

Ivana Matteucci

Comunicare la salute e promuovere il benessere

Teorie e modelli
per l'intervento nella scuola

E SALUTE

SCIENZE



COMUNICAZIONE

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Il rapporto sempre più autonomo e responsabile che il cittadino intrattiene oggi con il proprio benessere fa di salute e malattia il terreno su cui si misurano bisogni individuali e collettivi, esigenze relazionali e alterazioni biofisiche, richieste di intervento di apparati normalizzanti (il complesso sanitario).

La ricaduta di tali eventi nel quotidiano richiede chiavi di lettura coerenti che ne determinino il significato in rapporto sia al campo disciplinare di interesse che al contesto in cui maturano, dove si generano comportamenti non comprensibili a partire da un'ottica meramente sanitaria.

D'altro canto il diritto alla salute, diventato parametro di qualità della vita, investe di nuove responsabilità il sistema di cura sia esso pubblico, privato o di terzo settore aprendo al tempo stesso nuovi scenari occupazionali. Tutto ciò richiede attenzione e impegno sia nel campo della formazione delle figure che promuovono la salute, sia della produzione di testi per gli operatori, come è fondamentale che le diverse discipline concorrano a definire di volta in volta che cosa sia "salute" e attraverso quali azioni possa essere efficacemente promossa nel mutato contesto sociale.

Di qui l'urgenza di una collana che, seguendo più direzioni (*Teorie, Ricerca, Formazione, Comunicazione e Saperi transculturali*) e avvalendosi anche di apporti internazionali, contribuisca ad abbattere gli steccati disciplinari in cui la salute è stata rinchiusa e ne promuova una concezione più ampia.

Comitato editoriale della collana

Roberto Beneduce, Etnopsichiatria, Università di Torino; *Gilles Bibeau*, Antropologia, Mc Gill University, Università di Montreal; *Albino Claudio Bosio*, Psicologia medica, Università Cattolica di Milano; *Mario Cardano*, Metodologia della ricerca, Università di Torino; *Guia Castagnini*, Unità Operativa Complessa di Cure Palliative, Hospice - A.O. Desio e Vimercate; *Cesare Cislighi*, Economia sanitaria, Università di Milano; *Giorgio Cosmacini*, Università Vita-Salute dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele; *Pierpaolo Donati*, Sociologia della salute, Università di Bologna; *Claudine Herzlich*, Sociologia della medicina, CNRS-Ecoles Hautes Etudes en Sciences Sociales; *Marco Ingrosso*, Promozione della salute, Università di Ferrara; *Florentine Jaques*, Fitofarmacologia, Università di Metz; *Michele La Rosa*, Organizzazione sanitaria, Università di Bologna; *Sergio Manghi*, Sociologia della conoscenza, Università di Parma; *Mario Morcellini*, Scienze della comunicazione, Università di Roma; *Antonio Pagano*, Igiene e Medicina preventiva, Università di Milano; *Mariella Pandolfi*, Antropologia medica, Università di Montreal; *Benedetto Saraceno*, Riabilitazione, OMS, Ginevra; *Mara Tognetti*, Politiche socio-sanitarie, Medicine complementari, Università di Milano Bicocca, coordinatore della collana; *Giovanna Vicarelli*, Professioni sanitarie, Università Politecnica delle Marche; *Paolo Giovanni Vintani*, Farmacista in Barlassina (Mi).

I titoli della collana Scienze e salute sono sottoposti a referaggio anonimo.

Referenti della sezione *Saperi transculturali*

Alfredo Ancora, coordinatore della sezione, Psichiatria transculturale, Università di Siena; *Enzo Colombo*, Sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Milano; *Antonella Delle Fave*, Psicologia generale, Università di Milano; *Bruno Callieri*, Psichiatria, Università di Roma; *Massimo Buscema*, Direttore Centro ricerche di scienze della comunicazione “Semeion” Roma; *Carla Corradi Musi*, Filologia Ugro-Finnica, Università di Bologna; *Franco Voltaggio*, Filosofia della scienza, Università di Macerata; *Marie Rose Moro*, Professore di Psichiatria infantile, Università Parigi 5; *Pierluigi Sacco*, Economia della cultura, Università Iuav di Venezia; *Mario Antonio Reda*, Psicologia generale e clinica, Università di Siena; *Mario Galzigna*, Storia della scienza ed epistemologia clinica, Università di Venezia; *Andrea Damascelli*, Storia delle religioni, Roma; *Eugenio Imbriani*, Antropologia culturale, Università di Lecce.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità

