

LA PSICOLOGIA DELLA SALUTE NEI CONTESTI DI CURA. SOGGETTIVITÀ, COMPORTAMENTI, SVILUPPO, TECNOLOGIE E ORGANIZZAZIONE



Paride Braibanti

con contributi di: Simone Belli, Francesca Brivio, Bruno Carminati, Laura Fagnani,
Ivo Lizzola, Dafne Muntanyola Saura, Maria Simonetta Spada

Università degli Studi di Bergamo

INDICE

INDICE	2
PRIMA PARTE: LA PSICOLOGIA DELLA SALUTE: DEFINIZIONI E CAMPO D'INDAGINE	3
<u>1)</u> IL CONCETTO DI SALUTE E LA SUA EVOLUZIONE IN OCCIDENTE DALL'ANTICHITÀ ALL'ETÀ CONTEMPORANEA.....	3
Modelli di salute e malattia nell'età contemporanea	16
L'organismo come sistema complesso e la centralità delle relazioni organismo-ambiente	18
Ambivalenze nello sviluppo della medicina sulla soggettività e sulla personalizzazione nella relazione col paziente	21
<u>2)</u> COSTRUTTI DI SALUTE NELL'ETÀ CONTEMPORANEA	32
<u>3)</u> PSICOLOGIA E SALUTE	58
La convocazione della psicologia alle tematiche della salute.....	58
Psicologia della salute, modello biopsicosociale e orientamento sistemico	63
Punti di forza e criticità nello sviluppo della psicologia della salute	67
La sfida biopsicosociale al modello biomedico	108
Fattori psicosociali coinvolti nella cura	111
Interventi e prospettive di sviluppo in alcuni quadri clinici	117
<u>4)</u> SCHEDE 4: LA SALUTE NELLA RAPPRESENTAZIONE DELLA LR LOMBARDIA 23/2015 E LA CONVOCAZIONE DELLA PSICOLOGIA	144
La promozione della salute, fuori dai ghetti della “prevenzione”, come terreno unificante di riferimento per l'azione consulenziale dello psicologo	149
Il ruolo dello psicologo di base come psicologo di territorio	152

Capitolo 1

IL CONCETTO DI SALUTE E LA SUA EVOLUZIONE IN OCCIDENTE DALL'ANTICHITÀ ALL'ETÀ CONTEMPORANEA

Anche se l'evoluzione complessiva del concetto di salute risente di molti fattori che ne impediscono una ricostruzione dettagliata, si può certamente affermare che la linea di sviluppo storico del modo in cui le popolazioni occidentali, a partire dal mondo greco, hanno considerato la salute può essere distinto in quattro grandi macroperiodi: l'antichità greco-romana, il medioevo, l'età moderna, l'età contemporanea o della postmodernità.

L'antichità greco-romana

La ricostruzione del pensiero greco sulla salute guarda generalmente allo sviluppo della medicina, inevitabilmente caratterizzata dalla “cura del corpo”. In questo senso la concezione greca di salute e malattia è fortemente accompagnata dalla **istituzione della medicina** sia come “tecnica della cura”, sia come “filosofia della salute”. Punto di forza della medicina ippocratica era una concezione secondo cui non esisteva una netta separazione tra salute e malattia e “di conseguenza, le malattie non erano entità reali, ma configurazioni di segni e sintomi che l'esperienza intellettuale del medico organizzava in modo da rendere possibile e giustificare la pratica clinica. Con Ippocrate la malattia perdeva qualunque connotato morale (associato a una colpa) o religioso (di prova inflitta da forze ultraterrene) per diventare un fenomeno naturale, immanente all'organismo e dipendente dal modo di reagire degli elementi che garantiscono il funzionamento normale del corpo”. (Corbellini, 2004, pag. 45).

L'esordio delle concezioni di salute nell'età greca si caratterizzano dunque per un sensibile distacco rispetto a concezioni arcaiche, in cui salute e malattia erano dominate soprattutto dall'intervento di entità spirituali e, soprattutto, da spiriti maligni che invadendo il corpo generavano la malattia. In questa concettualizzazione prevaleva l'idea del funzionamento congiunto di mente e corpo, intesi come un'unica sostanza, parti della medesima cosa, di un'unica realtà sottostante, in una visione **monista** dell'essere umano, in cui salute e malattia.

Rimane tuttavia una concezione per cui la salute corrisponde ad un equilibrio con la natura.

La filosofia greca abbandona tuttavia con Platone questa visione per introdurre una separazione (**dualismo**) tra il corpo e la mente (o l'anima) che vengono ora considerate come entità o sostanze distinte. Il corpo ben radicato nella realtà fisica, la mente e l'anima viste come realtà più astratte. Si deve a Ippocrate, tra il quinto e il quarto secolo prima di Cristo, e al suo seguace Galeno, nel secondo secolo a.c., lo sviluppo di una concezione che ancorava la malattia nel solo corpo e la rendeva indipendente dalla mente. Galeno, in particolare, considera la malattia un disequilibrio tra le componenti calde, fredde, secche ed umide del corpo, corrispondenti ai quattro *umori* (liquidi) che fluivano nel corpo: il *sangue* (caldo-umido) che proviene dal cuore, il *flemma* (freddo-umido) che si diffonde dal cervello, la *bile gialla* (caldo-secco) secreta dal fegato e la *bile nera* (freddo-secco) che si riversa dalla milza allo stomaco. La "costituzione", il "temperamento" o lo "stato" del corpo potevano essere modificati variando l'equilibrio tra le quattro componenti e ciò poteva essere dovuto a fattori diversi, come l'ansia, il logorio e l'affaticamento, l'insonnia, eccesso di cibo la permanenza nel corpo di cibi di cattiva qualità. La dottrina ippocratica e la medicina galenica affondano le radici nel pensiero Empedocle e di Pitagora. Empedocle faceva risalire ogni cosa dalla combinazione di quattro principi: terra, acqua, aria e fuoco, cui corrispondono le qualità del secco, umido, freddo e caldo. È poi soprattutto, un discepolo della scuola pitagorica di Crotona, Alcmeone, che sviluppa la concezione della salute come accordo tra le sostanze che compongono il corpo (*isonomia*), della malattia come perturbazione di questo accordo e della guarigione come ristabilimento della giusta proporzione tra le sostanze. In Ippocrate, l'*iponomia* prenderà il nome di *crasi* e *discrasia* sarà invece il termine con cui si indicava la sua perturbazione. La teoria pitagorica, com'è noto, è ampiamente presente nella cosmologia platonica del *Timeo*, in cui si legge: "Le malattie poi donde nascono, si può dire che sia manifesto ad ognuno. Infatti, essendo quattro gli elementi, di cui si compone il corpo, terra, fuoco, acqua e aria, la loro abbondanza e scarsezza contro natura, la trasposizione dal posto loro proprio ad uno alieno, inoltre l'acquisizione di specie fra loro discoranti del fuoco e degli altri elementi, perché ciascuno di questi comprende più specie, e tutti gli altri simili casi producono disordini e malattie" (*Timeo*, 82, A). La dottrina ippocratica-galenica ha dominato a lungo le concezioni della medicina, anche se questa non ha abbandonato, sia pure entro una visione completamente diversa, lo studio dei liquidi organici nei processi fisiologici e fisiopatologici (esiste peraltro tuttora una fisiopatologia umorale nel capo degli studi sull'immunità).

Una concezione analoga a quella ippocratico-galenica può essere rintracciata nella medicina Ayurvedica (sviluppata in India dal primo millennio avanti Cristo), secondo la quale l'organismo umano è governato dall'equilibrio tra tre forze (*dosha*), frutto dell'azione combinata di cinque elementi (terra, acqua, fuoco, etere e aria): *Vata* (vento: combinazione di etere e aria), *Pitta* (bile: combinazione di fuoco e terra), *Kapha* (flemma: combinazione di terra e acqua). Molti discutono di possibili influenze della più antica medicina ayurvedica sulle concezioni greche anche precedentemente al contatto di Alessandro Magno con il territorio indiano,

probabilmente attraverso l'impero persiano. Si discute ad esempio di molte vicinanze del pensiero platonico sul corpo umano e sulle malattie che farebbero pensare più a concezioni ayurvediche che strettamente pitagoriche.

Si deve anche segnalare una certa consonanza, almeno sotto questo punto di vista, anche con la medicina cinese che, rinviando ad una rappresentazione divinatoria del mondo fenomenico nell'*I Ching* (Libro del mutamento) attraverso 64 esagrammi (derivati dalla combinazione di sei tratti continui (*yang*) e sei tratti interrotti (*yin*), portava a pensare la realtà in modo dinamico e in termini di cambiamento. È nel quarto secolo a.C. che viene elaborata la teoria delle cinque fasi (*wu xing*) alla base della concezione *naturalista*: legno, fuoco, terra, metallo e acqua. La salute viene considerata come un'armonia naturale di un sistema olistico di corrispondenze che consentono di fabbricare il *qi* (il soffio, l'energia) e di mantenerne la corretta circolazione nel corpo. La malattia è invece la conseguenza di uno sbilanciamento di *yin* e *yang* che, interferendo con la circolazione del *qi*, compromette il funzionamento dei sistemi viscerali e dei fluidi vitali.

In ogni caso il pensiero Ippocratico colloca le vicende di salute all'interno del corpo umano. Liberata dalle influenze di spiriti maligni, la salute viene ricondotta ad un equilibrio "naturale" (interno) che può essere perturbato da fattori esterni, ma non determinato dall'equilibrio tra l'uomo e il proprio ambiente (naturale o spirituale che sia). La medicina cinese insiste maggiormente sulla corrispondenza tra il funzionamento del microcosmo umano e del macrocosmo, anch'esso inteso come organismo, e, insieme alla medicina ayurvedica, sembra caratterizzarsi per una più netta integrazione monistica di mente e corpo. Questa tensione tra dimensioni prevalentemente interne e interazioni tra individuo e ambiente caratterizzano le concezioni sulla salute sia prima che successivamente al periodo classico, fino ai giorni d'oggi. Una seconda tensione, anch'essa ricorrente nella storia della medicina, è tra la visione ippocratica della malattia, intesa come disequilibrio di una condizione naturale che rinuncia implicitamente ad una vera e propria differenziazione nosologica delle malattie, e l'idea di una specificità clinica delle malattie, sostenuta invece dalla contemporanea scuola di Cnido, che considerava le malattie come un complesso di segni e sintomi, riconducibile a qualche aspetto della realtà organica, rinviando ad un concetto di tipo ontologico e ad una classificazione nosologica delle malattie. Pur mantenendosi in una visione sostanzialmente ippocratica, Galeno, nell'età della Roma imperiale, non rinunciava a ricercare caratteristiche specifiche della malattia, localizzandola al livello degli organi e della loro funzione e considerandola come risultato di un disturbo di una parte particolare del corpo, di cui è lesa in primo luogo la capacità di agire.

Parallelamente alla concezione di salute nell'ambito della "tecnica della cura" e della filosofia della salute, cresce tuttavia anche la concezione del benessere e dell'autonomia. Punto di svolta è sicuramente l'introduzione del concetto aristotelico di *eudaimonia*, in cui esplicitamente si ricompongono queste dimensioni. Essa tuttavia si distingue dalla salute e assume piuttosto il valore più generale di bene supremo, di una 'felicità', di una 'autorealizzazione' (*eudaimonia*), che consiste, come dice Aristotele in (EN I 6 1097b22), in "un'attività dell'anima secondo virtù". Per Aristotele il bene (umano) è piuttosto un'auto-realizzazione,

basata sul funzionamento perfetto della parte razionale della nostra anima. La salute, invece, sembra essere piuttosto un fine particolare di azioni o attività dell'uomo, ad esempio della medicina. Essa non rappresenta dunque un sommo bene per l'uomo, ma una particolare condizione che può essere salvaguardata e perseguita agendo secondo una retta ragione in modo da evitare sia l'eccesso sia il difetto. La concezione aristotelica di salute sembra quindi rinviare alla visione ippocratica della medicina e della salute fisica: del resto Aristotele e la sua scuola diedero un impulso notevole alla conoscenza della fisiologia e allo sviluppo della medicina nel periodo ellenistico, soprattutto nella famosissima scuola Medica di Alessandria d'Egitto. Tuttavia l'idea di eudaimonia continuerà a lungo ad intrecciarsi con quella della salute, anche nell'età contemporanea, e consente di dare un punto di riferimento a chi individua una relazione tra la salute e lo stare o l'essere in sintonia con il bene (ben-essere) collocando il discorso sulla salute in prossimità di quello sull'etica e sulla razionalità.

In tal modo il pensiero greco è contemporaneamente all'origine delle attuali riflessioni sulla salute così come emerge dalla tradizione del pensiero medico sia di quelle che intravedono nella salute anche componenti legate al buon funzionamento psicologico e sociale. Così, "si direbbe che per affrontare il tema della salute come "stato di benessere psicologico", occorre distaccarsi dall'attuale modello medico e attingere ispirazione alle fonti umanistiche della filosofia e dell'etica. Da queste si possono trarre i "*criteria goods*", cioè le dimensioni che qualificano un buon funzionamento mentale. Da quelle si parte per operazionalizzare e verificare la loro trattabilità sul piano delle scienze psicologico-sociali. Il passo successivo è quello di individuare il substrato fisiologico di queste dimensioni. Questo passo è quello che può determinare un importante progresso nella comprensione integrata e positiva della salute" (Bertini, 2001).

Un terzo contributo che viene dall'età classica è infine legata al concetto di "*cura di sé*", traduzione dell'espressione in lingua greca antica *epimèleia heautoù*, risalente in particolare alla filosofia di Socrate e che fu poi ripresa e tradotta in *cura sui* nella cultura romana di epoca tardoantica. Siamo certamente debitori a Foucault della rilettura dello sviluppo di questo concetto dall'antichità all'età moderna¹. All'inizio il concetto di "*cura di sé*" si colora soprattutto di connotazioni pedagogiche e politiche: la cura di sé consisteva nell'indicare ai giovani una preparazione alla vita adulta che doveva tener conto anche del comando socratico del *gnothi seautòn* (conosci te stesso), la massima incisa sul frontone del tempio di Delfi. Il precetto pratico socratico si trasformerà quindi nell'imperativo spirituale e filosofico del dovere di ricercare la verità interiore sino al punto di mettere da parte la tecnica della cura di sé. Questo concetto in seguito progressivamente evolve verso una direzione contemporaneamente più pratica e più orientata alla dimensione etica e, per quanto riguarda il discorso sulla salute, la cura di sé deve aiutare gli uomini a sanarsi dei loro vizi e difetti divenendo una sorta di strumento complementare dell'arte medica. La cura di sé persegue quindi lo stesso fine della guarigione, non più solo dei mali fisici ma anche di quelli spirituali.

Tuttavia questi importanti principi (autonomia, cura di sé) penetrano a fatica, o non penetrano per nulla, nel pensiero medico dominante nel tempo e che resterà sostanzialmente tale, in gran parte, attraverso il medioevo e l'età moderna, fino alle soglie dell'età contemporanea. Infatti, l'autonomia, la capacità di autorealizzazione e la responsabilità della cura di sé, benché presenti nello spirito del tempo e assegnati ad almeno una parte delle persone, non rientrano in modo significativo tra i capisaldi delle relazioni umane in medicina. Essa si preoccupa di regolare soprattutto il potere del medico, ma non di valorizzare la posizione del paziente (vedi il giuramento di Ippocrate). Il paziente, infatti, è ritenuto incapace di prendere giuste decisioni di fronte alla malattia, è ritenuto debole e incompetente anche in forza della propria condizione di malato e, quindi, gli si affida quale unico compito quello di "obbedire" al medico e di affidarsi a lui in modo totale. A questa posizione passiva, dipendente e, in certa misura, ininfluenza del paziente, corrisponde il primo atteggiamento "bioetico", quello predominante nella storia del pensiero medico occidentale fino alle soglie del nostro tempo: quello della non maleficenza / beneficenza del medico verso il paziente.

