Abner, E.L., Jicha, G.A., Kryscio, R.J. & Schmitt, F.A. (2014) Musical training and late-life cognition. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 29(4):333–43. doi: 10.1177/1533317513517048
- Gray, E., Kiemle, G., Davis, P. & Billington, J. (2016) Making sense of mental health difficulties through live reading: an interpretative phenomenological analysis of the experience of being in a reader group. *Arts Health* 8(3):248–61. doi: 10.1080/17533015.2015.1121883
- Green, L.W. (1977) Evaluation and measurement: some dilemmas for health education. *American Journal of Public Health*, Vol. 67, 155- 161
- Griebler, U. (2017) Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health Promot Int.* 32(2):195-206

- Groene, O. (2000) Evaluating Health Promotion Programmes in Hospitals. Methodological and Practical Issues. *Master Thesis. The London School of Hygiene & Tropical Medicine. London*
- Groene, O. & Garcia-Barbero, M. (2005) Country Systems, Policies and Services Division of Country Support WHO Regional Office for Europe
- Grossi, E. (2017) Evidenze cliniche dei rapporti tra cultura e salute, *Economia Della Cultura* (2), 175-187. doi: 10.1446/87270
- Grossi, E., Tavano Blessi, G., Sacco PL. (2019) Magic moments: determinants of stress relief and subjective wellbeing from visiting a cultural heritage site. *Cult Med Psychiatry*. 43(1):4–24. doi: 10.1007/s11013-018-9593-8.
- Grossi, E., Tavano Blessi, G., Sacco, P.L., Buscema, M. (2011) *Springer Science+Business Media B.V.* DOI 10.1007/s10902-011-9254-x
- Grotowski, J. (1968) *Towards a Poor Theatre*, Trad.It. *Per un teatro povero*. Roma: Bulzoni Editore
- Grotowski, J. (1997) *Tu Es Le Fils De Quelqu'un*. In: Schechner, Richards, Wol- Ford, Lisa (Org.). *The Grotowski Sourcebook*. Londres/Nova Iorque: Routledge, P. 294-305
- Grotowski, J. (2008) Reply To Stanislavsky. *The Drama Review*, V. 52, N. 2, P. 31-39
- Hackney, M.E., Hall, C.D., Echt, K.V. & Wolf, S.L. (2013) Dancing for balance: feasibility and efficacy in oldest-old adults with visual impairment. *Nurs Res*. 62(2):138–43. doi: 10.1097/ NNR.0b013e318283f68e

Hammer, R.R., Rian, J.D., Gregory, J.K., Bostwick, J.M., Barrett Birk, C., Chalfant, L. et al. (2011) Telling the patient's story: using theatre training to improve case presentation skills. *Med Humanit.* 37(1):18–22. doi: 10.1136/jmh.2010.006429

Hankir, A., Zaman, R., Geers, B., Rosie, G., Breslin, G., Barr, L. et al. (2017). The Wounded Healer film: a London College of Communication event to challenge mental health stigma through the power of motion picture. *Psychiatria Danubina.* 29(suppl.3):307–12. PMID: 28953783

Hansen, E., Sund, E., Skjei Knudtsen, M., Krokstad, S., Holmen, T.L. (2015) Cultural activity participation and associations with self-perceived health, life-satisfaction and mental health: the young hunt study, norway. *BMC Public Health* 15(1):544. doi: 10.1186/s12889-015-1873-4

Health Promotion Glossary. (1988) Geneva, WorldHealthOrganization

Heard, E.M, Mutch, A., Fitzgerald, L., Pensalfini, R. (2013) Shakespeare in Prison: affecting health and wellbeing. *International Journal of Prisoner Health.* ISSN: 1744-9200

Hilton, C.E. & Johnston, L.H. (2017) Helth psychology: it's not what you do, it's the way tht you do it. *Health Psychology Open.* Vol. 4

Ho, S.S., Nakamura, Y., Gopang, M. & Swain, J.E (2022) Intersubjectivity as an antidote to stress: Using dyadic active inference model of intersubjectivity to predict the efficacy of parenting interventions in reducing stress—through the lens of dependent origination in Buddhist Madhyamaka philosophy. *Front. Psychol.* (13):806755.doi: 10.3389/fpsyg.2022.806755