Ivana Matteucci

Comunicare la salute e promuovere il benessere

**Teorie e modelli
per l'intervento nella scuola**

E SALUTE

SCIENZE

COMUNICAZIONE

FrancoAngeli

Il volume è stato pubblicato con il contributo dell'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo" – Dipartimento di Scienze della Comunicazione e Discipline Umanistiche.

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.*

Indice

Introduzione	pag.	9
---------------------	------	---

Parte prima - Teorie e modelli

1. Le teorie della comunicazione della salute	»	13
1. Salute e benessere	»	13
1.1. Modello biomedico e modello biopsicosociale	»	17
1.2. Il cambiamento epistemologico nel campo della salute	»	21
2. Comunicare la salute	»	23
2.1. <i>Health Belief Model</i> : il modello delle credenze sulla salute	»	24
2.2. Teoria della motivazione a proteggersi	»	25
2.3. Modello transteoretico di cambiamento del comportamento	»	27
3. Teoria sociale di Bandura	»	29
2. Le strategie della comunicazione e della prevenzione	»	32
1. Gli ambiti della promozione della salute	»	32
1.1. La scuola come luogo strategico di promozione della salute	»	32
1.2. Una strategia globale di promozione della salute nella scuola	»	33
2. Evoluzione delle tecniche comunicative	»	34
2.1. Informazione sulla salute centrata sulla figura dell'esperto	»	34
2.2. Comunicazione della salute centrata sul docente referente	»	35
2.3. Promozione della salute centrata sulle competenze degli studenti	»	37

3. Tecniche della comunicazione della salute	pag.	37
3.1. Modalità di comunicazione olistica	»	38
3.2. Il modello dell'apprendimento sociale "in gruppo"	»	39
3.3. Educazione come comunicazione tra pari	»	40
3. Le competenze della vita quotidiana e la comunicazione della salute	»	43
1. Le abilità di vita o <i>life skills</i>	»	43
1.1. Applicazione delle "abilità di vita" nella promozione della salute	»	44
2. Le <i>life skills</i> in ambito scolastico	»	47
2.1. Obiettivi della <i>Life skills education</i>	»	48
2.2. Competenze della vita in età evolutiva	»	49
4. Comunicazione e benessere	»	61
1. Modelli olistici della comunicazione	»	61
1.1. Verbale e non verbale nella comunicazione	»	63
1.2. Il sistema cinesico	»	65
1.3. Modalità non verbali del parlato	»	69
1.4. Gli aspetti statici della persona	»	70
2. Comunicazione efficace	»	71
2.1. Condizioni della comunicazione efficace	»	72
2.2. Insuccessi comunicativi	»	74
2.3. Le barriere della comunicazione	»	76
2.4. Le competenze comunicative	»	79
3. La comunicazione di gruppo	»	81
3.1. Gestione di un gruppo	»	82
3.2. Conduzione del gruppo	»	83
3.3. Risoluzione dei problemi	»	84
3.4. Migliorare i rapporti interpersonali nel gruppo	»	85
5. Relazioni interpersonali e affettività	»	86
1. Il benessere relazionale	»	86
1.1. Gli stili educativi	»	87
1.2. I comportamenti prosociali	»	89
2. La dimensione affettivo-relazionale	»	90
2.1. Aggressività disadattiva: i comportamenti antisociali	»	92
2.2. Aggressività disadattiva a scuola: il bullismo	»	93
3. Progetti di educazione socio-affettiva per la scuola	»	96
3.1. Obiettivi specifici di apprendimento relazionale	»	98
Conclusioni	»	100