Questo principio si fonda sulla corrispondenza della salute con l'ordine naturale e con il compito del medico di salvaguardare tale ordine naturale, che corrisponde al bene, minacciato nella malattia, nell'interesse del malato e della sua salvezza. La relazione medico-paziente corrisponde a quest'ordine naturale.

Esso tuttavia "non era univoco, poiché al suo interno il medico era considerato il soggetto agente e il malato il soggetto paziente. Il dovere del medico consisteva nel 'fare il bene' del paziente e quello del paziente era accettarlo. La moralità della relazione medico-paziente dunque doveva essere una caratteristica "moralità di beneficenza" (Garcia, 2015, pag. 39).

"Nella tradizione ippocratica questa è stata la formulazione classica del principio di non maleficenza/beneficenza: il mio dovere di medico è aiutare i pazienti, o almeno non nuocere loro, invece di informarli o di rispettare le loro decisioni. Tradizionalmente il principio di non maleficenza/beneficenza è stato interpretato come assoluto e indipendente dai sentimenti e dalle opinioni del paziente. Questo è il significato della famosa sentenza scritta nel libro Ippocratico intitolato Epidemie: tendere nelle malattie a due scopi, giovare o non esser di danno. L'arte ha tre momenti: la malattia, il malato e il medico. Il medico è ministro dell'arte: si opponga al male il malato insieme con il medico (ivi, pag. 41).

Questo principio ordinatore della gerarchia medico-paziente implica l'instaurarsi dell'atteggiamento medico nel segno del **paternalismo**, caratterizzato dal fatto che il medico, considerato non solo agente "tecnicamente esperto", ma anche "agente morale", poteva e doveva agire secondo la propria conoscenza, per il bene del paziente anche contro la sua volontà (cfr. Garcia, pag. 39).

La concezione classica, ippocratico-galenica sopravvisse nel medioevo soprattutto per merito della medicina e della filosofia arabo-islamica, che peraltro raggiunse un elevato perfezionamento tecnico nei protocolli di osservazione clinica, ad esempio con Rhazès che, nel IX secolo d.C. effettuò la prima diagnosi differenziale di vaiolo e morbillo (Corbellini, p. 57). Attraverso l'incontro con la cultura araba, in Spagna e in Sicilia, la cultura medica di origine greco-romana rientrarono nei territori cristiani e finirono per soppiantare le medicine empiriche popolari e monastiche che si erano sviluppate, certo non senza una qualche efficacia, nei secoli successivi alla caduta dell'Impero Romano d'Occidente. Tra i più significativi medici e filosofi arabi che ebbero un'ampia influenza anche nel pensiero medico della cristianità medievale vi fu sicuramente Avicenna, di origine iranica, che nel suo *al-Qānūn fī - ṭibb* (Il Canone della Medicina), intorno all'anno 1000 ordinò le dottrine mediche di Ippocrate e Galeno insieme a quelle biologiche di Aristotele. A Cordova Averroè riprende i temi dell'aristotelismo e considerava il male, compreso quello fisico, come un vizio o un errore nell'esercizio della conoscenza, mentre la conoscenza, perfezionandosi, produce la beatitudine. Sempre a Cordova, ma in ambiente ebraico, Mosé Maimonide redasse "una serie di trattati di interesse medico, ispirati a una concezione etica per cui la conservazione della salute è subordinata all'astinenza dai piaceri, alla sobrietà, alla moderazione dei modi, all'estraneazione dalle passioni (Corbellini, p. 58).

Prima che queste concezioni facessero breccia nel pensiero Cristiano, questo si caratterizzò soprattutto per una presa di distanza dal concetto di salute della medicina antica. Per quanto Cristo non associasse la malattia al peccato e tenesse distinto il male fisico dal male morale, egli tuttavia assume su di sé ogni peccato ed ogni sofferenza umana, proponendosi come il supremo portatore di salute. Non essendo originata dal peccato individuale, la malattia può essere tuttavia inclusa nelle conseguenze sulla creazione della trasgressione di Adamo, insieme alla perdita dell'innocenza e della giustizia. Inoltre la malattia può in certi casi conseguire a trasgressioni morali e ad azioni impure che costituiscono minacce per l'organismo e la salute e, infine, malattia e peccato possono essere disordini tra loro correlati. Nondimeno la salute fisica era considerata un bene, ma non un bene assoluto com'era invece la salute spirituale. D'altro canto la malattia poteva avere anche conseguenze positive, potendo limitare il peccato, redimere, mettere alla prova la pazienza e la fede, confermare che dipendiamo dal volere di Dio. Così la sofferenza poteva essere una via per il perfezionamento interiore.

Secondo Corbellini (pag. 59), "per diversi secoli dell'era cristiana convivettero tre idee della malattia, da cui furono ricavate differenti strategie di cura. Innanzitutto un concetto *spirituale/miracolistico*, per cui la malattia era mandata da Dio e i rimedi a cui ricorrere erano preghiere, sacramenti, esorcismi e culto dei santi e delle reliquie. Quindi un concetto *medico/naturale*, in cui la malattia è intesa come un fenomeno naturale e spiegata sulla base della teoria umorale, da combattere soprattutto con salassi, purghe, diete, farmaci e interventi chirurgici. Infine un concetto *magico*, per cui la malattia era un fatto demoniaco che soltanto pratiche occulte o esorcistiche potevano sconfiggere.

Il medioevo si caratterizza anche nel mondo cristiano per la ripresa delle scuole mediche (la prima e probabilmente la più famosa è la Scuola Salernitana di Guglielmo da Saliceto, che si richiamava alla tradizione galenica) e per l'introduzione dell'insegnamento universitario della medicina, come a Parigi nel 1110 e a Bologna nel 1158).

L'idea quindi che la caduta dell'Impero Romano abbia prodotto soltanto una concezione spiritualista della salute e delle malattie non trova una piena coincidenza con i fatti. Come in altri campi dell'esperienza e dello sviluppo umano, il medioevo si presenta in modo complesso e assai variegato, con elementi regressivi e progressi, come fucina di rielaborazione di istanze diverse, non sempre originali, ma neppure del tutto prive di una certa innovatività. Un punto importante è rappresentato dal fatto che le istanze spirituali, tanto nella tradizione cristiana quanto in quella islamica ed ebraica, tornano a congiungersi con le istanze fisiche e fisiologiche, anche se è dubbio che in ogni caso si possa realmente parlare solo di un ritorno ad una visione monista di mente e corpo. Permane, contrapposta alla concezione ippocratico-galenica, una visione ellenisticocristiana per cui nelle vicende di salute e malattia l'individuo è una persona libera e responsabile, con una propria vita interiore, che poteva trasformare la sofferenza in opportunità per risanare l'anima e guadagnare la benevolenza divina. Si introduce peraltro una concezione della cura come un'assistenza permeata di *Caritas*, del tutto assente nella tradizione della medicina greca e romana. (Corbellini, pag. 60). Tuttavia la visione religiosa della malattia si accompagna ad una visione magica che, soprattutto nella cultura popolare avallata comunque dall'inquisizione domenicana nel *Malleus Malleficarum*, comprendeva le malattie tra le opere di Satana e delle streghe. Tale opera malefica si dirigeva soprattutto all'area dei sentimenti, delle relazioni, della follia e della sessualità (Corbellini, pag. 61).

L'età moderna

L'età moderna secondo alcuni storici (es. Livet e Mousnier) può essere delimitata dalla comparsa e dalla fine delle grandi epidemie pestilenziali, ovvero tra il 1348 (l'anno in cui la Peste Nera colpì praticamente tutta l'Europa) e il 1665, data dell'ultima epidemia di peste in Inghilterra (La Grande peste di Londra). Se adottiamo il criterio della diffusione della peste in Europa, dovremo però dilatare il periodo, considerando che Vienna e l'Europa Centrale furono colpite fino al 1679, la Francia fino al 1720, il Nord Italia fino al 1743 e, a Venezia, ancora nel 1848, il sud Italia fino al 1816, la Spagna fino al 1849, l'Egitto fino al 1844 e la Russia fino al 1889. Secondo questa ricostruzione dunque, l'età moderna può essere ricompresa tra la metà del '300 e la fine dell'800. Questa datazione sarebbe compatibile con l'idea di Barraclough che, sulla base di altro ragionamento, fa esordire l'età contemporanea al terzo quarto del XIX secolo, in coincidenza dell'espansione Russa in Siberia (la ferrovia transiberiana) e con la conquista del West negli Stati Uniti.,

cioè con l'insediamento continentale di quelle che saranno nel XX secolo le superpotenze mondiali, e con lo sviluppo del sistema economico-industriale nell'intero emisfero settentrionale.

Dal punto di vista delle concezioni della salute, l'età moderna si può caratterizzare per le seguenti quattro linee di sviluppo:

L'emancipazione progressiva e non lineare sia dalla visione magicoreligiosa della malattia sia dalla concezione naturalista e funzionalista ippocratico-galenica, verso una concezione riduzionista che cercava di **attribuire alle malattie uno statuto ontologico positivo**, non come mera controparte negativa degli equilibri dinamici del normale funzionamento dell'organismo. Emblematico in *questo* senso fu l'opera di Paracesso (Teophrastus Bombast von Hoenheim) a introdurre l'alchimia nel pensiero medico. Secondo questa visione "iatrochimica" la dinamica di equilibrio o disequilibrio degli umori non poteva spiegare la varietà delle malattie, che invece andavano riconosciute come "specie" differenziate e a cui occorreva contrapporsi sostenendo un principio dinamico del corpo (*archeus*) in grado di contrastare le malattie. In generale la iatrochimica propugnava l'idea che la malattia sia una modalità attiva e positiva, e non la semplice rottura di un equilibrio, e che alla specificità delle malattie occorreva rispondere peraltro con la specificità del rimedio, con quantità specifiche di farmaco destinato a contrapporsi gli *archei* specifici della malattia. Questa concezione fa della iatrochimica una concezione che precorre la moderna farmacologia, così come il concetto di malattia come dovuto a un agente parassitario esterno principi dinamici (agenti chimici o fermenti) fossero alla base delle funzioni vitali normali o patologiche anticipa l'introduzione in medicina delle tesi biopatologiche della microbiologia e della biochimica (Corbellini, pag. 74).

La **costruzione di veri e propri "sistemi medici"** con un proprio impianto epistemologico e con apparati tecnico-strumentali solidamente dominanti nel governo della salute e della malattia (le Università e gli Ospedali). Se la medicina dell'età moderna si appellava crescentemente alle concezioni scientifiche emergenti (alchimia, scienza galileiana, fisica newtoniana) essa cercava nondimeno di instaurare, entro uno statuto scientifico separato, un'epistemologia autonoma per la medicina. L'idea era che la medicina iniziasse là ove le scienze fisiche finivano e che fosse possibile costruire veri e propri sistemi medici specifici, inizialmente fondati sull'individuazione di pochi principi e di leggi semplici della vita in grado di regolare e spiegare la salute e la malattia. Questi principi potevano essere costituiti ad esempio:

dalla dinamica di fluidi e solidi che compongono il corpo generata da uno spirito vitale (anima immateriale) propria della materia vivente (George Ernst Stahl, 1660-1734); dalla ricostruzione di una meccanica razionale dei movimenti e della quantità e qualità degli umori (Friedrich Hoffmann, 1660-1742), o di un gioco di variabili come forze, pesi e pressioni idrostatiche (Hermann

Boerhaave, 1668-1738);

dalla presenza di un principio come la “eccitazione” che John Brown (1735-1788) riteneva l’equivalente in medicina della “gravitazione” della fisica newtoniana, il cui aumento o la cui riduzione produceva rispettivamente le affezioni *steniche* o *asteniche*.

È interessante osservare che i sistemi medici si costituiscono prevalentemente nelle Università, anche a partire dalla necessità di meglio ordinare l’esperienza della medicina in una organizzazione sistematica e disciplinare che potesse essere trasmessa e insegnata agli studenti. Si può dire che questi sistemi furono una delle chiavi su cui si aprì il prestigio dell’Università in Medicina, cioè di una istituzione che entrava come impalcatura strategica, una delle basi del Sistema Medico così come ancora oggi lo conosciamo.

L’obiettivazione della malattia dapprima in nosografie e sistemi tassonomici e, successivamente, in una concezione anatomo-clinica, con la progressiva dissociazione del soggetto dalla sua malattia (e dalla salute);

La presa di distanza dalle concezioni ippocratiche della salute prende una particolare configurazione nella costruzione delle tassonomie moderne delle malattie. Mentre, infatti, nella tradizione classica ci “si interessava alla costituzione del malato e non si poneva il problema di attribuire delle etichette alla malattia”, a partire dal XVII secolo e, con maggiore intensità, nel secolo successivo, prendono piede sistematizzazioni dei quadri clinici alla cui base stava la convinzione che “le malattie fossero definibili come entità cliniche che, dal punto di vista logico, rappresentavano delle ‘specie’ e potevano essere identificate osservando un gran numero di malati e isolando segni e sintomi caratteristici (patognomonic). Sia pure in modi diversi, le classificazioni nosologiche che così si affermavano, traevano ispirazione dal sistema tassonomico delle scienze naturali, proposto nel 1735 da Carlo Linneo, come la *Nosologia methodica* di François Boissier de Sauvages (1763) o la *Synopsis nosologiae methodicae* di William Cullen (1776) o la forse più famosa *Nosographie philosophique* di Philippe Pinel. L’obiettivazione della malattia aveva un’indubbia capacità di sistematizzare la conoscenza e di mettere ordine nell’esperienza medica e di caratterizzare e quindi a rendere controllabile la malattia sulla base dell’insieme di segni che solo in quanto collegati tra loro divengono patognomonic. Tuttavia già allora v’era che ritenesse, come ad esempio Pierre Cabanis (1798) che l’utilità delle nosografie non potesse essere confusa con la presunzione che un ordine funzionale ripecchi una realtà naturale e che al clinico restasse in ultima istanza la responsabilità di stabilire “l’ordine in cui le sue conoscenze e i suoi piani di cura si devono incardinare” (Corbellini, pag. 82). Ma, soprattutto, la nosografia sembra iniziare una nuova tradizione per cui una concezione essenzialista o tipologica della malattia assumeva la fisionomia di un “universale” che ridimensiona il ruolo dell’esperienza individuale della malattia, da cui invece nella tradizione classica non si poteva prescindere. Anche se il pensiero nosologico troverà altra e diversa collocazione nella medicina contemporanea, la perdita di spessore della soggettività che si consolida in questa fase manterrà una propria forte persistenza in quello sia affacci all’inizio della nostra storia recente

come paradigma biomedico della salute. Come affermava Foucault (1963) nella nascita della clinica, “con le nosologie settecentesche il malato cessava di essere il soggetto della sua malattia” (Corbellini, pag. 83).

Anche l’approccio anatomo-clinico, che si svilupperà nel corso del XIX secolo in contrasto con le visioni nosologiche, sembra mantenere il soggetto a debita distanza. Esso tuttavia reintroduce l’attenzione agli “stati interni”. Infatti, mentre le tassonomie delle malattie erano fondate sull’osservazione “esterna” dei sintomi, tendenzialmente senza ricorrere alla nozione di stati interni che caratterizzavano la precedente visione classica della malattia, la logica anatomo-clinica non rinuncia a ricondurre la malattia a cambiamenti nello stato interno del corpo. Decisive, in questa direzione, sono le descrizioni delle alterazioni sui corpi prodotte dalla malattia, nel corso del XVII e del XVIII secolo attraverso la pratica delle autopsie. Fu Morgagni nel 1761 con una rassegna di 700 autopsie a proporre una distinzione tra lesioni causate dalla malattia e lesioni che producono una malattia. “Con Morgagni la malattia cessava di essere una creazione dell’immaginazione medica o un’ontologia funzionale a qualche teoria, o un’ipotesi pur razionale: diventava una realtà visibile, palpabile e persino quantificabile (dimensione e peso), come per esempio nel restringimento di un vaso e nella dilatazione di una cavità naturale” (Corbellini, pag. 84). E’ nel corso dell’ottocento però che prende progressivamente piede una definizione clinica della malattia, attraverso una sistematica connessione tra sintomi e lesioni caratteristiche, localizzate a livello di particolari organi o tessuti. Ciò fu reso possibile dalla combinazione tra osservazione dei sintomi, della loro evoluzione, fino alla morte del paziente, e alla *verifica anatomica*, con l’osservazione delle lesioni nell’autopsia. Gradualmente, la verifica autoptica (che naturalmente aveva il non lieve inconveniente di poter avvenire solo dopo la morte del paziente) fu sostituita dall’invenzione dell’esame fisico. Già Morgagni introdusse l’ispezione rettale, l’esplorazione degli orifizi, la palpazione e l’auscultazione del malato. Le tecniche per l’esame fisico si diversificheranno nel corso dell’800 con la diffusione della *percussione toracica*, dell’auscultazione tramite *stetoscopio* (Laennec, 1817).