- Huebner, D.M., Rullo, J.E., Thoma, B.C., McGarrity, L. & Mackenzie, J. (2013) Piloting Lead with Love: a Im-based intervention to improve parents' responses to their lesbian, gay, and bisexual children. *J Prim Prev.* 34(5):359–69. doi: 10.1007/s10935-013-0319-y
- Hun, B., Truran, L. & Reynolds, F. (2018) “Like a drawing of breath”: leisure-based art-making as a source of respite and identity among older women caring for loved ones with dementia. *Arts Health* 10(1):29–44. doi: 10.1080/17533015.2016.1247370
- Hutchinson, J.C., Karageorghis, C.I. & Black, J.D. (2017) The Diabeates Project: perceptual, affective and psychophysiological effects of music and music-video in a clinical exercise setting. *Can J Diabetes.* 41(1):90–6. doi: 10.1016/j.jcjd.2016.07.009
- Hyppa, M.T., Maki, J., Impivaara, O. & Aromaa, A. (2006), Leisure Participa- tion Predicts Survival: A Population-Based Study in Finland, *Health Promotion International*, (21): 5-12
- Jambroes, M., Nederland, T., Kaljouw, M., van Vliet, K., Essink-Bot, M-L & Ruwaard, D. (2015) Implications of health as 'the ability to adapt and self-manage' for public health policy: A qualitative study. *The European Journal of Public Health*
- Johnson, A. & Baum, F. (2001) Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, Vol. 16, 3:281-287
- Johnson, G. (1990) The youth group plays health songs: “You are the one who is responsible for your life”. *Integration* (24):41–3. PMID: 12316431

- Jones, J. & Barry, M. M. (2011) Developing a scale to measure synergy in health promotion partnerships. *Global*
- Jones, J. and Barry, M. M. (2011) Exploring the relationship between synergy and partnership functioning factors in health promotion partnerships. *Health Promotion International*, 26, 408–420
- Kaimal, G., Gonzaga, A.M.L. & Schwachter, V. (2017) Crafting, health and wellbeing: findings from the survey of public participation in the arts and considerations for art therapists. *Arts Health*. 9(1):81–90. doi: 10.1080/17533015.2016.1185447
- Kasahara-Kiritani, M., Hadlaczky, G., Westerlund, M., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A. et al. (2015) Reading books and watching films as a protective factor against suicidal ideation. *Int J Environ Res Public Health* (12):15937–42. doi: 10.3390/ijerph121215032
- Kawase, S., Ogawa, J., Obata, S. & Hirano, T. (2018) An investigation into the relationship between onset age of musical lessons and levels of sociability in childhood. *Front Psychol*. 9:2244. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02244
- Kearns, C. (2019) Is drawing a valuable skill in surgical practice? 100 surgeons weigh in. *J Vis Commun Med*. 42(1):4–14. doi: 10.1080/17453054.2018.1558996
- Kelly, B.L. & Doherty, L. (2017) A historical overview of art and music-based activities in social work with groups: nondeliberative practice and engaging young people's strengths. *Soc Work Groups* 40(3):187–201. doi: 10.1080/01609513.2015.1091700

- Ketch, R.A., Rubin, R.T., Baker, M.R., Sones, A.C. & Ames, D. (2015) Art appreciation for veterans with severe mental illness in a va psychosocial rehabilitation and recovery center. *Arts Health* 7(2):172–81. doi: 10.1080/17533015.2015.1019700
- Kim, B. & Dvorak AL. Music therapy and intimacy behaviors of hospice family caregivers in South Korea: a randomized crossover clinical trial. *Nord J Music Ther* 27(3):218–34. doi: 10.1080/08098131.2018.1427783
- Kim, S.J. & Yoo, G.E. (2019) Instrument playing as a cognitive intervention task for older adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 10:151. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00151
- Klugman, C.M., Peel. J. & Beckmann-Mendez D. (2011) Art rounds: teaching interprofessional students visual thinking strategies at one school. *Acad Med.* 86(10):1266–71. doi: 10.1097/ACM.0b013e31822c1427
- Koh, E. & Shrimpton, B. (2014) Art promoting mental health literacy and a positive attitude towards people with experience of mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 60(2):169–74. doi: 10.1177/0020764013476655
- Konlaan, B.B., Bygren, L.O. & Johansson, S-E. (2000) Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. *Scand J Public Health* 28(3):174–8. doi: 10.1007/s11524-006-9051-8
- Kwasnicka, D., ten Hoor, G. A., van Dongen, A., Gruszczyńska, E., Hagger, M. S., Hamilton, K., Hankonen, N., Heino, M. T. J., Kotzur, M., Noone, C., Rothman, A. J., Toomey, E., Warner, L. M., Kok, G., Peters, G. J., & Luszczynska, A. (2021). Promoting scientific integrity

through open science in health psychology: results of the Synergy Expert Meeting of the European health psychology society. *Health Psychology Review*, 15(3), 333-349