6. Educazione alla comunicazione dei media	pag.	102
1. L'educazione ai media	»	102
1.1. Alfabetizzazione ai mezzi di comunicazione di massa	»	103
2. Problematiche emergenti	»	104
2.1. Nuove forme di dipendenza mediatica	»	104
2.2. Bambini e adolescenti nel mercato della comunicazione	»	106
2.3. Effetti della violenza nei media	»	109
3. Media e scuola	»	111
3.1. Il divario tra la scuola e il mondo delle nuove tecnologie	»	112
3.2. Strategie per l'educazione ai media	»	114
3.3. Nuovo approccio ai media	»	115
Conclusioni	»	117

Parte seconda - Attività e pratiche

7. Progettare il benessere sociale	»	121
1. Il benessere socio-emotivo	»	121
2. La prevenzione del disagio	»	123
2.1. Il disagio: le variabili e gli effetti	»	124
2.2. Le teorie dell'intervento	»	126
3. "La prevenzione del disagio e la promozione del benessere nella scuola"	»	128
3.1. TMA: Elaborazione e commento dei dati	»	130
3.2. Riepilogo dei risultati del TMA e conclusioni	»	142
8. Il quadro sociometrico	»	145
1. La promozione del benessere	»	145
1.1. Il gruppo classe	»	146
2. Il test sociometrico	»	146
2.1. Il sociogramma	»	147
2.2. Formulazione delle domande	»	148
3. Lettura dei dati sociometrici	»	148
3.1. Indici individuali	»	149
3.2. Indici individuali nel gruppo classe	»	152
3.3. Indici collettivi	»	157
4. Comunicazione dei risultati del sociogramma	»	159
9. Le attività nelle classi e nelle scuole	»	161
1. L'albero della salute	»	161
1.1. <i>Brainstorming</i> su salute e benessere	»	162

1.2. Il <i>circle time</i> sul benessere	pag. 163
1.3. La parte informativa	» 164
2. Videobenessere	» 165
2.1. Ipermedia <i>online</i> e <i>offline</i>	» 165
2.2. Un ipermedia sul tema “benessere”	» 166
3. Il portasalute	» 167
3.1. Il comportamento prosociale (empatia, aiuto, altruismo)	» 167
3.2. Lo stile comunicativo (aggressivo, passivo, assertivo)	» 170
4. L'alfabeto emozionale	» 173
5. Gli incontri con gli insegnanti e con i genitori	» 175
5.1. Potenziamiento delle competenze relazionali del personale docente	» 176
5.2. Comunicazione dei risultati del progetto ai genitori	» 182
Bibliografia	» 183

Introduzione

Per ogni giovane l'adolescenza rappresenta una fase fondamentale della propria esistenza in cui maturano convinzioni, opinioni, conoscenze, atteggiamenti e abitudini che determineranno in gran parte lo sviluppo dell'individuo adulto, il suo ruolo e il suo contributo alla convivenza sociale. Dunque la collaborazione tra il mondo scientifico, l'ambito socio-sanitario, gli enti preposti alla cura del cittadino e allo sviluppo del territorio da un lato e quello dell'educazione e della formazione dall'altro, rappresenta un elemento fondamentale per la progettazione di azioni che permettano di affrontare e controllare i processi di crescita altrimenti travolti da pressioni commerciali miranti a favorire il consumo di oggetti e servizi, attraverso messaggi mediatici che spesso suggeriscono modelli di comportamento ispirati a stili di vita non sani.

Le evidenze scientifiche dimostrano che un numero limitato di comportamenti contribuisce in larga misura a determinare alcune tra le maggiori cause di morte e di malessere che colpiscono la nostra società, come le malattie cardiocircolatorie, il cancro, gli incidenti, i suicidi, la depressione, la violenza. Tali comportamenti, spesso maturati in giovane età, comprendono il consumo di sostanze psicotrope, diete non salutari, un'attività fisica scarsa o nulla, relazioni sociali malate.

Questo lavoro, nella parte teorica e di presentazione, affronta gli obiettivi e le competenze comuni a tutti i programmi di comunicazione della salute, allo scopo di analizzare e migliorare le metodologie che hanno caratterizzato finora gli interventi preventivi spesso episodici, non partecipativi e unicamente informativi. Esso si propone, infatti, di promuovere la salute attraverso temi, contenuti e metodi analizzati nell'ottica dell'evidenza e del superamento della frammentarietà e della disomogeneità operativa.