L’**introduzione di tecnologie** in grado di quantificare e obiettivare il funzionamento degli organi in forma numerica o grafica segnarono una svolta nell’esame clinico, con lo *sfigmomanometro*, l’*elettrocardiografo* e l’*elettroencefalografo*. Altrettanto importanti furono gli strumenti che consentivano di “vedere” l’interno del corpo, come l’*oftalmoscopio* o il *laringoscopio* o, l’introduzione della radiologia operata da Roentgen, con la scoperta nel 1895 degli omonimi raggi (chiamati solo in Italia Raggi X), con una logica anatomo-clinica che persiste nelle attuali concezioni e pratiche dell’*imaging*. L’incontro così massiccio della tecnologia nell’esplorazione dell’universo della salute e della malattia rappresenta un’eredità fondamentale per la cultura della salute e della medicina nell’età contemporanea.

L’acquisizione di una concezione della salute come una fenomenologia che non riguarda solo le vicende individuali, ma intere **popolazioni** e, congiuntamente, la

coniugazione della *nascita della clinica* con la nascita delle filosofie dello Stato e con le pratiche di governo orientato al benessere e alla ricchezza delle popolazioni.

L'intervento pubblico (politico) sulla salute diventa massiccio, ma nel corso del XIX secolo v'è, secondo Foucault, un importante cambiamento nel XIX secolo, il passaggio dal potere "sovrano" che agiva appunto dall'alto, con la spada, esercitando il diritto "di far morire o lasciar vivere" i suoi sudditi, a un potere che invece vuole organizzare, ordinare, dirigere la popolazione e vuole quindi gestire la vita, non più la morte! Paradossalmente la morte non esce affatto dal panorama, ma viene sfruttata come strumento per ottenere "un più" di vita. Perché proprio nell'epoca contemporanea si sono viste le più crudeli e terribili guerre e stragi dell'umanità? Facciamo rispondere Foucault: «le guerre non si fanno più in nome del sovrano che bisogna difendere; si fanno in nome dell'esistenza di tutti; si spingono intere popolazioni a uccidersi reciprocamente in nome della loro necessità di vivere».

Nell'emergere della pratica biopolitica si crea un nuovo modo di intendere il concetto di popolazione, come corpo compatto governato da determinate e precise leggi. Queste leggi vanno quindi studiate, analizzate e conosciute al fine di piegarle verso il proprio interesse di governanti e per il mantenimento del corpo stesso, tramite determinati dispositivi quali possono essere la demografia e la statistica, o con l'inquadramento in determinati organismi come l'esercito e la. L'analisi di Foucault procede individuando l'importante e indissolubile legame tra biopolitica e capitalismo: le nuove tecniche di potere agiscono specialmente a livello dei processi economici, per consentire contemporaneamente la crescita e la docilità, ovvero la governabilità della popolazione.

L'obiettivo sbandierato è quello del raggiungimento del benessere "per tutti", che naturalmente fa gola al soggetto popolazione, ma questo benessere come si raggiunge? Ed è davvero un benessere di tutti? Vediamo il modo in cui concretamente agisce il potere che proclama il benessere per tutti. Secondo Foucault più che promulgando leggi da far rispettare, il potere biopolitico agisce creando una "norma" che va seguita se si vuole rientrare nei parametri di chi ha diritto al benessere, fornendo tecniche (come ad esempio quella medica) che permettano di rientrare in questi suddetti parametri.

Per Foucault la biopolitica è il terreno in cui agiscono le pratiche con le quali la rete di poteri gestisce le discipline del corpo e le regolazioni delle popolazioni. È un'area d'incontro tra potere e sfera della vita. Un incontro che si realizza pienamente in un'epoca precisa: quella dell'esplosione del capitalismo.

Il biopotere, potere sulla vita, si è sviluppato nei secoli XVII e XVIII in due direzioni principali e complementari:

la gestione del corpo umano nella società dell'economia e finanza capitalista, la sua utilizzazione e il suo controllo la gestione del corpo umano come specie, base dei processi biologici da controllare per una biopolitica delle popolazioni

Il controllo delle condizioni della vita umana diventa un affare politico. Si rovescia la vecchia simbologia del potere, legato al sangue e al diritto di morte, in una nuova, in cui il potere garantisce la vita. In questo modo il potere, più di prima, ha accesso al corpo. Ma al contempo il Novecento mostra che nella modernità più che mai nella storia la politica mette in gioco la vita delle persone. Conseguenza dell'irruzione del biopotere è che la legge concede spazio alla norma: la struttura rigida della legge permette di minacciare la morte, ma la norma è più adatta a codificare la vita. Per questo il Liberalismo è il quadro politico che fa da sfondo alla biopolitica. In questo, secondo Foucault, si inserisce l'azione di resistenza al potere: rivendicare la vita, piena, non alienata, la soddisfazione dei bisogni e dei desideri, la salute e la felicità.

Discipline che vanno dalla chimica e biologia alla genetica e alla scienza statistica, saperi quali la demografia, la psichiatria, la sociologia, la criminologia, la sessuologia hanno contribuito a tratteggiare le linee della "normalità" e a fornire alle sfere di potere gli strumenti concettuali per la gestione delle attività biologiche.

Foucault, continuando e approfondendo la riflessione di Georges Canguilhem, individua nell'affermazione del binomio normale-patologico (o deviato) nella scienza medica, nell'imposizione di sistemi di previdenza o assicurazione in sfera economica, nell'avvento di igienismo e eugenetica, le tappe fondamentali attraverso le quali si attua questo passaggio alla biopolitica. Questa importante considerazione di Foucault non inficia che il "benessere" delle persone acquisti gradualmente una diversa accezione e una diversa dimensione che, proprio nell'età moderna cominciano a delinearsi come centrali e che saranno per molti aspetti contenuti nelle grandi tradizioni politiche del liberalismo, prima, e del socialismo, un secolo più tardi: l'idea "di autonomia e di giustizia" e l'idea di salute e benessere come "bene comune".

Diego Garcia (1988, 2015) attribuisce alla Riforma protestante l'origine dell'idea di **autonomia**.

"In effetti, se la Riforma protestante ha voluto e ottenuto qualcosa, questo è la sostituzione dell'idea di 'ordine' con quella di 'autonomia' e di quella di *ordine naturale* con quella di *ordine morale*. Da ciò nasce il secondo grande paradigma morale della storia occidentale, le cui origini sono intrecciate con la progressiva scoperta dei diritti umani dal tempo di Locke ai giorni nostri" (Garcia, 2015, pag. 44)

L'idea di autonomia e di ordine morale assegna alla ragione un primato rispetto all'ordine normativo della natura e dunque la fondazione dei diritti umani non è naturale, ma razionale e morale. Una conseguenza di ciò al livello delle relazioni umane fu che l'idea medievale di un ordine gerarchico, verticale, monarchico e paternalista finì col divenire obsoleta e destinata ad essere sostituita dall'idea dei diritti civili e politici entro una concezione più orizzontale, simmetrica e democratica. Lungo questa linea, il liberalismo introdusse una lunga parabola di affermazione del valore dei "Diritti universali" lungo il XVII e il XVIII secolo. L'idea di Locke che "la ragione [...] insegna a tutti gli uomini, purché vogliano cinsultarla, che, essendo tutti uguali e indipendenti, nessuno deve recar danno ad altri nella vita, nella salute, nella libertà e nei pssessi" (Locke, 1989, p. 231), trova un'eco significativa nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani dell'ONU del 1948

laddove afferma di aver “fede nei diritti umani fondamentali, nella dignità e nel valore delle persone umane, nell’uguaglianza dei diritti di uomini e donne di nazioni piccole e grandi” (cfr. Garcia, 2015, pp.46-47).

Il socialismo del XIX aggiunse a questi diritti civili e politici un nuovo insieme di diritti umani. Non era più sufficiente, per il socialismo, una libertà dalle coercizioni esterne perché:

“per quanto uno possa essere *libero da* coercizioni esterne, non può vivere in una condizione sociale adeguata se non ha un’effettiva *libertà di* lavorare, farsi una famiglia, crescere dei figli, ecc., questa libertà essendo garantita dai diritti economici, sociali e culturali. Per questo motivo il socialismo cominciò a considerare la ‘*libertà da*’ come un diritto puramente formale a fronte della ‘*libertà per*’, questa sì considerata come un *reale* diritto “ (ivi, pag. 47)

Tutto questo non può che avere, almeno in una prospettiva di lungo periodo, delle importanti conseguenze sulle relazioni e sui modelli umani che caratterizzano il campo della medicina e della cura. In primo luogo, l’idea di autonomia porta a ridelineare il principio ipocratico di non maleficenza/beneficenza e, in secondo luogo, la salute smette di essere definitivamente un fatto esclusivamente privato, per divenire un fenomeno pubblico, oggetto delle cosiddette “politiche sanitarie”. Tuttavia entrambe queste conseguenze dovranno attendere almeno l’esordio del XX secolo prima di imporsi come ineluttabili per la medicina.

Vediamo innanzitutto l’effetto dell’idea di autonomia:

“L’idea nuova che comincia ad affacciarsi è che nessuno può essere beneficente verso altri senza rispettare la sua autonomia, e dunque la sua volontà. La beneficenza diventa inseparabile dall’autonomia. Anche la non maleficenza, ma in un altro modo [...]. Le idee di bene differiscono da persona a persona, ciascuno ha la propria; perciò i doveri di beneficenza sono personali e non trasferibili. Al contrario, il contenuto del principio di non maleficenza dovrebbe essere lo stesso per tutti, perciò dovrebbe essere stabilito facendo ricorso a regole di universalizzazione, imparzialità e simmetria. E poiché i doveri di non maleficenza generano diritti in altre persone, come sostiene Mill, questi non sono soltanto morali, ma anche legali e prendono la forma di leggi positive che possono essere rese effettive con la forza” (Ivi, pp. 45-46).

Contrariamente all’idea ipocratica che considera il paziente di per sé incompetente e debole sia dal punto di vista fisico che da quello morale, e quindi affidato alla guida del medico, come unico responsabile di un’azione orientata alla beneficenza e alla non maleficenza, si fa strada l’idea che questi due principi non possano essere semplicemente affidate alla sola coscienza del medico, ma che essi debbano essere messe in relazione con un nuovo e diverso posizionamento dei pazienti: essi divengono “consapevoli del loro stato di agenti morali autonomi, e cioè liberi e responsabili, espressamente rifiutando in ambito sanitario ogni tipo di infantilizzazione, e cercando invece un tipo di relazione adulta basata sul rispetto reciproco” (ivi, pag. 49). Questo nuovo atteggiamento finirà con l’entrare in collisione col paternalismo che ha pervaso per secoli la relazione asimmetrica tra medico e paziente, che “la espone certo a un ampliamento della conflittualità, ma allo stesso tempo a un ampliamento della creatività morale. Medici e pazienti non

sono più dei delegati morali o degli obbedienti subordinati, ma agenti morali liberi” (ivi, pag. 50). Ma questo risultato non sarà acquisito prima del settimo-ottavo decennio del secolo scorso.

Anche l'altro versante dell'impatto delle idee della modernità dovrà aspettare almeno il XX secolo per essere pienamente accolta dalla medicina. Si tratta l'idea di far rientrare la relazione medico-paziente e la cura entro un contesto di relazioni più ampie e di un'organizzazione sociale più organica, come quella costituita da politiche sanitarie e sociali presiedute dalla sovranità dello Stato. L'attenzione ai diritti economici, sociali e culturali nel XIX e XX secolo non poteva certo non estendersi alla salute. Al contrario essa acquista una posizione di rilievo tra le rivendicazioni delle classi popolari e diviene un punto di riferimento per il pensiero socialista, almeno a partire dalla rivoluzione industriale dell'inizio dell'800, come dimostra, ad esempio, lo studio di Engels sulle “condizioni della classe operaia in Inghilterra” del 1844.

“In questa prospettiva la salute non può più essere considerata una questione puramente privata o un dato naturale, ma piuttosto materia di interesse pubblico e perciò una questione squisitamente politica. Questo segna l'inizio della politica sanitaria come parte integrante della politica del welfare. Lo stato sociale, che nei paesi occidentali è stato identificato con il Welfare State, fa della protezione del diritto alla salute una delle sue priorità” (ivi, pag. 53).

Questa consapevolezza non potrà non coinvolgere anche i sistemi di pensiero della medicina. Se nel corso del XIX e XX secolo ciò ha corrisposto all'idea di una medicina “filantropica”, attenta alla povertà, come estensione del pensiero paternalista più tradizionale e della vocazione antropologica della medicina (Cosmacini, 1987, 2015), l'attenzione alle dimensioni sociali della salute e della malattia e uno sguardo alla popolazione e non solo all'individuo si concretizzerà nel corso del XX secolo, e soprattutto dopo la seconda guerra mondiale, in una svolta sociale della epidemiologia e in una decisa focalizzazione del pensiero dell'igiene medica verso la prevenzione e la promozione della salute. Un altro versante importante in questa direzione sarà la trasformazione dei modelli organizzativi della sanità e la trasformazione della professionalizzazione della medicina verso un atteggiamento più protagonista delle politiche sanitarie, da taluni ritenuto più manageriale, da altri più burocratizzato (cfr. Crossley, 2000; Chamberlain, 2010).

Modelli di salute e malattia nell'età contemporanea

Un po' semplicisticamente, si usa spesso il contrasto tra approccio o modello medico (biomedico) e approccio biopsicosociale per descrivere la principale tensione teorica e metodologica nelle concezioni della salute. Altrettanto semplicisticamente, questa separazione vorrebbe confinare il pensiero medico nel primo approccio e vedere una prevalenza dei contributi delle scienze umane (psicologia, sociologia e antropologia) nel secondo. In realtà, il panorama degli

ultimi decenni risulta alquanto più articolato e complesso, collocandosi in uno scenario epistemologico alquanto mutevole che ha finito con l'investire sia le scienze tradizionalmente più "dure", sia la medicina e le scienze umane. Nessuna di queste si lascia ormai confinare entro paradigmi positivisti, fisicalisti, lineari e riduzionisti, mentre prevale decisamente il senso di una complessità pervasiva che richiede di rivedere posizioni e pregiudizi reciproci.

Lo scenario contemporaneo si caratterizza per una complessa ridefinizione degli assunti di base proprio nel pensiero e nella pratica della medicina, sulla base di scoperte fondamentali che hanno profondamente inciso sulle concezioni della salute e della malattia.

Dalla scoperta delle cellule alla genomica

A partire la seconda metà del 1800 e durante il 1900 prende crescente consistenza la convinzione che la malattia non possa essere considerata una realtà autonoma, ma debba trovare una propria collocazione tra la dinamica intraorganismica a livello cellulare, molecolare, genetico e la sua interazione con la presenza parassitaria di agenti microbici esterni.