Lajunen, H-R, Keski-Rahkonen, A., Pulkkinen, L., Rose, R.J., Rissanen, A. & Kaprio, J. (2009) Leisure activity patterns and their associations with overweight: a prospective study among adolescents. *J Adolesc.* 32(5):1089–103. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.03.006

Leckey, J. (2011) The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 18(6):501–9. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01693.x

Ledoux, J. (2005) *Le Cerveau Des Émotions*. Parigi: Odile Jacob

Lee, A., Cheng, F.F., Fung, Y. & St Leger, L. (2006) Can Health Promoting Schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience. *J Epidemiol Community Health* 60(6):530–6

Lee, A., Lo, A., Li, Q., Keung, V. Kwong, A. (2020) Health Promoting Schools: An Update, *Published online*, DOI: 10.1007/s40258-020-00575-8

Leelarungrayub, D., Saidee, K., Pothongsunun, P., Pratanaphon, S., YanKai, A. & Bloomer, R.J. (2011) Six weeks of aerobic dance exercise improves blood oxidative stress status and increases interleukin-2 in previously sedentary women. *J Bodyw Mov Ther.* 15(3):355–62. doi: 10.1155/2017/9569513

Lemieux, A.F., Fisher, J.D. & Pratto, F. (2008) A music-based HIV prevention intervention for urban adolescents. *Health Psychol.* 27(3):349–57. doi: 10.1037/0278-6133.27.3.349

- Lemma P. (2005) *Promuovere la salute nell'era della globalizzazione*. Milano: Unicopli
- Levy, D.G. (2005) How the theatre Teaches. *The Journal of Aesthetic Education* , Vol. 39, No. 4, *Special Issue: Aesthetics in Drama and Theatre Education, University of Illinois Press*
- Liebowitz, M., Tucker, M.S., Frontz, M. & Mulholland, S. (2015) Participatory choral music as a means of engagement in a veterans' mental health and addiction treatment setting. *Arts Health* 7(2):137–50. doi: 10.1080/17533015.2014.999246
- Logie, C.H., Dias, L.V., Jenkinson, J., Newman, P.A., MacKenzie, R.K., Mothopeng, T. et al. Exploring the potential of participatory theatre to reduce stigma and promote health equity for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people in Swaziland and Lesotho. *Health Educ Behav.* 46(1):146–56. doi: 10.1177/1090198118760682
- Macnab A. (2013) The Stellenbosch consensus statement on health promoting schools. *Glob Health Promot.* 20(1):78–81
- McDonald, G. (1996) Where next for evaluation? *Health Promotion International* Vol. 11, 3:171-173
- McQueen, D.V. (2000) Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. *Health Promotion International* Vol. 15, 95-97
- McQueen, D.V. (2000) Strengthening the evidence base for health promotion. *A report on evidence for the Fifth Global Conference on Health Promotion*. Mexico City
- Madsen, W. (2018) Raising social consciousness through verbatim theatre: a realist evaluation. *Arts Health.* 10(2):181–94. doi: 1080/17533015.2017.1354898