I contenuti presentati nella prima parte prevedono, per ciascuna area, la definizione del problema, l'identificazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione, citando articoli e linee guida nazionali e internazionali, i riferimenti a progetti già realizzati sulle tematiche trattate, gli obiettivi

di apprendimento, i metodi e gli strumenti per l'intervento di comunicazione nelle aree di salute. Nella seconda parte, viene presentato il progetto *La prevenzione del disagio e la promozione del benessere nella scuola* promosso dalla Comunità Montana dell'Alto e Medio Metauro effettuato a livello sperimentale in alcune scuole della provincia di Pesaro e Urbino, che costituisce un'applicazione dei contenuti teorici e delle metodologie esposte nella prima parte dell'opera.

Parte prima

Teorie e modelli

1. Le teorie della comunicazione della salute

1. Salute e benessere

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 1946 faceva un passo molto ambizioso, scrivendo nella propria Costituzione che «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità». Il momento era propizio all'ottimismo: si era appena usciti dalla Seconda guerra mondiale e la medicina disponeva forse per la prima volta di armi straordinariamente potenti – antibiotici e vaccinazioni di massa *in primis* – con cui sembrava ragionevole immaginare un mondo di piena salute per tutti. In effetti la promessa è stata almeno in parte mantenuta. Nei paesi ricchi l'aspettativa di vita è cresciuta in maniera esponenziale, e antibiotici e vaccini, insieme a igiene e alimentazione, hanno fatto la loro parte. Eppure non possiamo dire che il benessere fisico, mentale e sociale dell'uomo sia qualcosa di definitivamente acquisito. Si sta delineando, al contrario, un mutamento tumultuoso del concetto di salute e di malattia, a partire dal quale si va disegnando un panorama complesso ed eterogeneo di rappresentazioni più o meno oggettive, di percezioni soggettive o collettive e di valori spesso in contrasto tra di loro, che aumentano la complessità della gestione istituzionale ed individuale delle risorse di benessere. La situazione attuale presenta molte difficoltà per il singolo medico, che si confronta con un sistema sanitario sempre più complesso ed avverte spesso l'impressione di perdere il controllo del proprio ambito di lavoro, e anche per il paziente, che ha la sensazione di avere a che fare con un sistema sanitario frammentato e poco leggibile. Il malato risulta oggi più che mai insoddisfatto del sistema sanitario e la sua insoddisfazione viene spesso manifestata apertamente, mentre, paradossalmente, egli non ha mai ricevuto una così grande attenzione.

Il tema e il concetto di salute può essere affrontato a partire da una prospettiva storica. Uno storico contemporaneo della medicina, l'inglese Roy

Porter, ha affermato: «Fino a qualche tempo fa, la vita veniva vissuta sotto l'impero della malattia. [...]. Uomini e donne, i poveri soprattutto, dovevano farsi forti di fronte alla malattia, al dolore, all'invalidità e all'invecchiamento precoce. L'atteggiamento stoico divenne quasi una seconda pelle [...]: i nostri antenati tentavano di mantenersi in salute e di curare se stessi e i loro cari in caso di malattia. Talvolta, coloro che potevano permetterselo, si rivolgevano a guaritori di professione»¹. Gli uomini hanno sofferto a lungo a causa della loro impotenza davanti alla malattia, e la magia e la religione hanno spesso rappresentato un insieme di pratiche per farvi fronte. L'avvento della attuale società medicalizzata ha richiesto che l'uomo cessi di pensare la malattia come un male di fronte al quale nulla può. Questo atteggiamento si afferma grazie alla medicina empirica e razionale che progredisce a partire dal XVI secolo: abbandonato l'atteggiamento fatalista, la salute diventa un impegno e un dovere per ogni cittadino. La rassegnazione deve scomparire davanti alla volontà di conoscere e agire.