La pubblicazione, nel 1858, della *Patologia cellulare* basata sull'istologia patologica e fisiologica, di Rudolph Virchow, introduceva stabilmente in medicina l'idea, originariamente concepita nella botanica, che l'organismo sia composto di cellule e che il livello cellulare debba essere considerato sede di malattie quali le infiammazioni, le trombosi e i tumori. Ciò faceva intravedere la centralità, nella patologia, dei modi in cui in cui si organizzavano a livello cellulare le strutture fisiologiche e le disposizioni interne della cellula. Questa concezione ridimensionava fortemente la pretesa delle malattie come entità autonome che le condizioni di salute e malattia fossero governate da modalità e leggi di funzionamento diverse nella sostanza. "La malattia con Virchow diventa una manifestazione della vita a fronte di condizioni modificate, condizioni caratterizzate dalle stesse leggi ordinarie, chimiche e fisiche, che governano l'organismo vivente dalla nascita alla morte" (Corbellini, pag. 92).

Tale concezione non viene contraddetta interamente dalla progressiva emergenza della batteriologia. Inizialmente, la scoperta massiccia dell'***origine microbica delle malattie*** infettive da parte di studiosi come Edwin Klebs (1834-1913) e Louis Pasteur (1822-1896) e codificata nei postulati di Kock (1843-1910), scopritore dell'eziologia microbica del carbonchio e della tubercolosi, portava a identificare biologicamente la malattia infettiva con il microbo specifico. Tuttavia questa definizione eziologica "non si sposa necessariamente con una concezione ontologica della malattia, e il concetto parassitario è compatibile con l'idea che il fenomeno morboso rappresenti un evento dinamico prodotto da un'interazione fisiologica costantemente sottoposta a pressioni evolutive tra due specie viventi" (Corbellini, pag. 97).

Anche le "***malattie da carenza***", mettono in luce la necessità di tornare ad una nuova attenzione alle dinamiche interne e non solo alla presenza di agenti esterni

di tipo microbico. Tali malattie potevano essere determinate dalla mancanza di sostanze necessarie all'organismo, a causa di disequilibri nell'alimentazione (lo scorbuto, il gozzo endemico) e più in generale “trovano la loro eziologia in un deficit di sostanze che hanno la natura di basi organiche e che chiamiamo vitamine”. D'altra parte lo sviluppo della chimica fisiologica e la nascita dell'endocrinologia evidenzia il fatto che alcune patologie originino dal malfunzionamento delle ghiandole, cioè degli organi che producono secrezioni interne.

La scoperta del **sistema immunitario** mette poi in evidenza la complessità della dinamica di difesa dell'organismo ai microrganismi patogeni e alle sostanze tossiche, realizzata mediante anticorpi e con un sistema complesso di cellule e strutture molecolari. Ma le reazioni immunitarie, oltre a questa funzione di difesa, può comportare effetti dannosi per l'individuo, come le ipersensibilità, l'anafilassi, le allergie (determinate da iperattività immunitaria) le malattie autoimmuni, come la tiroidite di Hashimoto, e ad una eziologia autoimmune vengono crescentemente attribuite patologie cronico-degenerative. Un capitolo a parte spetta poi a malattie da deficit del sistema immunitario stesso, che può essere sia congenita, come l'agammaglobulinemia, sia acquisita, come l'infezione da HIV e l'AIDS.

Nel frattempo emergeva una crescente attenzione a malattie dovute ad anomalie chimiche dell'organismo, per cui il dato morfologico e anatomopatologico veniva integrato o addirittura sostituito dalla biochimica. Prende consistenza lo studio delle alterazioni e delle malattie metaboliche e si introduce il concetto di “**malattie molecolari**”, come l'anemia falciforme, dovuta a un'anomalia dell'emoglobina. Con crescente evidenza, molte patologie manifestavano problematiche a livello delle proteine e, con la scoperta del DNA, il livello molecolare coinvolto diviene quello degli acidi nucleici. Questo spostamento collocava a **livello genetico** l'origine di molte malattie e apriva una forte prospettiva alla medicina con la scoperta della genomica, spesso reintroducendo una visione deterministica e unilaterale della relazione tra “anomalia genetica” e “funzionamento anormale dell'organismo”.

L'organismo come sistema complesso e la centralità delle relazioni organismo-ambiente

In realtà questa traiettoria complessa e non lineare, per linee di sviluppo che si sono avvicinate, intrecciandosi e talora contraddicendosi se assunte in modo esclusivo e unilaterale, apre la strada ad una più articolata comprensione dei modi in cui l'organismo e le sue relazioni con l'ambiente entrano in gioco nelle vicissitudini di salute e malattia. Vale la pena di riflettere su diversi ordini di fattori che concorrono a ridefinire la concezione attuale di salute e malattia anche entro lo sviluppo del pensiero medico:

- Collegamento tra sistemi dell'organismo
- Relazione tra informazione genetica e stato funzionale
- Ambivalenze della medicina nei confronti della soggettività e della personalizzazione

La scoperta e la crescente importanza degli studi sul sistema immunitario si sono rivelati storicamente centrali nel conferire alla medicina uno statuto scientifico più solidamente delineato. Essa ha contribuito soprattutto a ridefinire l'individuo come concreta unità di analisi della medicina e della biologia, ma in modo sensibilmente diverso ed evitando di collocarlo semplicemente al livello dell'integrazione fisiologica, o a quello dell'identità genetica o delle unità evolutive previste dalla TENS (Teoria dell'evoluzione per selezione naturale). Tutte queste concezioni, prese separatamente, sono generalmente applicabili alla gran parte della nostra esperienza comune di individuo, ma falliscono quando si trovano di fronte, ad esempio, alla necessità di distinguere, ad esempio, tra cellule e organismo (essendo entrambi fisiologicamente integrati) o tra organismi come gli afidi, nella fase di generazione per gemmazione, essendo tutti portatori dello stesso genoma e quindi non in competizione evolutiva. Laddove le definizioni genetiche, fisiologiche ed evolutive di individuo eccedono nel riconoscere come criterio di base quello della omogeneità (letteralmente: *della stessa origine*), l'immunologia sembra implicare una distinzione non sulla base dell'origine (interna o esterna), ma sulla base del funzionamento sistemico. Così, mentre l'integrazione della cellula agisce a livello locale, il funzionamento immunitario agisce a livello sistemico tra le diverse componenti dell'organismo, delle quali solo una significativa minoranza ha la stessa origine genetica. Infatti l'organismo è fatto sia di componenti omogenee, sia di componenti eterogenee:

“An organism is made of constituents that do not need to have originated in it. In other words, an organism is made of many foreign things, it is never endogenously constructed. I can illustrate this heterogeneity by an examination of the functional role of indigenous symbiotic bacteria in mammals (Hooper and Gordon 2001). For example, each human being is constituted of indigenous symbiotic bacteria that clearly outnumber his or her 'own' cells, originating from the egg cell. The majority of these bacteria live in our intestine. Most of them are obligatory symbionts, meaning that they cannot survive outside the host, and the host cannot survive in their absence. They play indispensable physiological (functional) roles: in particular, gut bacteria are needed for digestion. Strikingly, these symbiotic bacteria, far from being foreign enemies that our immune system should fight, also play an indispensable immune role in our bodies (Noverr and Huffnagle 2004).

Su questa base l'immunologia può chiarire che cosa si debba intendere per individuo:

“An organism is a functionally integrated whole, made up of heterogeneous constituents that are locally interconnected by strong biochemical interactions and controlled by systemic immune interactions that repeat constantly at the same medium intensity” (Pradeu, 2010).

La distinzione classica *self-non self*, a lungo considerata basilare e caratteristica del funzionamento del sistema immunitario sembra lasciar posto a più complesse modalità di funzionamento. Infatti, mentre, come si è detto sopra, il sistema agisce

secondo criteri che includono esseri viventi eterogenei rispetto al patrimonio genetico (batteri simbiotici), esso reagisce a parti originate dall'organismo, come nei processi dell'*autoreattività* che rappresentano una modalità essenziale per il funzionamento di linfociti e macrofagi e nella regolazione (*downregulating*) dell'attività delle *T-cells*.

Lo studio del sistema immunitario, peraltro, evidenzia la connessione intersistemica con gli altri sistemi di regolazione organismica, come il sistema endocrino e il sistema nervoso, sia centrale che vegetativo (cfr. Solano, 2013, pp.130-135). Così nei ratti l'ablazione della corteccia cerebrale sembra influenzare il funzionamento del sistema immunitario attraverso la riduzione della risposta anticorpale (emisfero sinistro); lesioni a livello dell'ipotalamo riducono fenomeni di ipersensibilità e della risposta ai mitogeni, che si intensificano invece con la stimolazione delle medesime aree. Un importante dispositivo di collegamento tra i due sistemi è rappresentato dagli assi che connettono l'ipotalamo alle ghiandole surrenali, attraverso l'ipofisi e il sistema nervoso vegetativo. Lungo questi assi si dispone la produzione di ormoni come il CRH e ACTH e di corticosteroidi e, in particolare del cortisolo, che sono in grado di ridurre o inibire le funzioni immunitarie. L'effetto delle stimolazioni stressanti sul sistema immunitario sono probabilmente mediate dai corticosteroidi, la cui produzione può essere incrementata da 3 a 10 volte in presenza di stimolazione emozionale stressante. Altri effetti del sistema endocrino sul sistema immunitario sono a carico dell'ormone della crescita (GH, della prolattina), dell'adrenalina e della noradrenalina, per i quali le cellule del sistema immunitario posseggono recettori specifici. Un ruolo importante è poi attribuibile ai neuropeptidi:

“Le endorfine, essenzialmente β -endorfina e metencefalina, vengono prodotte sia dall'ipotalamo sia dalle surrenali in condizioni di stress. Presentano effetti contrastanti, anche in funzione della specie e della metodologia utilizzata (...). L'effetto globale viene però in genere considerato immunosoppressivo. Stessi effetti presentano evidentemente gli oppiacei esogeni (morfina, eroina, ecc.) e questa è una delle spiegazioni dell'aumentata suscettibilità alle malattie infettive (compresa l'infezione da HIV) nei tossicodipendenti” (Solano, 2013, p. 133)

Parallelamente, l'attivazione del sistema immunitario ha effetti sul funzionamento del sistema nervoso centrale, anche attraverso la capacità dei linfociti di produrre ACTH, CRH, GH, prolattina, neuropeptidi. “In questo modo finisce col realizzarsi un *completo circuito di feedback, che permette al sistema nervoso e al sistema immunitario di influenzarsi reciprocamente*” (Solano, 2013, p. 134).

Relazione tra informazione genetica e stato funzionale

La scoperta del DNA da parte di Crick e Watson nel 1953 ha dato un forte impulso alla ricerca genetica, arrivando fino alla mappatura del genoma umano. L'effetto della genetica sulla conoscenza delle malattie e delle modalità di funzionamento

dell'organismo è stato senza dubbio dirompente. Per diverso tempo ciò ha contribuito ad un atteggiamento riduzionista e deterministico, poiché in molti casi la storia delle condizioni di salute e di malattia poteva sembrare interamente inscritta nel patrimonio genetico degli individui. Tuttavia questo atteggiamento sembra ormai ampiamente messo in discussione.

Come dice Corbellini (pag. 118 e seguenti),

“Le aspettative riguardanti l'applicazione della genomica alla medicina sono state e sono ancora largamente ispirate da un modello monocausale e lineare del rapporto tra il livello genotipico e quello fenotipico, e sul piano della determinazione genetica e sul piano della determinazione genetica della malattia è del tipo “gene anomalo → funzionamento anormale”.

In realtà,

“L'informazione del DNA è solo potenzialmente rivelatrice dello stato funzionale. L'anormalità del DNA o nella catena causale può o non può avere conseguenze per la salute che consideriamo significative, come è peraltro implicito nel concetto di polimorfismo genetico. Due persone prese a caso differiscono in media tra loro per circa il 10% dei nucleotidi che costituiscono le rispettive sequenze genomiche. Questo significa che anche le malattie sono polimorfiche e che, per distinguere tra normale e anormale, è necessario che sul piano della distribuzione dei differenti geni si conosca quali tipi di geni esistono, quali tipi di fenotipi e funzioni sono associati a questi geni e quali ambienti e norme di reazione sono in gioco nell'espressione dei geni. Il tutto correlato con il contesto ambientale in cui un determinato funzionamento è stato selezionato nel corso della filogenesi. Solo a quel punto si può avere una definizione esaustiva della malattia”

Anche per queste ragioni ogni predittività del rischio genetico risulta oggi esageratamente semplicistica e inutilmente allarmista.

“In realtà meno del 5% dei pazienti con tumori al seno o al colon sono positivi ai test genetici per tali tipi di tumori; una percentuale anche minore è ad alto rischio di sviluppare un Alzheimer, un Parkinson o un glaucoma per il fatto di aver ereditato un allele a elevata penetranza che conferisce una suscettibilità per queste malattie. Ciò dipende semplicemente dal fatto che il motivo per cui un individuo si ammala e il modo in cui evolve la malattia non sono mai determinati da un solo gene e tanto meno dipendono esclusivamente dal suo genotipo, ma anche dalle particolari esperienze che hanno concorso durante lo sviluppo, la crescita e la vita adulta a modulare o interferire nell'espressione dell'informazione genetica per produrre quel particolare disturbo delle capacità adattive”

Ambivalenze nello sviluppo della medicina sulla soggettività e sulla personalizzazione nella relazione col paziente

Si può dire che il XX secolo abbia portato a compimento alcune linee del “programma” della medicina dell'età moderna, ma per altri aspetti le linee di sviluppo della medicina hanno preso strade più contraddittorie e ambivalenti entro

le quali si aprono spazi di ripensamento e di rinnovamento del pensiero medico. Il cosiddetto modello biomedico, in realtà, sembra più ancorato nella filosofia implicita della medicina moderna e nell'eredità ippocratica che non nella diffusa consapevolezza del pensiero e delle pratiche contemporanee della medicina. In esse sono presenti piuttosto istanze contraddittorie e punti di vista molto articolati che contraddistinguono il posizionamento delle diverse branche della professione e delle istituzioni mediche. Anche se la focalizzazione sulle tecniche e su concezioni eziologiche specifiche sembra in alcuni momenti caratterizzarsi in senso riduzionista, questa appare una semplificazione di un più ampio ventaglio di atteggiamenti, variamente rappresentati nelle diverse istanze della medicina.

Guarigione vs razionalizzazione.

Proprio nel momento in cui la medicina è fuoriuscita da una lunga gestazione durante la quale la sua efficacia nel produrre guarigione era tutta da dimostrare e i medici facevano piuttosto fatica a distinguere la propria reputazione da quella dei ciarlatani e degli stregoni, la guarigione stessa ha cessato di essere il parametro aureo per la valorizzazione sociale della medicina. A questo proposito, Isabelle Stengers, piuttosto efficacemente sostiene che ciò che ha finito col differenziare il medico dal ciarlatano è che quest'ultimo continua a brandire la guarigione come prova (Stengers, *Medici e Ciarlatani*). La regola aurea della medicina si sposta inesorabilmente verso la possibilità di una spiegazione razionale della malattia.

“La questione della razionalità della medicina non appartiene al solo paesaggio delle pratiche che si riferiscono alle scienze moderne, e non è nemmeno una questione di tipo “epistemologico”. Noi, medici e cittadini, siamo inseriti in una tradizione che ha inventato la razionalità come posta in gioco, come fattore discriminante circa i futuri da noi costruiti. Essa è per noi portatrice di obblighi e di esigenze che, nel bene e nel male, ci fabbricano e ci costringono a pensare. In tal modo siamo iscritti in una tradizione formidabile” (Stengers, 1996, pag.145-6).