- Martin, L., Oepen, R., Bauer, K., Nottensteiner, A., Mergheim, K., Gruber, H. et al. (2018). Creative arts interventions for stress management and prevention – a systematic review. *Behavioral Sciences (Basel)*. 8(2):pii:E28. doi: 10.3390/bs8020028
- Masotti, S. (2011). Il corpo emotivo e poetico: l'insegnamento della Bioenergetica per la formazione dell'attore. *Antropologia E Teatro. Rivista Di Studi*, 2(2) <https://doi.org/10.6092/issn.2039-2281/3329>
- Masotti, S. (2016). L'attore sincero: espansione ed integrazione del Sé (corporeo) dell'attore contemporaneo. *Antropologia E Teatro. Rivista Di Studi*, 7(7). <https://doi.org/10.6092/issn.2039-2281/6169>
- Massa, R. (a cura di Antonacci, F. & Cappa, F.) (2001) *Lezioni su "La peste, il teatro, l'educazione"*. Franco Angeli
- Matthews, B.L., Bennell, K.L., McKay, H.A., Khan, K.M., Baxter-Jones, A.D., Mirwald, R.L. et al. (2006) Dancing for bone health: a 3-year longitudinal study of bone mineral accrual across puberty in female non-elite dancers and controls. *Osteoporos Int*. 17(7):1043–54. doi: 10.1007/s00198-006-0093-2
- Mauri, A. & Tinti, C. (2010) *Psicologia della salute, contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*. Utet Università
- McKay, F.H, McKenzie, H. (2018) Using art for health promotion: evaluating an in-school program through student perspectives. *Health Promot Pract* 19(4):522–30. doi: 10.1177/1524839917735076.

- Michalak, E.E., Livingston, J.D., Maxwell, V., Hole, R., Hawke, L.D, Parikh, S.V. (2014) Using theatre to address mental illness stigma: a knowledge translation study in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2:1. doi: 10.1186/2194-7511-2-1
- Minc, A., Butler, T. & Gahan G. (2007) The Jailbreak Health Project: incorporating a unique radio programme for prisoners. *Int J Drug Policy* 18(5):444–6. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.04.003
- Muccioli M. (2013) *Le Basi della medicina cinese. Fondamenti filosofici, fisiologia, eziologia.* Pendragon
- Muller-Pinget, S., Carrard, I., Ybarra, J. & Golay, A. (2012) Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Educ Couns* 89(3):525–8. doi: 10.1016/j.pec.2012.07.008
- Murrock, C.J., Higgins, P.A. Killion, C. (2009) Dance and peer support to improve diabetes outcomes in African American women. *Diabetes Educ.* 35(6):995–1003. doi: 10.1177/0145721709343322
- Nan, J.K.M., Ho, R.T.H. (2017). Effects of clay art therapy on adults outpatients with major depressive disorder: a randomized controlled trial. *J Affect Disord.* (217):237–45. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.013
- Ngong, P.A. (2017) Therapeutic theatre: an experience from a mental health clinic in Yaoundé-Cameroon. *Arts Health* 9(3):269–78. doi: 10.1080/17533015.2017.1296007

- Noice, H. & Noice, T. (2008) An arts intervention for older adults living in subsidized retirement homes. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.* 16(1):56–79. doi: 10.1080/13825580802233400
- Nutbeam, D. (1998) Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 13: 27 – 44.
- Nyamathi, A., Slagle, A., Thomas, A., Hudson, A., Khalilifard, F., Avila, G. et al. (2011) Art messaging to engage homeless young adults. *Prog Community Health Partnersh.* 5(1):9–18. doi: 10.1353/cpr.2011.0012
- Pagliarino A., (2001) *Teatro, comunità e capitale sociale*. Roma: Aracne
- Pagliarino A., Rossi Ghiglione A., (2007) *Fare Teatro Sociale*. Roma: Dino Audino
- Pagliarino, A. & Rossi Ghiglione, A. (2007) *Fare Teatro Sociale*. Roma: Dino Audino
- Parkinson, C., & White, M. (2013) Inequalities, the arts and public health: towards an international conversation. *Arts Health* 5(3):177–89. doi: 10.1080/17533015.2013.826260
- Pasiali, V. & Clark C. (2018) Evaluation of a music therapy social skills development program for youth with limited resources. *J Music Ther.* 55(3):280–308. doi: 10.1093/jmt/thy007
- Pelikan, M., Krajic, K. & Dietscher, C. (2001) The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, Volume 45, Issue 4, Pages 239-243, [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00187-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00187-2)
- Pietrantonio, L., (2001) *Psicologia della salute*. Roma: Carrocci Editore