Se fino alla metà del XX secolo la salute viene interpretata e affrontata all'interno di un modello strettamente biomedico, successivamente riacquista significati relativamente nuovi che la inseriscono in un modello più attento al sociale. Dalla spiegazione dominante soprattutto in Occidente, che si rifaceva al concetto di malattia emerso negli ospedali parigini alla fine del XVIII secolo, con la sua focalizzazione sulle cosiddette lesioni patologiche all'interno del corpo², si va sviluppando un interesse sempre crescente per la dimensione psicologica e relazionale del paziente. Anche se l'approccio biomedico alla malattia rimane dominante per tutto il XX secolo e continua ad usufruire delle ingenti risorse che gli stati destinano alla sanità, il miglioramento generale in campo sanitario dipenderà anche dagli interventi diretti all'igiene ambientale, come il controllo dell'acqua potabile, degli alimenti, la costruzione delle reti fognarie, e, in generale, dall'attuazione di politiche sociali. Si riconosce quindi che lo spazio sociale è il terreno nel quale la malattia si manifesta mentre si gettano le basi per una nuova medicina sociale, nella quale risulta evidente il legame tra i cosiddetti "fattori sociali" e le malattie diffuse, come ad esempio la tubercolosi e le malattie veneree. La medicina sociale riconosce che un paziente non è solo un individuo biologico ma anche un individuo sociale e che la ricerca sociosanitaria è indispensabile per risolvere i più gravi problemi di salute della società contemporanea. Ai giorni nostri la salute è all'apice dei valori sociali e rappresenta un diritto imprescindibile. Per l'individuo la salute si iscrive nelle tematiche dell'espressione libera e della realizzazione del sé.

1. R. Porter, *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, Carocci, Roma 2004, pp. 35-36.

2. M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1969. Questa medicina consentiva ai medici di attuare nuovi metodi di indagine clinica sul paziente ospedalizzato.

Secondo l'attuale accezione medica, con il termine salute, si indica uno stato di generale benessere fisico e psichico che esprime la normalità strutturale e funzionale dell'organismo, considerato nel suo insieme. Pertanto, in medicina, salute non significa semplicemente assenza di malattie, quindi di gravi patologie in atto, di deficit funzionali, di mutilazioni, ma è espressione di una condizione di complessiva efficienza psicofisica. Dal latino *salus -utis* "salvezza, incolumità, integrità, salute", salute significa soprattutto «uno stato di benessere, di tranquillità, d'integrità, individuale o collettiva»³. Il concetto di salute ha perciò anche il significato di salvezza, come condizione di chi è salvo (da una malattia) e riguarda indubbiamente gli individui inseriti in un particolare ambiente fisico e in una collettività: ciò implica che la salute non concerne solamente lo stato fisico, ma anche lo stato psicologico e sociale degli individui stessi. Questo concetto di salute non è certamente nuovo e affonda le sue radici nel passato, giacché già nell'antichità, Galeno, uno dei padri fondatori della medicina antica, considerava lo stato di salute come conseguenza diretta di un equilibrio interno tra quattro umori, caratterizzanti ciascuno una determinata stagione dell'anno e della vita.

A definire la salute concorrono fattori e discipline diversi. La medicina, da un lato, svolge il compito di stabilire, ad esempio, la differenza tra una condizione normale ed una condizione patologica e fornisce così una prima misura di quello che può essere la salute. La società, d'altro lato, dà un proprio contributo fondamentale nel definire cos'è la salute e che cosa può essere ritenuto e indicato come malattia, che cosa sia meritevole di cura o che cosa sia la normalità. Quando si parla di salute, si indica anche la gestione pubblica della salute, ossia la cosiddetta sanità. Se con salute si intende «lo stato di benessere fisico e psichico di un organismo umano che deriva dal buon funzionamento di tutte le componenti e dall'assenza di malattie o disturbi, sia organici sia funzionali»⁴, con sanità, o sanità pubblica, si indica «la tutela della salute della collettività e delle condizioni igieniche, mediche e sociali in genere che servono a garantirla, a ripristinarla e a diffonderla, come compito proprio delle pubbliche autorità»⁵.