La guarigione, fuori dalla regola aurea della razionalità, finisce con l'essere fonte di sospetto e non fattore di convinzione. Inevitabilmente l'aspettativa della guarigione non può più essere l'unico punto di riferimento nella relazione tra medico e paziente. Anche a questo è dovuta l'idea che la figura del medico come “pedagogista” della guarigione non possa validamente essere accolta e mantenuta, se non rivedendo radicalmente la concezione medica tradizionale di “guarigioneE”

Il ragionamento di George Canguilhem in proposito è particolarmente significativo. Canguilhem prende le distanze dalla tendenza generale

“ à concevoir la guérison comme fin d'une perturbation et retour à l'ordre antérieur, ainsi qu'en témoignent tous les termes à préfix *re-* qui servent à en décrire le processus : restaurer, restituer, établir, reconstituer, récupérer, etc. En ce sens, guérison implique réversibilité des phénomènes dont la succession constituait la maladie (Canguilhem, 1978/2002, pag. 75).

Questa possibilità di guarigione come « restitutio ad integrum » è però contraddetta dalle leggi della fisica e dal secondo principio di termodinamica “à la

loi générale d'irréversibilité et de non-retour à un état antérieur", per cui "La médecin ne peut ignorer qu'aucun guérison n'est un retour". Inoltre i successi stessi della medicina producono una nuova forma di ansietà e conferma l'ineluttabilità del declino dell'organismo:

«Si l'augmentation de la durée de vie vient confirmer la fragilité de l'organisme et l'irréversibilité de sa déchéance, si l'histoire de la médecine a pour effet d'ouvrir l'histoire des hommes à la nouvelles maladies, qu'est-ce donc la guérison ? un mythe ? » (pag.

Il concetto di guarigione non può tuttavia essere totalmente abbandonato. Se rinvia a una condizione ineliminabile, la presenza di un elemento di soggettività "la référence à l'évaluation du bénéficiaire" (pag. 69) , dall'altro lato, essa non può essere ridotta all'effetto di un trattamento causale che restituisce ad una condizione anteriore dell'organismo. Per cui la pedagogia della guarigione non potrà ridursi ad alimentare aspettative di affidamento efficace alle tecniche o alle istituzioni, per una illusoria garanzia dell'integrità del proprio organismo e delle proprie relazioni, ma dovrà semmai trovare un punto di connessione tra la necessità di "instruire le malade de sa responsabilité indélégalable dans la conquête d'un nouvel état d'équilibre avec les sollicitations de l'environnement" (pag. 98) e "l'épreuve de réalité" che porterà a raggiungere la consapevolezza che

« la vie de l'individu est, dès l'origine, réduction des pouvoirs de la vie. Parce que la santé n'est pas une constante de satisfaction mais l'a priori du pouvoir de maîtriser des situations périlleuses, ce pouvoir s'use à maîtriser des périls successifs. La santé d'après la guérison n'est pas la santé antérieure. La conscience lucide du fait que guérir n'est pas revenir aide le malade dans sa recherche d'un état de moindre renonciation possible, en le libérant de la fixation à l'état antérieur ».

« apprendre a guérir, c'est apprendre à connaître la contradiction entre l'espoir d'un jour et l'échec, à la fin. Sans dire non à l'espoir d'un jour » (pag. 99)

Razionalizzazione vs soggettivazione

Dalla scomparsa della soggettività del malato all'individualizzazione dell'unità di analisi della malattia e della salute con il pensiero genetico e immunologico, alla personalizzazione della relazione medico-paziente, alla "customerizzazione" della relazione tra paziente e istituzione medica, alla "socializzazione" dell'epidemiologia).

La razionalizzazione della medicina si è peraltro accompagnata con una progressiva espulsione della soggettività. Foucault, come si è visto, fa risalire l'origine di questo movimento alle nosologie sei-settecentesche. Vi sono però altri tre momenti determinanti nella progressiva obsolescenza della soggettività nella relazione col medico:

- In primo luogo v'è il progressivo obiettivarsi dell'esame clinico, anche con l'ausilio crescente degli strumenti e delle tecnologie, entro una relazione medico-paziente destinata a trasformarsi radicalmente :

“All'alba dell'Ottocento, la comparsa di nuovi strumenti come lo stetoscopio e l'ampliamento dell'esame clinico con l'auscultazione, la percussione e la palpazione, modificano radicalmente tale rapporto. Se in precedenza poteva ascoltare la parola del malato (sia pure per mera convenienza sociale come prevedeva il modello galenico), ora il medico interviene attivamente sul corpo suscitando quei segni che gli diranno con certezza, al posto del vissuto inattendibile del paziente, con quale patologia egli si trova a confronto: il segno evocato dal medico rivelerà il male ancor prima che un sintomo lo possa far supporre. Qui prende inizio quell'artificialismo (come lo chiama Canguilhem) che troverà nel Novecento e poi in questi ultimi decenni uno sviluppo rigoglioso tuttora in progressiva espansione e certo assai promettente. In modo complementare il malato diventerà sempre meno interessante in quanto soggetto che richiama l'attenzione del medico sulla propria situazione e commenta i propri sintomi” (Guerra, 2006, pag. 74).

- Un secondo momento è rappresentato dalla crescente rappresentazione matematica dei dati clinici, iniziata anche per effetto della crescente accessibilità del dato quantitativo nell'esame clinico e favorita da un'atmosfera dominata dal successo della matematica nelle scienze, a partire dalla fisica galileiana e newtoniana:

“Ci vorrà molto tempo prima che entrino nella pratica corrente quelle metodiche che aiutano la decisione medica fondandosi su teorie matematiche: ad esempio la logica di primo ordine che permette di percorrere l'albero delle decisioni a partire da dati qualitativi di carattere binario o il calcolo delle probabilità o, ancora, la teoria matematica degli insiemi “fous” che si basano sulla valutazione quantitativa dell'appartenenza dei dati a un insieme decisionale (Chauvet, 1987). Le conclusioni più recenti di questa rivoluzione epistemologica e tecnica vanno verso la costruzione di sistemi esperti o di sistemi di simulazione” (Guerra, 2006, pag. 74).

- Un terzo momento è centrato sulla crescente importanza della teoria microbica, dell'impatto di virus e batteri e sull'importanza correlata dell'igiene e della prevenzione come arma per non solo sconfiggere, ma addirittura impedire la malattia. Se questo porta, come vedremo meglio in seguito, al coinvolgimento delle scienze economiche, sociali e politiche, è perché la medicina:

“non risponde più solo a un appello di aiuto ma impone una politica della salute tesa a prevenire l'esperienza stessa della malattia. Se la medicina scopre così il nuovo fronte della prevenzione che si affianca al fronte della terapia e, per certi versi, lo supera, il soggetto si ritrova ancor più radicalmente proiettato al di fuori del campo della medicina” (Guerra, 2006, pag. 75).

La restituzione alla fisiologia di un ruolo centrale nella spiegazione della patologia, operata ad esempio da maestri del pensiero medico come Claude Bernard, liquidava definitivamente ogni concezione “ontologica della malattia” e portava a compimento “una grande opera di razionalizzazione e fondazione legittima,

particolarmente con l'introduzione del determinismo, della scienza medica nell'ambito delle scienze positivistiche”.

“In questa operazione, il malato, in quanto soggetto, tende a scomparire, a divenire nient'altro che il campo nel quale il medico osserva dei fenomeni, verifica delle leggi, ritrova ciò che era stato previsto dal sapere codificato. ‘La malattia non è più un oggetto di angoscia per l'uomo sano, essa è divenuta oggetto di studio per il teorico della sanità ‘(Canguilhem). Nella prospettiva, lungo la quale anche la scala di rappresentazione dei fenomeni diventa sempre più dettagliata passando dall'organo alla cellula e da questa alla molecola, un po' alla volta il malato viene soppiantato dalla malattia, di cui è diventato solo il portatore, uno di tanti casi” (Guerra, pag. 76).

Tuttavia, come in parte si è visto, a questa scomparsa del soggetto, non impedisce e anzi in parte si scontra con due diverse tendenze nelle pratiche e nel pensiero medico. La prima è che una attenta e non meccanicistica applicazione alla medicina del pensiero immunologico e genetico riporta all'attenzione la complessità della relazione tra organismo e ambiente, insieme alle componenti idiosincratice e epigenetiche che riportano al centro una concezione dell'individuo e della sua centralità (vedi il paragrafo precedente).

La seconda è che, paradossalmente, la scomparsa del soggetto dalle pratiche soprattutto diagnostiche finisce con l'accentuare la personalizzazione della relazione medico-paziente.

“Peraltro si può notare che la scomparsa della soggettività, lungi dal diluire, finisce comunque per alimentare, in modo quasi paradossale, la *personalizzazione* del rapporto. Certo non si tratta necessariamente di quella personalizzazione caratterizzata dalla confidenzialità, dalla conoscenza approfondita, dalla consuetudine, cui verrebbe spontaneo pensare. È piuttosto una relazione duale che assume l'aspetto: o della identificazione confusiva tra i due (...) o, più spesso oggi, della “appropriazione” della malattia da parte del medico che ne fa un suo problema (tecnico). In ogni caso entrambi gli attori sono “obbligati” nelle loro posizioni. Tanto il malato - che trova conforto alle sue ansietà nell'esclusività della relazione rispetto alla quale ogni terzo rischia di apparire un intruso, quanto il medico - che può fondare la sua attività su un contratto che non ha bisogno di essere discusso: si stipula all'atto stesso della consultazione. In questo senso parlavamo di una sorta di paradosso: ci si poteva aspettare che l'oggettivazione del paziente implicasse anche un allentamento della relazione; invece, la scomparsa della soggettività non annulla il principio della personalizzazione del rapporto: lo rende solo più vincolato alla dimensione istituzionale, finendo così per rinsaldare anche le ragioni dell'autonomia clinica” (Guerra, 2006, pag. 77-78).

Questa personalizzazione prende oggi peraltro la fisionomia di una “customerizzazione” della relazione tra paziente e strutture o aziende sanitarie e ospedaliere e ciò rende meno chiaramente immediato e implicito il rapporto contrattuale medico-paziente. L'aziendalizzazione e la regolazione contrattuale dell'accesso alle cure conducono spesso medico e pazienti a una relazione più guardinga, in cui il criterio della scelta non si pone più semplicemente in termini di

“fiducia”, ma di *benchmarking*, spesso fatto con i sistemi delle nuove comunicazioni e delle nuove tecnologie di diffusione dell’informazione. La pubblicizzazione di *social forum*, in cui i medici vengono valutati come i ristoranti e le location alberghiere, sono un fenomeno di diffusione di massa che rischia di sfuggire ad ogni controllo. La personalizzazione del paziente apre spazi di negoziazione, di rivendicazione e di ritorsione che tendono a rendere meno appariscente il ruolo onnipotente del singolo medico (ma paradossalmente esaltano l’idea astratta di una “onnipotenza teorica e potenziale della medicina), spesso con l’intervento dell’intermediazione legale e giudiziaria, a cui corrisponde lo sviluppo di una parossistica “medicina difensiva” in cui la prudenza finisce con il sostituire i principi ippocratici della beneficenza/non maleficenza. In questa dimensione, la scomparsa del soggetto sembra essere provvisoria e non definitiva, prevalendo le ragioni che supportano una relazione medico-paziente fondata sulla *co-ownership*, piuttosto che su una semplice appropriazione del medico della malattia.

Una terza ragione sta nel fatto che le politiche di prevenzione e di promozione della salute, se pongono l’accento sulle condizioni che precedono e auspicabilmente dovrebbero impedire o quantomeno ritardare l’esperienza della malattia e pertanto attribuiscono al medico compiti e funzioni che non dipendono più dalla richiesta soggettiva di aiuto (Guerra, 2006), aprono tuttavia d’altra parte uno sguardo sui comportamenti individuali e collettivi, sulla cognizione sulle rappresentazioni, sulle convinzioni e sugli atteggiamenti, sulle emozioni e sulla personalità, oltreché sulle condizioni materiali, economiche e sociali della popolazione. Lo sviluppo di una epidemiologia, che affianca, intreccia e talvolta si contrappone alla agli approcci biosperimentali (Corbellini, p.120), rivolgendo uno sguardo sulla salute prima ancora che sulla malattia, riabilita anche una considerazione dei soggetti concreti che si muovono nella vita sociale e la loro agentività, pur trattando queste dimensioni da un punto di vista “quantitativo” e “statistico”

I contenuti scientifici della medicina non sono il prodotto di una collaborazione armonica tra gli approcci “qualitativi” ed “estrapolativi”, ovvero basati su modelli sperimentali e caratteristici delle ricerche biopatologiche e terapeutiche, e gli approcci “quantitativi” e “statistici”, che studiano la malattia e le sue risposte ai trattamenti nei pazienti in carne e ossa, e che sono caratteristici dell’epidemiologia applicata alla sanità pubblica e alla clinica. I due approcci, in teoria, dovrebbero collaborare, ma in quanto implicano differenti concezioni epistemologiche, che fanno riferimento a divergenti definizioni della malattia e della salute, nonché a concezioni diverse della causalità e del ruolo della conoscenza di base nella diagnosi clinica, di fatto alimentano due filosofie della medicina”

Naturalmente questo riferimento ai “pazienti in carne ed ossa” finisce per essere compresso entro la “dittatura” della tendenza centrale, che valuta come determinanti gli scostamenti e le varianze, finendo così col sottovalutare il ruolo fondamentale delle singolarità, che rischia di ridurre l’apertura della epidemiologia verso una teoria sociale della medicina o verso un modello biospiciosociale (Engel,

1977), al paradigma della Evidence Based Medicine (EBM) che “assume come metodologia fondamentale per le scelte mediche le prove empiriche ricavate dai trial clinici e dalle metanalisi”. In tal modo, però,

“la metodologia statistica oggi prevalentemente usata in medicina sta probabilmente diffondendo un’idea distorta del modo scientifico di ragionare. La distorsione consisterebbe nel prescindere da considerazioni circa la plausibilità biologica di un effetto osservato e dalle ricerche precedenti, e nell’utilizzare un approccio statistico, quello cosiddetto

“frequentista”, che fornisce soltanto una stima della probabilità di arrivare a conclusioni sbagliate, ovvero dice soltanto se il risultato sperimentale è statisticamente significativo o è frutto del caso” (Corbellini, pag. 123)

Paradossalmente, parafrasando Roland Barthes, “Il soggetto come istituzione è morto”, ma le pratiche della medicina non possono fare a meno di intravedere nel soggetto il proprio limite e perciò “la medicina desidera (e a volte teme) il soggetto”, ma non è mai del tutto indifferente ad esso. Certamente essa non appare oggi sufficientemente strumentata, e non è disponibile un paradigma sufficientemente ampio e articolato che consenta di declinare positivamente un discorso sulla soggettività, senza disancorarlo dalle basi biofisiologiche, da un lato, e dagli scenari epidemiologici e sociali, dall’altro, che caratterizzano il tenore del dibattito in medicina. Vedremo come le prospettive del modello biopsicosociale, facendo appello all’entrata in scena nel dibattito della psicologia, della sociologia e dell’antropologia, non siano state in grado di dare una risposta esaustiva ed epistemologicamente soddisfacente a questa esigenza

[Il potere della medicina e i confini della vita](#)

Ancora più radicalmente, il problema del soggetto si pone nel momento in cui la medicina lambisce i limiti della vita. L’ambivalenza tra pratiche della medicina, che sfidano i confini delle concezioni tradizionali della vita, prelude al bisogno di ridefinire questi confini ponendo limiti nuovi, sempre molto provvisori e destinati a essere continuamente sfidati dallo sviluppo delle nuove scoperte e delle nuove tecniche d’intervento. Ciò che impedisce che questa continua rivisitazione non sia sempre *ah hoc*, una sorta di rincorsa e una sottomissione dell’etica agli stati della realtà, è la possibilità di riconoscere un principio regolatore delle argomentazioni e delle norme. Nella pluralità dei principi e delle metodologie che hanno variamente attraversato il campo della bioetica, dal 1970 ad oggi, resta fermo il fatto che la medicina si confronta oggi con una serie di domande molto diverse, rispetto a quelle delle “semplice” beneficenza/non maleficenza ippocratica e sempre più spesso si interroga non solo sul “che cosa” caratterizza la propria azione, ma anche sul “chi” è destinatario del proprio intervento. Ricordo che durante uno degli incontri di formazione, in un grande ospedale, un medico confidò che proprio di fronte al corpo esanime in reanimazione, “un pezzo di carne su cui ogni intervento appare legittimo”, completamente in balia di ogni azione invasiva, egli non riusciva a

spiegarsi perché non potesse evitare di “cercare di rappresentarsi la sua biografia”. I nuovi poteri della medicina reclamano un soggetto, una storia, una biografia che li legittimi e che renda evidente e riconoscibile la “responsabilità” come chiave del proprio agire, soprattutto quando le pieghe dell’intervento incontrano spazi di ambivalenza e di dubbio che rendono inutilizzabili e indecidibili i confini prescrittivi dei protocolli.