- Pino, M.C. & Mazza M. (2016) The use of “literary action” to promote mentalizing ability. *PLOS One* 11(8):e0160254. doi: 10.1371/journal.pone.0160254
- Pontremoli, A. (2005) *Teoria e tecniche del teatro educativo e sociale : con saggi critici di Norma De Piccoli, Giovanni Limone, Alberto Pagliarino, Miriam Redaelli, Alessandra Rossi Ghiglione, Michele Santoro*. Torino: UTET
- Popay, J., Whitehead, M. & Hunter, D.J. (2010) Injustice is killing people on a large scale—but what is to be done about it? *Journal of Public Health*, Volume 32, Issue 2, Pages 148–149
- Porat, S., Goukasian, N., Hwang, K.S., Zanto, T., Do, T., Pierce, J. et al. (2016) Dance experience and associations with cortical gray matter thickness in the aging population. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 6(3):508–17. doi: 10.1159/000449130
- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D.I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U. et al. (2018) Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Exp Gerontol*. 102:133–44. doi: 10.1016/j.exger.2017.11.017
- Potash, J.S., Hy Ho, A., Chan, F., Lu Wang, X. & Cheng C. (2014) Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. *Int J Palliat Nurs*. 20(5):233–40. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.5.233
- Pradier, J-M. (1990) Towards a Biological Theory of the Body in Performance. *New Theatre Quarterly*, Cambridge University Press, v. 6, n. 21, p. 86-98

- Provenzi, L., Scotto di Minico, G., Giusti, L., Guida, E. & Müller, M. (2018) Disentangling the Dyadic Dance: Theoretical, Methodological and Outcomes Systematic Review of Mother-Infant Dyadic Processes, *Frontiers in Psychology*, 9, DOI=10.3389/fpsyg.2018.00348
- Quinn, N., Shulman, A., Knifton, L. & Byrne, P. (2011) The impact of a national mental health arts and Im festival on stigma and recovery. *Acta Psychiatr Scand.*123(1):71–81. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01573
- Racicot-Matta, C., Wilcke, M. & Egeland, G.M. (2016) Development of radio dramas for health communication pilot intervention in Canadian Inuit communities. *Health Promot Int.* 31(1):175–86. doi: 10.1093/heapro/dau024
- Rapp-Paglicci, L., Stewart, C. & Rowe, W. (2012) Improving outcomes for at-risk youth: findings from the Prodigy Cultural Arts Program. *J Evid Based Soc Work.* 9(5):512–23. doi: 10.1080/15433714.2011.581532
- Renton, A., Phillips, G., Daykin, N., Yu, G., Taylor, K. & Petticrew, M. (2012) Think of your arteries: arts participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. *Public Health* 26(suppl 1):S57–64. doi: 10.1016/j.puhe.2012.05.025
- Roberto, C. (2016) *Catarsi -Storie ed esperienze di un teatro che cura*. Vicenza : Accademia Olimpica

- Roberts, M., Lobo, R. & Sorenson A. (2017) Evaluating the Sharing Stories youth theatre program: an interactive theatre and drama-based strategy for sexual health promotion among multicultural youth. *Health Promot J Aust.* 28(1):30–6. doi: 10.1071/HE15096
- Robertson, D., et al. (2022) Evaluation of Social Impact Within Primary School Health Promotion: A Systematic Review. *Journal of School Health.* vol 92
- Rollins, J. & King, E. (2015). Promoting coping for children of hospitalized service members with combat injuries through creative arts engagement. *Arts Health.*;7(2):109–22. doi: 10.1080/17533015.2015.1019707
- Rootman, I., Goodstadt, M., McQueen et al. (ed.) (2000) Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe*
- Rosas-Blum, E.D., Granados, H.M., Mills, B.W. & Leiner, M. (2018) Comics as a medium for parent health education: improving understanding of normal 9-month-old developmental milestones. *Front Pediatr.* 6:203. doi: 10.3389/fped.2018.00203
- Rossi Ghiglione, A. (2007) *Fare teatro di comunità*. Torino: Ellenici
- Rossi Ghiglione, A. (2014) Arte, benessere e partecipazione. Il teatro come meta modello della partecipazione culturale, in De Biase, F. (a cura di), *I pubblici della cultura*. Audience development, audience engagement, Franco Angeli, pp. 216-239
- Rossi Ghiglione, A. (2015) Arte, benessere, cura. La potenza del teatro. *Pnei review*, 2, pp. 38-

Rossi Ghiglione, A. (2017) Cultura, salute e benessere: la International Culture Health& Wellebing Conference di Bristol dice sì all'arte nella promozione della salute, *pubblicato su www.dors.it e sul sito di SCT Centre*

Rossi Ghiglione, A. (2017), Comunità in scena. Il teatro sociale e di comunità tra cultura e salute. *L'Economia della Cultura*, Anno XXVII, 2017/n.2