La salute e la malattia si definiscono in maniera reciproca, e spesso per opposizione: la salute viene infatti considerata come assenza di malattia e, viceversa, la malattia come assenza di salute. Nello stesso tempo tuttavia, nonostante sempre si sia cercato di individuare un discrimine tra salute e malattia, ci sono delle situazioni nelle quali è molto difficile provare a distinguerle. Un primo scenario nel quale salute e malattia si interseca-

3. Voce "salute", Dizionario on line Treccani.

4. Voce "salute" in S. Battaglia, *Grande dizionario della lingua italiana*, vol. XVII, Utet, Torino 1994, pp. 456-60, qui p. 458.

5. Voce "sanità", in *ivi*, pp. 519-20, qui p. 519.

no è quello della salute mentale: nelle forme di disagio psichico è difficile definire quando si entra in pieno in uno stato di malattia. Un secondo possibile scenario è quello delle malattie genetiche: tra queste vi sono alcune malattie che possono essere diagnosticate quando la persona non manifesta ancora la condizione di malattia, con precisi segni e sintomi, attraverso le cosiddette diagnosi pre-sintomatiche. La persona che si trova predisposta alla manifestazione di una malattia è una persona sana o malata? La risposta non è semplice, e neppure netta. C'è sempre, inoltre, una dimensione soggettiva ed esistenziale della salute, ossia il modo con cui ognuno di noi percepisce la propria salute e la propria malattia, e la maniera in cui vive queste condizioni. Per cogliere appieno i tratti che la salute riveste, non si dovrebbe dimenticare che nel concetto di salute sono comprese anche le nozioni di “incompiutezza” e di “tensione verso”. In questo senso essa si potrebbe designare come una costante tensione verso uno stato di benessere a cui si aspira, ma che non si vive mai in una dimensione di stabilità e definitiva: quello tra salute e malattia rimane, per molti aspetti, un equilibrio instabile e la salute una costante ricerca.

Ingrosso, adottando la classificazione della salute come contenuto positivo elaborato da Seedhouse (1986), cita cinque definizioni aventi rilevanza storica: *salute come stato ideale*, concetto di stampo olistico che si riferisce alla definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità all'atto della sua fondazione e aspramente criticata per il suo carattere ritenuto utopico; *salute come fitness fisica e mentale*, approccio alla salute di tipo normativo⁶, come capacità ottimale di assolvere ruoli sociali, ossia salute come normalità socialmente data; *salute come prodotto, come bene di consumo*, come prodotto della macchina sanitaria che può essere venduto e acquistato, che può essere considerato un bene privato, ma anche un bene pubblico soggetto a un regime giuridico diverso ma sempre quantificabile in servizi e prestazioni per gli utenti; *salute come forza o abilità personale*, come capacità di adattamento attivo, nella consapevolezza che ognuno ha in sé la forza e le abilità per superare la malattia, sia come individuo che come collettività; *salute come sviluppo delle potenzialità personali*, basata sulla disponibilità di accedere a fattori in parte comuni a tutti come cibo, acqua, casa, informazioni, e altri specifici di certe fasi e condizioni di vita⁷.

Oggi si impone sempre più la necessità di pensare un modello nel quale la salute non dipenda esclusivamente dalla mancanza di malattia vista co-

6. Un approccio normativo alla salute identifica la sociologia sanitaria di Talcott Parsons, *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure*, in T. Parsons (Ed.), *Social Structure and Personalities*, The Free Press of Glencoe, New York 1964.

7. M. Ingrosso (a cura di), *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche politiche*, FrancoAngeli, Milano 1994, pp. 86-87.