Un nuovo genere di domande si pone alla medicina, dunque, nel momento in cui essa propone alla società e al pensiero filosofico contemporaneo l’evidenza dei suoi nuovi poteri, nello stesso momento in cui, insieme alla fisica, essa sembra porre nelle mani dell’uomo la possibilità tecnica di intervenire sulla vita nella sua globalità, fino al punto di governarne la possibile estinzione, sulla vita umana in particolare e sui destini singolari degli individui prima che essi nascano e dopo la loro stessa morte. Se vogliamo porre degli eventi simbolicamente significativi in questa traiettoria, possiamo richiamare che molti studiosi ritengono fondamentali due eventi nell’apertura del dibattito della cosiddetta bioetica: Il 3 dicembre 1967, con il primo trapianto di cuore realizzato a Capetown da Christian Barnard, che trapiantò sul dentista Philip Bleiberg il cuore di Denise Darvall, una ragazza di 25 anni, morta in seguito a un incidente stradale e il 9 maggio 1960, anno in cui la Food and Drug Administration autorizzava negli USA la commercializzazione della pillola anticoncezionale, a cui seguì, il 25 Luglio 1968, con l’enciclica *Humanae Vitae* di Paolo VI, la condanna della contraccezione ormonale.

Secondo Corrado Viafora (2015), “un primo fattore di novità di questi poteri è rappresentato dalla profondità del loro impatto, nella misura in cui consentono di manipolare l’ordine stesso che informa la natura. Nella prospettiva aperta da questa novità, la questione che si pone è quella del valore da attribuire al concetto di ordine naturale. Un’ulteriore sfida nasce dal fatto che, esercitati in molti casi agli estremi della vita umana, questi nuovi poteri ne fanno “esplosione i confini”. Quando inizia la vita umana? Quando finisce? Quale soglia considerare decisiva all’inizio: il concepimento, l’attecchimento, la formazione di un abbozzo neurale? Quale considerare decisiva alla fine: la cessazione del battito cardiaco o la perdita delle funzioni cerebrali? Qualunque sia la risposta, essa dovrà misurarsi con questioni radicali. In sostanza con la questione dell’identità umana” (Viafora, 2015, pag. 17).

In definitiva, ciò che è determinante per che si pone i problemi dell’inizio e della fine della vita “è il particolare concetto di soggetto che egli usa, inquadrato nel più ampio orizzonte di una teoria dell’identità umana” (Viafora, 2015, pag. 24). Ma in realtà queste domande non agiscono solo o principalmente in uno spazio argomentativo teorico o retorico. Il punto fondamentale, ad esempio quando ci si riferisca al concetto di “dignità umana”, è che non sia sufficiente ancorarlo ad “alcuni presupposti fondamentali di natura antropologica”, in quanto essi “non bastano ancora a determinare il rispetto per la dignità umana di *questo* paziente in *questo* particolare contesto”, ma è necessaria “l’integrazione pratica della dimensione *universale* e della dimensione *particolare* della dignità umana, nella

misura in cui non ci si ferma ai principi e cioè a quello che esige il rispetto dell'umano in genere, ma si passa con l'attenzione al contesto, a determinare quello che il rispetto esige per *questo* paziente” (Viafora, 2015, pag. 103).

Il pensiero medico contemporaneo è biomedico?

Il modello biopsicosociale di Engel

Verso la fine degli anni Settanta del secolo scorso, lo sviluppo del pensiero e delle pratiche della medicina, l'ampliamento degli orizzonti epistemologici e degli scenari epidemiologici esplicita un cambiamento nel pensiero sulla salute e il dibattito sembra appunto focalizzarsi nel confronto tra un approccio *biomedico* tradizionale, centrato sulla salute intesa come conformità rispetto alle norme di variabili biologiche misurabili, e un nuovo approccio emergente, *biopsicosociale*, che colloca la salute in una dimensione sistemica e multilineare. L'assunzione fondamentale del modello bio-psico-sociale (raffigurato sinteticamente nella figura 2) è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engel, 1977, 1980; Scwartz, 1982). La concettualizzazione del modello muove innanzitutto dalla consapevolezza di diversi punti di debolezza del modello biomedico. Engels (1977) rimprovera innanzitutto la difficoltà di comprendere le relazioni causali tra condizioni somatiche e malattia. In molte condizioni epidemiologicamente rilevanti, ad esempio, l'esposizione a un agente contagioso conduce solo in una percentuale di casi, e non nella totalità, allo sviluppo della malattia. Il modello biomedico ignora i fattori sociali e psicologici che possono modulare l'efficacia della risposta del soggetto. Infine esso ignora completamente l'importanza della relazione tra medico e paziente nei processi di diagnosi e terapia come fattori che invece influenzano fortemente gli esiti terapeutici.

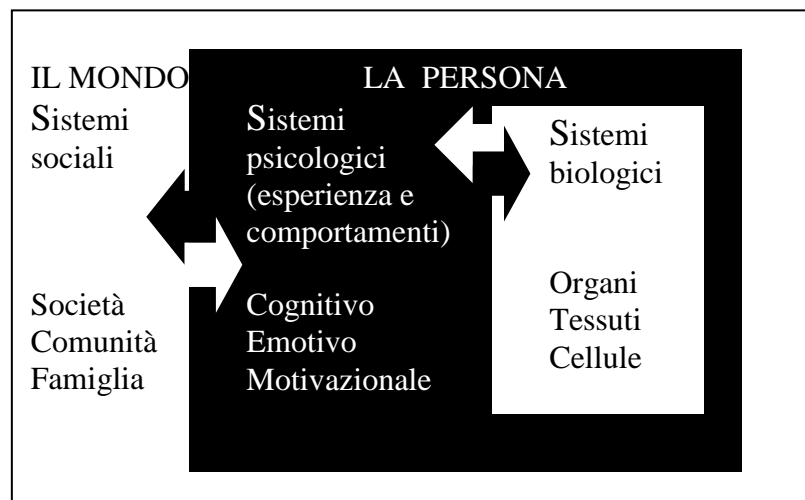


Figura 2: Schema del modello bio-psico-sociale

Un'implicazione importante del modello biopsicosociale è l'esplicito riferimento al concetto di **sistema**, sviluppato da L. von Bertalanffy (1968), inteso come un'entità dinamica in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un'unità o un tutto organico (cfr. Stone, 1987). L'opzione sistemica comporta sia la specificità di ciascun livello di organizzazione sia la necessità di indicare in modo preciso la natura delle relazioni e dell'interdipendenza tra i livelli di interazione. Non sempre la formulazione originaria di Engels risponde con chiarezza a questi due requisiti. Ad esempio, come sottolineano Zani e Cicognani (2000), in quella formulazione, fortemente ancorata alla *Social Cognition*, "il sociale è preso in considerazione come contesto esterno rispetto al soggetto, quest'ultimo visto essenzialmente come individuo che conosce e elabora informazioni, compie attribuzioni, prende decisioni, valuta costi e benefici di un'azione. Non si riconosce al sociale alcun ruolo di partecipazione ai processi di costruzione della conoscenza, né viene posta al centro dell'attenzione la comprensione delle interdipendenze fra individuo e ambiente in una prospettiva dinamica e processuale ..." (pag. 21)

La crisi del "paradigma" biomedico ha aperto la strada ad una più ampia considerazione dei fattori implicati nella salute, verso un approccio che tenga conto:

- dell'interazione nella configurazione dello stato di salute e di malattia tra processi che agiscono a livello macro (come l'esistenza di sostegno sociale o la presenza di depressione) e a livello micro (come squilibri a livello biochimico e cellulare);
- dalla natura multifattoriale sia delle cause che agiscono sulla salute e sulla malattia sia degli effetti che la salute e la malattia possono avere;
- della non distinguibilità della mente e del corpo nella influenza sulle condizioni di salute di un individuo;
- la considerazione che la salute è un obiettivo che deve essere conseguito positivamente, mediante una attenzione alle necessità di ordine biologico, psicologico e sociale, e non come uno stato che deve essere solamente salvaguardato

Non tutte queste linee di sviluppo sono in realtà presenti nella formulazione del "nuovo" modello di Engels, che rimane per molti aspetti, come vedremo, in mezzo al guado o, per meglio dire, ancora implicitamente ancorato proprio a quel modello biomedico dal quale voleva prendere le distanze. Con Engel rimane in mezzo al guado anche una parte considerevole della *Mainstream Health Psychology*.

Quindi, pur essendo una riflessione che nasce all'interno delle tensioni della cornice e dell'approccio medico alla malattia (e in particolare alla malattia mentale), la psicologia della salute e la sociologia medica hanno trovato nella formulazione di Engel uno spazio e una prospettiva di grande rilievo. Il modello BPS rappresenta contemporaneamente

- una sfida alla egemonia del modello biomedico nel campo della salute fisica, ma anche

- una risposta alla sua crisi di fronte alle nuove emergenze epidemiologiche e alle nuove sensibilità sociali verso la salute (testimoniate anche dalla definizione OMS di salute) e, ancora,
- una spinta a riunificare le prospettive tuttora segregate nello studio della salute (individuo vs società; mente vs corpo; soggettività vs oggettività, ecc.), soprattutto grazie a
- un concreto invito a impiegare convincentemente l'approccio sistemico al campo della salute

La medicina contemporanea può essere ridotta al modello biomedico?

Questa decisa ricomparsa del soggetto sulla scena della medicina non corrisponde ad un processo lineare ed esteso forse a tutto il campo del pensiero e dell'intervento medico, ma ne costituisce una caratteristica di crescente importanza, sempre più penetrante nella cultura

contemporanea. In rapporto ai relativamente recenti sviluppi, l'idea della medicina presente spesso nei manuali di psicologia della salute sembra piuttosto uno stereotipo che una rappresentazione appropriata. Infatti, esaminando i capisaldi del pensiero biomedico, com'è presentato nella vulgata corrente, e confrontandolo con il paradigma biopsicosociale, possiamo probabilmente affermare che, presa nel suo complesso e non ridotta alla caricaturale generalizzazione di alcuni atteggiamenti settoriali o di costume, la medicina di oggi sia molto più "biopsicosociale" e antiriduzionista di quanto non lo sia, ad esempio, la psicologia, anch'essa presa nel suo complesso e non focalizzata solo sulle sue istanze più consapevoli e aperte, come la psicologia della salute.

Se qualche giovane psicologo, preso dall'entusiasmo della partecipazione della psicologia al paradigma biopsicosociale, ha finito con l'identificarlo come un prodotto del pensiero psicologico, sarà bene ricordargli che esso costituisce al contrario un appello alla psicologia a non trascurare i territori della salute, così come sono rappresentati nel nostro tempo, dai quali la psicologia si è sempre tenuta prudentemente lontana. La domanda semmai dovrebbe essere: la psicologia è stata in grado di produrre un sistema di teorizzazioni e di pratiche che le consentano di rispondere a questa inedita convocazione o, piuttosto, si sta presentando a quest'appello con armi spuntate e obsolete o, nel migliore dei casi, non sufficientemente raffinate e adattate alle nuove esigenze teoretiche e metodologiche?

Per questa ragione è parso necessario proporre alla psicologia un campo di riflessione che metta all'ordine del giorno un riposizionamento epistemologico, metodologico e operativo che prenda sul serio la provocazione di un modello di "psicologia per la salute".

COSTRUTTI DI SALUTE NELL'ETÀ CONTEMPORANEA

L'età contemporanea esordisce dunque con una progressiva presa di consapevolezza che le vicende di salute e di malattia richiedono una visione più complessa di quanto non potesse sembrare necessario solo alcuni decenni fa. Oggi il panorama delle definizioni di salute e di malattia tiene ampiamente conto di questa accresciuta consapevolezza che non riguarda solamente il dibattito scientifico e gli "addetti ai lavori", ma coinvolge direttamente ampi settori culturali, l'opinione pubblica e condiziona atteggiamenti sociali e scelte comportamentali a livello individuale e collettivo. Sempre di più la salute è considerata contemporaneamente un bene personale e un bene sociale e, come tale, la responsabilità della sua tutela spetta egualmente al soggetto, alla comunità familiare, alla collettività sociale e, naturalmente, in primo luogo alle agenzie pubbliche che hanno ricevuto il mandato di presidiare la salute dei cittadini, cioè, nel nostro Paese, al Sistema Sanitario Nazionale. Ma questa consapevolezza ha subito negli ultimi decenni una evoluzione verso una crescente complessità, anche in funzione delle sia delle diverse caratteristiche storico-sociali ed epidemiologiche, sia delle rappresentazioni sociali della salute con l'irruzione di punti di riferimento culturali più estesamente legati agli stili, ai valori e alle condizioni di vita, sia, infine, della diversità del mandato sociale e politico attribuito alle varie agenzie designate a presidiare i sistemi sociali di tutela e promozione della salute.

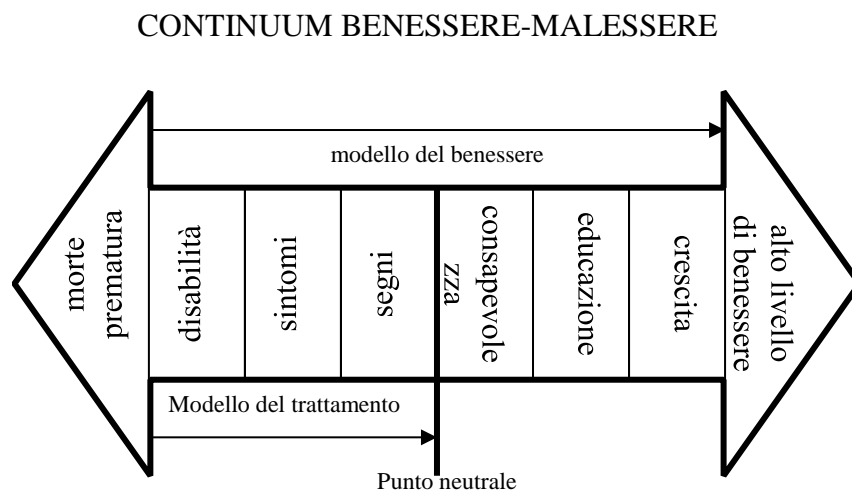
Si può dire che le definizioni prevalenti di salute possono essere recuperate entro due principali orientamenti culturali, non sempre chiaramente distinti e spesso un po' confusivamente intrecciati nelle costruzioni discorsive contemporanee su salute e malattia. Il primo orientamento è rappresentato da una concezione "clinica" della salute, centrata sui sintomi e sulla disabilità, contrapposti ad una condizione di benessere, il secondo orientamento si basa su una visione più ampia e non lineare che può forse essere organizzata verso una concezione della salute di tipo ecologico e della complessità.

[Dal modello clinico al continuum benessere-malessere](#)

All'inizio, il primo orientamento poteva ricondursi essenzialmente ad un **modello clinico** vero e proprio in cui la salute è intesa, negativamente, come assenza di malattia e la malattia è definita dalla cospicua presenza di segni e sintomi patologici. Il modello focalizza la dimensione del trattamento in rapporto alle condizioni di patologia conclamata o di concreta minaccia di malattia, mettendo in secondo piano la prevenzione e il ruolo del paziente nelle cure. Congruente col modello clinico è quello del **continuum benessere-malessere**. In questa concezione salute e malattia muovono da un estremo rappresentato da un alto livello di benessere a un altro estremo rappresentato dalla mancanza di salute. Un altro

livello di benessere è caratterizzato da un elevato senso di soddisfazione e dalla qualità della vita. In questa concezione, il benessere è uno stato positivo che può essere perseguito oltrepassando un punto centrale, neutrale, e muovendo l'estremo positivo del continuum in cui è possibile migliorare i livelli di salute e benessere fisico e mentale. Al contrario, oltrepassando il punto centrale nella direzione opposta, verso l'estremo negativo del continuum, si incontra la disabilità e malattia, attraversando diversi livelli decrementali di abilità e condizioni funzionali.