Rossi Ghiglione, A., Pagliarino, A. & Fabris, F. (2019) *Caravan Next. A social community Theatre Project*. Franco Angeli

Rossi Ghiglione A. & Schininà G. (2019) *Creative and art-based activities in IOM Manual of Community-Baesd Mental Health and Psychosocial Support in emergencies and Displacement*. IOM-USAID; Geneva

Ruffini, F. (2022) *I teatri di Artaud: crudeltà, corpo-mente*. Cue Press

Russo, G. (2011) Teatro comunitario in Argentina. Trasformazione sociale, memoria collettiva e identità. *Antropologia E Teatro. Rivista Di Studi*, 2(2)

Sacket, D.L. 2002) The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 167, 363- 365

Sapienza A. (2013) Il teatro invisibile. *La Camera Blu. Rivista Di Studi Di Genere*, (9)

- Schachter, S.C. (2016) Epilepsy and art: windows into complexity and comorbidities. *Epilepsy Behav.* 57(Pt B):265–9. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.12.024
- Schechner, R. & Jovicevic, A. (2017). *Estetica e politica della performance*. Biblioteca teatrale. Bulzoni
- Schneider, S., Askew, C.D., Abel, T. & Strüder, H.K. (2010) Exercise, music, and the brain: is there a central pattern generator? *J Sports Sci.* 28(12):1337–43. doi: 10.1080/02640414.2010.507252
- Scholz, U. (2019) It's Time to Think about Time in Health Psychology. *Applied psychology. Health and Well-being* 11(2):173-186. DOI: 10.1111/aphw.12156. PMID: 30972951
- Shapiro, J., Rucker, L. & Beck, J. (2006) Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills. *Med Educ.* 40(3):263–8. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02389
- Scheler, M. (2016) *Essenza e forme della simpatia*. Frano Angeli
- Shelby, A. & Ernest K. (2013) Story and science: how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation. *Hum Vaccin Immunother* 9(8):1795–801. doi: 10.4161/hv.24828
- Shilton, T. & Barry, M.M. (2002) The critical role of health promotion for effective universal health coverage. *Global Health Promotion* 29(1):92-95
- Silverman, M.J. (2003) The influence of music on the symptoms of psychosis: a meta-analysis. *J Music Ther.* 40(1):27–40. PMID: 17590966

- Silverman, M.J. (2017) Effects of group-based educational songwriting on craving in patients on a detoxification unit: a cluster-randomized effectiveness study. *Psychol Music*. 47(2):241–54. doi: 10.1177/0305735617743103
- Silverman, M.J. (2013) Effects of music therapy on self- and experienced stigma in patients on an acute care psychiatric unit: a randomized three group effectiveness study. *Arch Psychiatr Nurs* 27(5):223–30. doi: 10.1016/j.apnu.2013.06.003
- Simmons, L.K. (2011) Creative expression in transformative learning: tools and techniques for educators of adults. *Teach Theol Religion* 14(4):394–395. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9647.2011.00747.x>
- Simonetti, N. (2019) *Il problema mente-corpo e i neuroni a specchio*. Diogene Multimedia
- Skye, E.P., Wagenschutz, H., Steiger, J.A. & Kumagai, A.K. (2014) Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ*. 29(4):704–8. doi: 10.1007/s13187-014-0641-y
- Smart, E., Edwards, B., Kingsnorth, S., Sheffe, S., Curran, C.J., Pinto, M. et al. (2018) Creating an inclusive leisure space: strategies used to engage children with and without disabilities in the arts-mediated program spiral garden. *Disabil Rehabil*. 40(2):199–207. doi: 10.1080/09638288.2016.1250122
- Smigelsky, M.A., Neimeyer, R.A., Murphy, V., Brown, D., Brown, V., Berryhill, A. et al. (2016) Performing the peace: using playback theatre in the strengthening of police–community relations. *Prog Community Health Partnersh*. 0(4):533–9. doi: 10.1353/cpr.2016.0061