me oggetto finito e spiegabile in modo monocausale; la salute deve essere compresa in un insieme più ampio di fattori fisici, psichici e sociali in armonia ed equilibrio. Citando Ingresso: «L'emergere di una concezione ecologica, costruttiva e riflessiva in settori delle scienze della salute e del senso comune consente di affermare che, accanto a forme-salute statiche come la salute-possesso (avere) e la salute-benessere (essere) che si sono contrapposte negli anni Sessanta e Settanta, stanno emergendo delle concezioni dinamiche, come quelle della salute-desiderio (fare) e della salute-processo (divenire). Mentre la salute-desiderio è orientata dalla bussola della piacevolezza, del gusto e dai giochi di identità debole, la salute come divenire è guidata da una sensibilità estetica per i ritmi e le forme dei processi sociali in cui l'identità non è essenza, ma costruzione orientata al con-vivere»⁸. La salute ha così acquisito, nei paesi sviluppati, uno stato multidimensionale in cui si è preso coscienza di molti fattori, quali ad esempio il crescente aumento delle malattie croniche, l'invecchiamento della popolazione, lo stress, l'integrazione sociale, le condizioni economiche e culturali, come elementi che costituiscono un intreccio molto rilevante. L'avere ormai debellato molti flagelli del passato e il conseguente miglioramento degli standard di vita ha posto l'accento sul ruolo giocato dall'equilibrio tra gli esseri umani e l'ambiente fisico e sociale in cui vivono.

Purtroppo, con il passare del tempo, la salute pubblica è diventata un onere sempre più gravoso per i governi, e la limitazione progressiva al suo finanziamento pone la questione di fronte ad una sfida davvero epocale. Ora è anche e soprattutto l'individuo, nella sua rete familiare e sociale, ad essere chiamato in causa come principale attore del mantenimento della propria salute da raggiungere attraverso l'adozione di "sani" stili di vita. È indubbio che per responsabilizzare gli individui alla cura di sé, per arrivare in futuro a società in cui la salute venga perseguita naturalmente mediante comportamenti adeguati, occorre fin da ora un enorme sforzo e un impegno davvero serio da parte di molteplici attori della vita pubblica e sociale e non soltanto delle istituzioni normalmente preposte, che devono necessariamente unirsi e coordinarsi in uno sforzo "corale".

1.1. *Modello biomedico e modello biopsicosociale*

A partire dalla concezione della salute multidimensionale, si è imposta la necessità di un modello di promozione e protezione della salute centrato sul paziente. L'approccio centrato sul paziente propone un modello sistemico che si concentra sulla salute anziché sulla malattia come invece ac-

8. Ivi, pp. 112-113.

cade nel modello biomedico. Il modello biomedico focalizza l'attenzione sulla malattia tramite un processo di oggettivazione del soggetto malato, valutato attraverso una prospettiva meccanicistico-riduzionista⁹. Il riduzionismo è una tesi filosofica secondo la quale i fenomeni complessi sono tutti riconducibili ad un unico principio essenziale: attraverso un processo di riduzione alle loro parti elementari possono essere scoperti i principi fondamentali sottostanti. Il meccanicismo considera l'universo materiale che comprende gli essere viventi, come una macchina che può essere meglio compresa analizzandone le più piccole parti. Tale visione del mondo che si delinea a partire della fine del XVII secolo, riflette i principi dell'Illuminismo e provoca una rivoluzione basata su una visione dell'uomo come assoluto padrone della propria vita e della natura, proteso verso il futuro e fiducioso unicamente nei confronti della conoscenza scientifica.

Il modello biomedico nasce quando l'approccio scientifico viene applicato al campo della salute e risulta dominante da quasi cento anni. Le sue caratteristiche salienti riguardano la concezione del corpo separato dalla mente ed equivalente alla somma delle sue parti strutturali e fisiologiche, e la inaccessibilità del corpo all'influenza di forze esterne (intrapersonali o interpersonali). La malattia viene spiegata attraverso la deviazione dalla norma di variabili misurabili, biologiche o somatiche: si cerca la causa primaria della malattia, una volta identificata, la causa va isolata e bloccata. Il dottore biomedico concentra la sua attenzione sull'ottenimento di informazioni sulle condizioni fisiche del singolo, facendo il possibile per non essere influenzato da preconcetti che riguardano entrambi (medico e paziente) in quanto persone. Alla diagnosi fa seguito un programma di terapia ammissibile; deve infatti essere fornito un trattamento standardizzato in maniera imparziale. Di fatto un medico è interscambiabile con un altro, la sola cosa che li distingue è la profondità delle conoscenze mediche e la loro esperienza in campo medico. Poiché è necessaria una conoscenza profonda in ogni singolo campo, l'approccio biomedico favorisce una specializzazione delle competenze. Il *paziente* (la cui accezione in tale ambito corrisponde ai sinonimi "sottomesso", "calmo", "remissivo", "che patisce sofferenze"), ha il solo compito di informare il medico dello stato di malfunzionamento in cui il suo organismo si trova, e di delegare poi al sapere scientifico del medico la responsabilità delle decisioni riguardanti il suo stato di salute.