A differenza di un modello clinico più arcaico, nel modello del continuum benessere-malessere il trattamento non si limita a contrastare segni, sintomi e disabilità, ma persegue positivamente il miglioramento della salute, privilegiando strumenti educativi e di coinvolgimento diretto delle persone (vedi la figura seguente). Si tratta pur sempre, tuttavia, di un modello dicotomico in cui salute e malattia sono nettamente differenziati e sono, sostanzialmente, opposti e in contraddizione tra loro. Si può dire forse che lo slittamento da un modello strettamente clinico al continuum benessere-malessere possa essere congruente.



Ryan & Travis, 1981

Possiamo seguire lo sviluppo dal modello strettamente clinico a quello del continuum benessere-malessere in parallelo all'evoluzione del panorama epidemiologico del secolo scorso. Le diverse emergenze epidemiologiche e le condizioni e stili di vita implicate nelle patologie più ricorrenti hanno un indicatore evolutivo nella distribuzione delle principali cause di morte durante il '900, caratterizzato da

- una prima fase di lenta fuoriuscita da una netta prevalenza di malattie legate alla malnutrizione e alla condizione di povertà e marginalità sociale della maggior parte della popolazione; questa fase è caratterizzata da interventi tesi ad assicurare la diffusione di una maggiore igiene di base a tutti i livelli sociali, condizioni di vita più sostenibili, da un regime alimentare sufficiente per i più ampi strati sociali. Sono essenzialmente questi interventi a ridurre i tassi di mortalità, soprattutto nelle età infantili e anziane.

- una fase intermedia in cui prevalgono le pandemie (ad esempio le grandi epidemie influenzali) e le malattie batteriche e virali; è in questa fase che si collocano le grandi campagne preventive (antipoliomielitica, antidifterica, ecc.), e segnata da un maggior livello di diffusione dell'informazione sanitaria, ma anche dal netto miglioramento dell'efficacia delle cure, ad esempio, con la diffusione dei trattamenti antibiotici.
- una fase che tuttora crescentemente ci caratterizza, segnata da una prevalenza di malattie cardiovascolari, dalle neoplasie e da malattie a decorso prevalentemente cronico e neurodegenerativo; è in questa fase che si colloca una maggiore attenzione alla salute nelle sue componenti bio-psico-sociali.

Le prime due fasi implicano un concetto di salute centrato sul conseguimento o mantenimento di uno stato di equilibrio (punto neutrale tra malessere e benessere). La prevenzione appartiene ancora a queste fasi e si costituisce come caso particolare e avanzato di tale modello, essendo sempre centrata sulla perdita di salute (malattia, incidente, morte prematura), sul sintomo o sul segno che caratterizza l'asse del malessere. La terza fase è invece caratterizzata da una consapevolezza nuova: l'inscindibilità del continuum benessere-malessere e la centralità degli "stili di vita" nel conseguimento, mantenimento e miglioramento dello stato di salute. Lo strumento operativo che si aggiunge e ricomprende quelli del trattamento e della prevenzione è ora quello di **promozione della salute**. Ciò determina uno slittamento di enfasi dagli indicatori negativi (sintomi) a indicatori positivi di salute profondamente intrecciati al concetto di sviluppo e di crescita personale e sociale.

Tuttavia questo slittamento è problematico, dal punto di vista di una concettualizzazione significativa e appropriata della relazione tra salute e malattia. Come afferma Mario Bertini (2012),

Da una parte si osserva che nel passato la preoccupazione primaria delle scienze biomediche e psicologico-cliniche si è orientata a studiare il tema della malattia, scandagliando in profondità tutti i livelli possibili di analisi, dal più elementare al più complesso, mentre il concetto di salute non è stato affrontato, se non raramente e in modo perlopiù superficiale. Quello che interessava era individuare e classificare certi quadri ricorrenti di deviazione dalla norma (tassonomia), approfondire l'esame delle cause (eziologia) e dei processi (patogenesi) che spiegano la comparsa di detti quadri nosografici, e mettere a punto dei metodi di trattamento (terapia). (La prevenzione, nella sua posizione sostanziale, appare interna al modello malattia). Pertanto, considerando questo modello nella sua versione radicale, l'interesse dello scienziato, sia di base sia applicato, è quello di lavorare sulle anomalie o difetti riscontrati per provvedere alla loro eliminazione. Nel campo della psiche, per esempio, l'interesse è capire perché un certo soggetto presenti certi sintomi negativi definiti come depressivi per poi eliminarli attraverso forme di terapia farmacologica o psicologica: la salute, in questo schema, è quella condizione, per così dire, scontata, che compare quando scompaiono i sintomi depressivi. In questa linea tradizionale, la salute appare tout court come "assenza di malattia". Lo scenario che si manifesta in questo orientamento secolare, può essere rappresentato dalla parola "devianza" e, conseguentemente, la persona valutata in questo orientamento è segnalata come un "deviante". Ma oggi sta avanzando un altro scenario nel quale invece l'interesse primario è orientato a capire

in profondità le dimensioni caratteristiche della salute, le sue determinanti salutogenetiche e i provvedimenti utili per potenziarle. Ma così facendo è la malattia che assume i contorni di un'assenza; cioè, la malattia è quella condizione che si verifica quando scompaiono certe caratteristiche che vengono definite come salutari. Nel caso succitato della depressione, il quadro sintomatico che si presenta viene studiato alla luce della mancanza delle dimensioni caratteristiche della salute mentale (per es. fiducia, autostima, speranza). In tutto il percorso della psicologia positiva, questo rovesciamento è implicito, ma non troppo, come si può leggere per es. in questa affermazione di Seligman (2002): "La psicologia e la psichiatria hanno accettato la nozione che i 'veri' disturbi mentali sono quelle entità enumerate nel DSM-IV; la depressione unipolare, i disturbi d'identità dissociata, e simili. Proviamo a pensare un'alternativa rovesciata rispetto al DSM-IV. Consideriamo una persona senza un briciolo di onestà, di speranza, di gentilezza: vogliamo azzardare la possibilità che queste assenze possano essere i veri disturbi o disordini, le classi naturali, mentre le entità elencate nel DSM-IV non siano che mere congerie, collezioni rozze sovrapposte di questi deficit elementari." Pertanto mentre ieri si affermava che la salute è assenza di malattia, oggi in qualche modo si potrebbe affermare che la malattia è assenza di salute.

Siamo palesemente confrontati con un dilemma: come se ne può uscire? La soluzione di questo problema non è da cercarsi nel perseguimento di una linea di moderazione rispetto agli eccessi di entrambe le sponde, ma nel superare a monte la stessa idea del continuum dicotomico, secondo il quale la salute comparirebbe quando cessa la malattia o, viceversa, la malattia comparirebbe quando cessa la salute (Bertini, 2001). La scoperta che anche la salute è uno stato ci obbliga ad abbandonare la concezione semplicistica del rapporto salute-malattia, come un continuum lineare fra due poli che si auto-escludono. E' proprio in virtù della consapevolezza sempre maggiore dell'identità della salute che occorre necessariamente passare ad una visione bidimensionale più complessa. (...) Il superamento del continuum bipolare¹ propone il superamento della logica delle assenze e obbliga ad accettare la logica delle presenze, e cioè della co-presenza dei processi di salute-malattia. (...) Da questa presa d'atto si potrebbe quindi affermare una differenza sostanziale fra il territorio della malattia, sotto il cui ombrello per così dire- si qualificano le varie malattie- e il territorio della salute, sotto il cui ombrello si qualificano le varie salutè. Una volta accertata la presenza di due istanze relativamente indipendenti, il vero problema è il tema della relazione di Igea con Panacea, cioè fra le dimensioni del benessere e del mal-essere fisico, psichico e sociale di quel complesso sistema che è l'essere umano. Il livello del funzionamento ottimale umano non lo si può individuare partendo dalla misura delle malattie (illnesses), o delle salutè (healths) ma dall'integrazione adattiva del loro rapporto. (pp. 115119).

¹ Il continuum bipolare si trova nella tradizione positivista che "ha accolto il principio di Broussais, per il quale fra normale e patologico esiste continuità ed in fondo equivalenza: la malattia non è che variazione quantitativa rispetto alla condizione di salute, è un eccesso o un difetto. Questo principio è fortemente criticato da Canguilhem (vedi Mario Porro nella prefazione al libro di Canguilhem).

Malessere, malattia, e salute

Una delle caratteristiche definitorie della vita è la capacità di funzionare. Una salute funzionale può essere caratterizzata come presente o assente, avente un altro un basso livello di benessere, essere influenzata dalle relazioni di vicinato e dalla società. Il funzionamento è parte integrante della salute. Ci sono livelli di funzionamento fisici, mentali, sociali e questi riflettono hanno riflessi interne di performance e aspettativa sociale. La funzione può essere vista anche da una prospettiva logica come nell'esempio precedente sul camminare. La perdita di funzione può essere un segno o sintomo di una malattia. Per esempio, improvvisa perdita della capacità di muovere un braccio una gamba può indicare un ictus. L'incapacità di lasciare la casa può indicare un'improvvisa paura. In entrambi casi la perdita di funzione è segno di malattia, di uno stato di cattiva salute. La perdita di funzione è un buon indicatore che le persone possono del bisogno dell'intervento sanitario. La ricerca sugli adulti anziani indica che il declino nella funzione fisica costituisce un evento sentinella e può indicare la futura perdita di funzione fisica e persino la morte.

È facile pensare che la salute e il benessere consistono in una mancanza di malattia e di considerare il malessere e la malattia come termine intercambiabili. Tuttavia, la salute e la malattia non sono semplicemente antinomici le malattia e il malessere non sono sinonimi. In inglese malattia (*dis-ease*) significa letteralmente "senza facilità. Esso può essere definita come il fallimento di un meccanismo attivo della persona nel contrastare adeguatamente stimoli e stress, esitando in disturbi funzionali o strutturali. Questa definizione costituente un concetto ecologico di malattia che usa fattori multipli per determinare la causa della malattia piuttosto che descrivere una singola causa. Questo approccio multifattoriale aumenta le possibilità di coprire multipli punti di intervento per migliorare la salute.

Il termine inglese per malessere (*illness*) indica la presenza di un'esperienza soggettiva individuale è una manifestazione fisica di malattia (Holdings Walls and the, 2005). Entrambi costituiscono costrutti sociali in cui le persone si collocano in una relazione sbilanciata insostenibile con l'ambiente e in cui esperimento il fallimento della propria capacità di sopravvivere e creare un'alta qualità di vita. Il malessere può essere descritto come una risposta caratterizzata da una distonia tra i bisogni della persona e le risorse disponibili per corrispondere a questi bisogni. In aggiunta, nel malessere segnata all'individuo in generale alle popolazioni che l'attuale equilibrio non è ben funzionante appropriato. All'interno di questa definizione, il malessere a componenti logiche, spirituali e sociali. Una persona può avere una malattia si sa sentirsi malato per esempio nell'ipertensione asintomatica. Una persona può anche sentirsi malata senza avere una malattia diagnosticabile, ad esempio come risultato di stress. La nostra comprensione di malattia e malessere nella società si sovrappone alla nostra comprensione della storia naturale di ciascuna malattia e crea una base per la promozione della salute.

La salute può quindi essere considerato uno stato di funzionamento fisico, mentale e sociale che realizza i potenziali della persona e la propria esperienza all'interno di un contesto evolutivo. Sebbene la salute sia in parte una responsabilità individuale, essa richiede anche un'azione collettiva per assicurare una società è un ambiente in cui le persone possono agire responsabilmente per supportare la salute.

Un approccio ecologico

È proprio questo allargamento di prospettiva, quindi, a mettere in discussione la concezione dicotomica salute-malattia o benessere-male e a richiedere un deciso orientamento verso la complessità.

La focalizzazione sul benessere e la maggiore complessità della lotta alle malattie mette sempre più chiaramente in evidenza:

- a) la relazione tra la salute e il modo in cui le persone vivono e agiscono nel proprio contesto economico e sociale;
- b) le condizioni che caratterizzano lo sviluppo psicosociale delle persone e il loro essere-nel-mondo;
- c) le condizioni generali che caratterizzano la relazione tra le persone e i fattori socioambientali e culturali;

Non è dunque più possibile restringere l'attenzione ai soli livelli clinici o ai soli fattori individuali, ma occorre salute con modelli basati su parametri sociali e ambientali. È in questa cornice che possiamo rintracciare il delinearsi di un secondo orientamento nelle concezioni di salute, di tipo ecologico o della complessità. Esso si caratterizza per una prospettiva di sviluppo in cui la salute è considerata dipendente da modelli mobili di interazione tra persona e ambiente lungo il corso della vita e per cui ogni persona è vista come parte di un sistema complesso in cui le dimensioni biologiche e sociali sono interconnesse. L'approccio evolutivo più articolato è probabilmente rappresentato dal modello ecologico della salute² orientato soprattutto a sostenere interventi e processi di promozione della salute a livello individuale familiare di comunità e a livello societario e che include una particolare attenzione alla qualità della vita e una enfasi particolare sui determinanti sociali della salute. Tuttavia a questa visione ci si accosta anche attraverso una pluralità di concezioni e linee di sviluppo concettuale che possiamo riassumere in tre direzioni prevalenti:

- a) **dal modello della performance nel ruolo alle capabilities.** Il modello delle performances nel ruolo definisce la salute in termini di capacità individuale di esercitare un ruolo nei contesti familiari, lavorativi (o scolastici), nella vita sociale e di comunità, capacità misurata sulla base di performance correlate alle aspettative e alle norme sociali. La malattia in questa visione sarebbe il fallimento di ricoprire il proprio ruolo nei livelli attesi dalla società. Questo modello è la base per la valutazione occupazionale della

² (vicina (I ho emme), 2003),

salute o della salute occupazionale, delle certificazioni per le attività fisiche a scuola, o per le assenze per malattia dal lavoro. L'idea di un "ruolo di paziente" costituisce una componente vitale del modello. Si sostiene che il ruolo di malato è effettivamente rilevante nei sistemi di cura attuali. (devis Italia, 2011; Shilling, 2002). Questo modello si costituisce soprattutto in funzione dell'esigenza di collocare la salute nel quadro delle dimensioni funzionaliste legate all'organizzazione sociale ed economica moderna, con i modelli sociali di funzionamento legati appunto alla prospettiva *role-performance* come variabile fondamentale per la produttività nei e dei sistemi economici e sociali. Questa posizione è per molti aspetti ridefinibile, nella sensibilità e nella riflessione contemporanea,

in modo più focalizzato alla relazione tra le posizioni sociali e le risorse che caratterizzano il sistema delle relazioni nel mondo contemporaneo. Da questo punto di vista la salute fa riferimento alla prospettiva delle "capabilities" di Amartya Sen: "Persone diverse hanno necessità diverse e diverse capacità o possibilità di trasformare le risorse in "funzionamento", cioè in conseguimenti reali nel miglioramento della propria salute e delle proprie prospettive nel progetto di vita".