- Soleymani, M.R., Hemmati, S., Ashra -Rizi, H. & Shahrzadieymani, L. (2017) Comparison of the effects of storytelling and creative drama methods on children's awareness about personal hygiene. *J Educ Health Promot.* 6:82. doi: 10.4103/jehp.jehp_56_16
- Sonke, J. & Pesata, V. (2015) The arts and health messaging: exploring the evidence and lessons from the 2014 Ebola outbreak. *BMJ Outcomes* 1:36–41
- Sonke, J., Pesata, V., Nakazibwe, V., Ssenyonjo, J., Lloyd, R., Espino, D. et al. (2018) The arts and health communication in Uganda: a light under the table. *Health Commun.* 33(4):401–8. doi: 10.1080/10410236.2016.1266743
- Stafford, R.L., Duncan, J.P. & Wright, M. (2003) A study of the effects of visual and performing arts in healthcare, *Chelsea & Westminster Hospital Arts*
- Staiano, A.E., Marker, A.M., Beyl, R.A., Hsia, D.S., Katzmarzyk, P.T. & Newton, R.L. (2017) A randomized controlled trial of dance exergaming for exercise training in overweight and obese adolescent girls. *Pediatr Obes.* 12(2):120–8. doi: 10.1111/ijpo.12117
- Stanislavski, K.S. (2011) *A. Il lavoro dell'attore su se stesso*. Editori Laterza
- Steensma, D.P. (2013) Stories we tell one another: narrative reflection and the art of oncology. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* doi: 10.1200/EdBook_AM.2013.33.e33
- Stein, E. (1985) *Il problema dell'empatia*. Roma: Edizioni Studium
- Stephens-Hernandez, A.B., Livingston, J.N., Dacons-Brock, K., Craft, H.L., Cameron, A., Franklin, S.O. et al. (2007) Drama-based education to motivate participation in

substance abuse prevention. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2(1):11. doi: 10.1186/1747-597X-2-11

Stephens, T., Braithwaite, R.L. & Taylor, S.E. (1998) Model for using hip-hop music for small group HIV/AIDS prevention counseling with African American adolescents and young adults. *Patient Educ Couns*. 35(2):127–37. doi: 10.1016/s0738-3991(98)00050-0

Stevens, K., McGrath, R. & Ward E. (2018) Identifying the influence of leisure-based social circus on the health and well-being of young people in Australia. *Ann Leisure Res*. 22(3):305–22. doi: 10.1080/11745398.2018.1537854

Stillman, C.M., Donahue, P.T., Williams, M.F., Callas, M., Lwanga, C., Brown, C. et al. (2018) Weight-loss outcomes from a pilot study of African dance in older African Americans. *Obesity (Silver Spring)* 26(12):1893–97. doi: 10.1002/oby.22331

Stoewen, D.L. (2022) Nature, nurture, and mental health Part 1: The influence of genetics, psychology, and biology. *Can Vet J*. 63(4):427-430. PMID: 35368400; PMCID: PMC8922370

Strong, J.V. & Mast, B.T. (2018) The cognitive functioning of older adult instrumental musicians and non-musicians. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*. 26(3):367–86. doi: 10.1080/13825585.2018.1448356

Teixeira-Machado, L., Arida, R.M. & de Jesus Mari J. (2019) Dance for neuroplasticity: a descriptive systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 96:232–40. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.12.010

The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals adopted at the 3rd Workshop of National (1997) *Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators, Vienna* from http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1

Tinti, A. (2007) *Educazione, Teatro e persone con afasia*. Progetto LAPH, ALIAS

Thorogood, M. & Coombes, Y. (ed.) (2000) *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford, Oxford University Press

Tjasink, M. & Soosaipillai G. (2019) Art therapy to reduce burnout in oncology and palliative care doctors: a pilot study. *Int J Art Ther* 24(1):12–20. doi: 10.1080/17454832.2018.1490327

Tomassoni, M. & Solano, L. (2003) *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Milano: Franco Angeli

Tones, K. & Green, G. (2014) *Health promotion: Planning and Strategies*. London: sage publications, 392 pp.

Torrissen, W. & Stickley, T. (2018) Participatory theatre and mental health recovery: a narrative inquiry. *Perspectives in Public Health* Vol. 138 No 1

Trahan, T., Durrant, S.J., Müllensiefen, D. & Williamson, V.J. (2018) The music that helps people sleep and the reasons they believe it works: a mixed methods analysis of online survey reports. *PLOS One* 13(11):e0206531. doi: 10.1371/journal.pone.0206531

Turchi, G.P & della Torre, P. (2007) *Psicologia della salute, dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Armando Editor

Turner, V., Capriolo, P. & De Matteis, S. (2000) *Dal rito al teatro*.