Negli ultimi cinquanta anni sono intervenuti grandi cambiamenti a livello sociale e culturale in senso ampio. Nel XX secolo gli scienziati si rendono conto che le metodologie del razionalismo, del riduzionismo e del dualismo non riescono a dispiegare i misteri della natura. Nel campo della fisica

9. Secondo la teoria biologica delle malattie, la malattia è un guasto della macchina biologica, per questo la teoria può essere definita un modello meccanico. H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filosofia della medicina*, Cortina, Milano 1995, p. 63.

le teorie della relatività di Einstein, i principi della meccanica quantistica e il principio di indeterminazione di Heisenberg presentano un mondo fatto di *pattern* piuttosto che di oggetti discreti. Nel frattempo altre teorie annullano l'immagine di un universo conoscibile e controllabile. La teoria generale dei sistemi e la cibernetica hanno molto influenzato i campi delle scienze: le nuove teorie ecologiche forniscono una visione della vita come rete di sistemi viventi. Bateson¹⁰ ha utilizzato i principi della cibernetica per sviluppare un'idea di mente come fenomeno sistemico. La nuova ottica sistemica ha alimentato un paradigma scientifico dei sistemi viventi basato sul principio della *relazione*: i sistemi viventi sono insiemi integrati di relazioni ordinate e le proprietà sistemiche degli organismi vengono distrutte quando un sistema viene ridotto ad elementi isolati. L'indagine scientifica abbandona l'idea di una scienza decontestualizzata a favore di un'indagine scientifica che ragiona intermini di contesto, ambiente, ecologia. L'attenzione viene posta sul processo di interazione tra sistemi viventi generando informazioni su comunicazione, *feedback*, morfostasi, morfogenesi e perturbazioni. La causalità dei fenomeni risulta non lineare ma complessa, spesso è risultato dell'influenza di diversi sottosistemi. Osservazioni, ipotesi e teorie sono approssimazioni della realtà, non sono la realtà stessa. L'idea del sistema vivente come macchina fatta di parti discrete con le proprie caratteristiche essenziali cambia per andare verso un'idea di sistema vivente come rete di relazioni.

Nel 1977, sulla rivista *Science*¹¹, viene pubblicato l'articolo di George L. Engel dal titolo *La necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la Biomedicina*, dove il medico sfida la medicina e la psichiatria ad abbandonare il modello biomedico e ad adottare il nuovo orientamento sistemico. Affrontando l'argomento partendo dalla crisi in atto nell'ambito della psichiatria, l'autore sostiene la necessità di un superamento del modello dominante di tipo biomedico mettendone in luce i limiti che ne impediscono l'avanzamento e che non consentono l'adeguamento della scienza medica alle nuove istanze. «Sostengo piuttosto che tutta la medicina sia in crisi, e inoltre, che la crisi della medicina derivi dallo stesso difetto di base della psichiatria, vale a dire, l'aderenza ad un modello centrato sulla malattia che non è più adeguato ai compiti scientifici e alle responsabilità sociali sia della medicina che della psichiatria. L'importanza del modo in cui i medi-

10. La teoria ecologica di Gregory Bateson ha molto influenzato l'approccio allo studio della salute. G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1976.

11. G.L. Engel, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, "Science", vol. 196, n. 4286, 1977, pp. 129-136. Negli ultimi trenta anni sono emersi diversi approcci clinici basati sul pensiero sistemico (medicina dei sistemi familiari, cure infermieristiche per i sistemi familiari, terapia familiare medica, cure centrate sulla relazione, cure centrate sul paziente).