Van de Vyver, J. & Abrams, D. (2018) The arts as a catalyst for human prosociality and cooperation. *Soc Psychol Pers Sci*. 9(6):664–74. doi: 10.1177/1948550617720275

van den Bergh, B.J., Gatherer, A. & Møller, L.F. (2009) Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equity and social justice. *Bull World Health Organ*. 87(6):406. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.066928>

Van Lith, T. , Schoffeld, M.J, Fenner, P. (2013) Identifying the evidence-base for art-based practices and their potential benefit for mental health recovery: a critical review. *Disabil Rehabil*. 35 (16)1309–23. doi: 10.3109/09638288.2012.732188

Veronese, N., Maggi, S., Schoffeld, P. & Stubbs, B. (2017) Dance movement therapy and falls prevention. *Maturitas* 102:1–5. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.05.004

Weinstein, D., Launay, J., Pearce, E., Dunbar, R.I.M. & Stewart, L. (2016) Singing and social bonding: changes in connectivity and pain threshold as a function of group size. *Evol Hum Behav*. 37(2):152–8. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2015.10.002

Wes, Hawkley & Cacioppo (2006) What is health? The ability to adapt. *Lancet*. 2009;373:781

Wilkinson, A.V., Waters, A.J., Bygren, L.O. And Tarlov, A.R. (2007), Are Variations in Rates of Attending Cultural Activities Associated with Population Health in the United States? *BMC Public Health*, 7:226-232

- Williams, E., Dingle, G.A., Jetten, J. & Rowan, C. (2019) Identification with arts-based groups improves mental wellbeing in adults with chronic mental health conditions. *J Appl Soc Psychol* 49(1):15–26. doi: <https://doi.org/10.1111/jasp.12561>
- Williams, O., Leighton-Herrmann, E., DeSorbo, A., Eimicke, J., Abel-Bey, A., Valdez, L. et al. (2016) Effect of two 12-minute culturally targeted films on intent to call 911 for stroke. *Neurology* 86(21):1992–5. doi: 10.1212/WNL.0000000000002703
- Wilson, C., Bungay, H., Munn-Giddings, C. & Boyce, M. (2016) Healthcare professionals' perceptions of the value and impact of the arts in healthcare settings: a critical review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 56:90–101. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.11.003
- Woodall, J., Cross, R., Tones, K., & Green, J. (2015) Health promotion: Planning & strategies. *Health Promotion*, 1-640
- Woodall, J. & Freeman, C. (2020) Promoting health and well-being in prisons: an analysis of one year's prison inspection reports. *Crit Public Health* 30(5):555–66
- World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. Prisons and Health. WHO 2014: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1
- World Health Organization (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. *Official records of the World Health Organization, no. 2* (p.100)
- World Health Organization (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneva, (http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp_glossary_en.pdf)

- World Health Organization WHOQOL (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39, 1–8
- Zanlonghi G. (2007) L'altro sguardo del teatro: il teatro educativo e sociale. *Il Castello di Elsinore: quadrimestrale di teatro* 56, 75-128
- Zamperini, A. & Testoni, I. (2002) *Il valore della salute. Risorse per un dialogo tra psicologia sociale e educazione alla salute*, in Di Stefano G. & Vinello, R. (2002) *Psicologia dello sviluppo e problemi educativi*. Giunti Editore
- Zani, B. (2008) L'intervento psico-sociale, psicologia di comunità e psicologia della salute. *Psicologia Della Salute* 3/2008, pp 83-94
- Zhao, J., Li, H., Lin, R., Wei, Y. & Yang, A. (2018) Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled clinical trial. *Clin Intervent Aging* 13:1313–20. doi: 10.2147/CIA.S161861
- Zontou, Z. (2011) *Applied Theatre And Drugs: Community, Creativity And Hope*. Student Thesis, The University of Manchester
- Zyga, O., Russ, S.W., Meeker, H. & Kirk, J. (2017) A preliminary investigation of a school-based musical theater intervention program for children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil.* 22(3):262–78. doi: 10.1177/1744629517699334

Sitografia

www.iuhpe.org/index.php/en/the-accreditation-system

<https://www.humanrightscareers.com>

www.intrahealth.org

www.teatrortica.it

<https://coregroup.org>