- b) **dal modello adattivo al superamento della dicotomia "normalepatologico"**. Il modello adattivo propone che la misura della salute consiste essenzialmente nella capacità delle persone di adattarsi positivamente ai cambiamenti sociali e ai modelli culturali con cui la persona entra in contatto. La malattia avviene quando la persona non riesce ad adattarsi a questi cambiamenti che mettono in discussione il suo funzionamento fisico, psicologico e sociale. Tuttavia questa lettura sembra proporre una distinzione tra salute come adattamento e malattia come mancanza di adattamento, cioè ripropone una dicotomia tra processi di adattamento "normali" e condizioni "patologiche" caratterizzati da una incapacità di adattamento.
- c) **Dal modello eudaimonico alla prospettiva del benessere psicologico**. Un approccio eudaimonico considera un alto livello di benessere come equivalente della salute ottimale e sottolinea fortemente l'interazione tra gli aspetti psicologici, sociali, e fisici, spirituali della vita e l'ambiente che contribuisce al raggiungimento dei propri obiettivi e alla creazione dei significati.
- La malattia è considerata come una *denervazione* o *illanguidimento*, una mancanza di coinvolgimento nella vita. Questa concezione rinvia peraltro alla questione della definizione del benessere e dell'ambiguità contenuta nell'espressione "benessere soggettivo" rinvia parimenti alla necessità di precisare la relazione tra risorse e benessere personale e sociale.

L'ampliamento delle prospettive che interviene in queste rappresentazioni non riesce ancora ad essere sufficientemente comprensivo e a superare una certa unilateralità, tuttavia esse pongono l'esigenza di un modello ecologico della salute, che riconosca l'interconnessione tra le persone e il proprio ambiente fisico e sociale. La salute da una prospettiva ecologica è multidimensionale, estendendosi dall'individuo alla comunità circostante e godendo il contesto all'interno del quale una persona funziona. Esso incorpora un approccio sistemico all'interno del quale le azioni di una parte del sistema influenzano il funzionamento del sistema nel suo complesso. Questa visione della salute espande il concetto di benessere, riconoscendo che ci sono fattori sociali e ambientali che possono aumentare la salute e i comportamenti sani. Per esempio molte persone possono trarre beneficio dall'attività fisica come ad esempio camminare, e persone hanno più probabilità di camminare in contesti in cui ci sono percorsi predisposti per le passeggiate e marciapiedi e dove essi possono sentirsi sicuri. È possibile e necessario incoraggiare le persone a camminare ma deve essere anche esercitata una pressione per la sicurezza nelle aree in cui le persone camminano e in cui lavorano con altri ed è necessario lavorare per pianificare lo sviluppo di comunità amichevoli per le persone.

La progressiva scoperta di una complessa interazione tra dimensioni fisiche, psicologiche e sociali e la loro stretta relazione con le variabili ambientali e la loro trasformazione, ha portato ad una crescente sensibilità per lo sviluppo di un approccio integrato ed ecologicamente orientato allo studio e alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute, che saranno fissati nell'*Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO, 1986) e trovano ulteriori approfondimenti nei documenti formulati nei decenni successivi (WHO, 1991; 1998;2001).

“La possibilità che un contesto, e le persone presenti in esso, siano caratterizzati da condizioni di salute o di malattia dipende dall'interazione di molteplici fattori, che interessano sia l'ambiente fisico (p.e. profilo geografico, architettura, strutture tecnologiche) sia quello sociale (p.e. cultura, aspetti economici e politici). Non di meno, lo stato di salute di individui e gruppi risulta influenzato dalle caratteristiche personali di ciascuno (p.e. patrimonio genetico, caratteristiche psicologiche, patterns comportamentali). Soltanto considerando l'interazione tra questi differenti livelli (e non focalizzandosi su uno soltanto di essi) si può comprendere la complessità del fenomeno e quindi attivare strategie di promozione che rispondano alle esigenze di salute della popolazione (Moos, 1979)

Le ricerche che hanno come oggetto il rapporto tra ecologia e salute utilizzano quindi una prospettiva multidisciplinare e per questo includono l'apporto di differenti settori, dalla medicina all'urbanistica, dalle politiche sanitarie alle scienze sociali e ambientali (Stokols, 2002). La finalità è quella di una più approfondita comprensione dei principi che governano la complessità del sistema, utilizzando a questo scopo chiave di lettura delle interazioni tra persona e ambiente offerta dai paradigmi della teoria dei sistemi (von Bertalanffy, 1968) e dell'ecologia sociale (Duhl, 1996).

Gli effetti dell'interazione tra fattori ambientali e personali sulla salute sono stati oggetto di numerose ricerche: alcune di queste hanno indagato il modo in cui la povertà, le disuguaglianze nella distribuzione del reddito e la condizione di minoranza

possono congiuntamente influenzare la salute degli individui e dei gruppi appartenenti alle fasce deboli della popolazione (Adler *et al.*, 1994; Bullard, 1990; Kaplan *et al.*, 1996), mentre altre hanno rilevato come la situazione socioeconomica del quartiere di residenza possa essere associata con la percezione di scarsa salute, indipendentemente dallo status socio-economico individuale (Malstrom *et al.*, 1999). Ancora, gli effetti dell'interazione tra fattori di tipo ambientale e scelte comportamentali emergono da studi che mostrano come l'esposizione all'amianto concorra ad aumentare il rischio dello sviluppo di cancro ai polmoni nei fumatori cronici (Grunberg, 1991) o come la disposizione individuale a esercitare un controllo di tipo interno sul proprio ambiente possa mitigare i negativi effetti sulla salute di un basso livello di istruzione e di reddito (Lachman e Weaver, 1998).

Le transazioni individuo-ambiente appaiono così caratterizzate da dinamiche di mutua influenza, dove gli aspetti fisici e sociali dei contesti incidono sulle condizioni di salute di coloro che ne fanno parte e, nello stesso tempo, questi ultimi possono modificare con la loro azione il contesto in cui vivono per renderlo più adeguato alle loro esigenze o, al contrario, scegliere di subirne passivamente l'influenza. Ad esempio, il fatto di essere esposti continuamente al rischio di subire violenze di qualche tipo all'interno di quartieri svantaggiati può provocare sentimenti di impotenza e depressione, che a loro volta possono condurre alla diminuzione dell'impegno ad adottare stili di vita sani (Sanders-Phillips, 2000). Allo stesso modo, il benessere degli anziani può dipendere dall'incontro tra le loro abilità funzionali e i vincoli presenti nei loro ambienti di vita quotidiana: la possibilità di promuovere una relazione positiva tra l'individuo e il suo ambiente - e quindi migliori condizioni di salute - passa quindi attraverso un'azione trasformativa di entrambe queste dimensioni.

Le ricerche che applicano il paradigma ecologico allo studio della salute non raramente fanno riferimento a principi e metodologie propri dell'ecologia sociale (Duhl, 1996). La natura multidimensionale dell'ambiente umano fa sì che esso possa essere letto in termini di aspetti fisici e sociali, di qualità reali e percepite, di attenzione per la dimensione individuale o per quella di gruppo. La prospettiva dell'ecologia sociale allarga la visuale fino a comprendere e integrare molteplici livelli di analisi e diverse metodologie (p.e. questionari, osservazione del comportamento, analisi epidemiologiche) con l'obiettivo di valutare il benessere sia dei contesti sia delle persone e dei gruppi che li abitano. Gli ambienti umani vengono concettualizzati come sistemi complessi in cui gli aspetti legati al contesto prossimale devono essere letti alla luce dei contesti sovraordinati che li contengono. Gli sforzi per promuovere il benessere devono quindi tenere conto delle interdipendenze esistenti tra gli ambienti direttamente esperiti e quelli di macrolivello. In quest'ottica, per esempio, il benessere lavorativo e la sicurezza nel luogo di lavoro possono essere influenzati dalla normativa nazionale sulla qualità degli ambienti lavorativi (Stokols, 1992).

Un altro tema centrale nella teoria ecologica è che il benessere fisico, psicologico e sociale viene influenzato dalle molteplici e interrelate situazioni che compongono il sistema di vita quotidiana degli individui e dei gruppi. In linea con il modello ecologico dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (1979), le interazioni tra la famiglia, la scuola, il lavoro, i contesti del tempo libero appaiono influenzare significativamente lo sviluppo dell'individuo. L'attenzione è quindi posta, più che sulla transazione persona-ambiente all'interno di un solo contesto (microsistema), sull'interazione e sulle

connessioni tra due o più contesti con cui l'individuo entra direttamente (mesosistema) o meno (esosistema) in contatto o ancora sul livello delle norme sociali e culturali (macrosistema). L'influenza congiunta dei molteplici contesti di vita sullo sviluppo e sulle condizioni di salute è stata osservata in diverse ricerche, dove l'esposizione dei bambini a stress ambientali a casa o a scuola (p.e. spazi inadeguati, rumore) risulta correlare con le condizioni di salute fisica e con il successo scolastico (Cohen *et al.*, 1986), così come per gli adulti il vissuto di conflittualità tra realtà familiare e lavoro appare associato a condizioni di malessere, mentre la presenza di supporto da parte del coniuge risulta mitigare gli effetti dello stress lavorativo (O'Neil e Greenberger, 1994).

Ciò che appare importante nella definizione delle condizioni di salute degli individui non è quindi l'approfondimento dei fattori presenti in un singolo contesto, quanto piuttosto l'identificazione delle modalità di interazione tra i molteplici contesti con cui l'individuo si relaziona e del come essi possano contribuire a modificarne le condizioni di salute e benessere" (Braibanti, 2015, pag.).

SCHEDA 1: Malattia e guarigione: dalla persona alle “macchine per guarire”?

Salute e malattia

SALUTE E MALATTIA

Anche in un qualsiasi sistema biologico semplice, la traiettoria di vita di un individuo è comprensibile ponendola all' interno della continua oscillazione tra salute e malattia



Università degli Studi di Bergamo

1

Salute/malattia non possono essere considerati dei riferimenti di stato ma processi in continua ridefinizione del loro confine e delle loro caratteristiche.



Università degli Studi di Bergamo

2

Pensiamo, soltanto per fare un esempio a quanto diverse siano le condizioni di salute/malattia nelle varie fasi del ciclo della vita individuale oppure, se vogliamo essere leggermente fatalistici, alla possibile interpretazione della vita dopo la nascita come a un complessivo percorso diretto verso la morte.



IMPLICITI NELLA COPPIA SALUTE/MALATTIA

- parametri di definizione della **normalità**.
- i concetti di **efficienza** e di **funzionalità** parametri rivolti alla loro valutazione.
- articolato rapporto tra **individuo e popolazione**.



-
- Ma una comunità di persone, un gruppo sociale non sono sistemi biologici semplici.
 - La continua oscillazione di salute/malattia è complicata dall'essere inserita nella continua ridefinizione di ruolo che nel comportamento umano hanno **il biologico e il sociale**.
 - Anche la malattia, apparentemente legata alla sola dimensione fisiologica, in realtà si dimostra costruzione sociale complessa e atto significativo.



IL PARADOSSO DELLA MALATTIA

Possiamo definire la MALATTIA contemporaneamente sia come **il più individuale** sia come **il più sociale** degli eventi significativi nell'esperienza umana.

“Les maladie de l’homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont de drames de son histoire” (George Canguilhem)



La malattia nell' esperienza individuale

- ❑ È esperienza immediata di ognuno percepire la malattia come qualcosa che riguarda la propria soggettività concreta e corporea.
- ❑ La malattia si iscrive nella individuale vicenda biologica come una disgrazia esclusiva, una ingiuria offensiva e menomante, una gratuita mortificazione di cui si è vittime inconsapevoli e incolpevoli.
- ❑ E' un acuto degenerante che sconvolge sia il corpo che la mente, un insieme aggredito e menomato nella sua possibilità di vita funzionale, relazionale e simbolica.
- ❑ I sintomi devono varcare livelli di soglia diversi per ciascuno e che si sono definiti nel gioco di combinazioni tra corredi genetici e biografie socio-culturali. Anche la mobilitazione delle risorse, per modalità e per quantità, avviene in relazione a processi di definizione in gran parte analoghi.



Il versante sociale della malattia.

- ❑ A qualsiasi aggressione patogena corrisponde necessariamente una reazione che è essenzialmente una operazione di costruzione di senso per la malattia.
- ❑ Le vie della guarigione possono definirsi secondo modalità non esclusivamente biomediche e che ci sono fattori propriamente culturali che fungono da agenti di prevenzione o al contrario di predisposizione alle malattie.



-
- ❑ Ora, **l'attribuzione di un senso alla malattia** non è operazione possibile a livello individuale.
 - ❑ Fa riferimento a **competenze che si acquisiscono nella vita** di relazione socio-culturale come quelle linguistiche le quali hanno elaborato parole adeguate,
 - ❑ alla presenza di **un sapere esperto** che abbia prodotto una semeiotica idonea,
 - ❑ all'esistenza di **istituzioni e di operatori** che si diano come riferimenti autorevoli in virtù del proprio prestigio e della propria collocazione.



La malattia nella prospettiva delle RS

Negli ultimi anni il valore sociale della salute è aumentato, costituendo un costrutto assai prossimo alla felicità, da un lato, e a un dovere sociale, dall'altro. Contemporaneamente la malattia si rende concepibile ormai quasi esclusivamente nel rapporto con la medicina, a cui è richiesto, da un lato, una grande sofisticazione negli apparati istituzionali di intervento e di cura, ma alla quale, d'altro lato, viene contemporaneamente contrapposto il valore della volontà di guarire come una determinante della salute, che può trovare maggiore accoglienza e rispecchiarsi nel crescente prestigio delle cure cosiddette alternative e delle medicine orientali.



MALATTIA E ORDINE SOCIALE

- L'ordine sociale attraverso la pervasività delle sue strutture fornisce all'individuo i quadri logici per fare l'esperienza della malattia e attraverso i meccanismi di connotazione simbolica fornisce i valori della malattia.



DISEASE, ILLNESS, SICKNESS

- **Disease** : il processo patologico nei suoi aspetti fisico-corporei e nei suoi effetti fisiologici.
- In uno stato di malattia, con *disease* si indica ciò che il medico può descrivere "obbiettivamente" di un processo patologico sulla base delle sue categorie e dei suoi strumenti diagnostici e sulla base delle opzioni terapeutiche scelte e dei parametri adottati di valutazione dell'efficacia.



-
- **Illness** : l'esperienza che il singolo individuo fa della malattia, il vissuto personale e intimo del processo di incorporazione della malattia nel caso concreto, la modalità di percezione e di elaborazione di una personale rappresentazione della malattia.



-
- **Sickness** : l'atteggiamento culturale che una società sviluppa nei confronti di una particolare malattia o della malattia nelle sue varie forme a partire dal quale si forma il significato sociale della malattia ma anche della salute.



-
- ❑ Scandagliando il concetto di *illness* si scopre che il suo legame con la *disease* non obbedisce alle leggi di una corrispondenza biunivoca.
 - ❑ E' possibile trovarsi in casi di *illness* senza un corrispondente *disease*, (la disputa sulla eziologia della malattia mentale e le accuse di riduttivismo alle ipotesi organicistiche di spiegazione).
 - ❑ Ma si verifica anche il caso contrario di *disease* "conclamato" cui non corrisponde una *illness*, per esempio, in molti casi, nella fase del suo insorgere, il cancro può essere asintomatico. Come la tubercolosi o il diabete.



-
- ❑ Inoltre a definire la *sickness* concorrono certamente gli istituti, formalizzati e non, che sono di riferimento nella cura delle malattie e gli operatori che agiscono nell'ambito della salute e della malattia. Più in generale, poiché la *sickness* è una costellazione di significati che gira intorno alla malattia, sono le strutture del sociale che manipolano il simbolico e che producono ideologie ad essere gli agenti di questa rappresentazione collettiva della malattia.
 - ❑ In rapporto alla *sickness* il singolo malato non può far altro che negoziare il proprio ruolo e il proprio status.



RIVEDERE IL CONCETTO DI GUARIGIONE

- Guarigione come *restitutio ad integrum*

- *Guarigione come omeostasi*

- *Guarigione come costruzione di una “nuova” norma di adattamento*



IL PARADOSSO DELLA GUARIGIONE

L'efficacia dei rimedi e della capacità di guarigione propria della medicina degli ultimi due secoli apre un paradosso:

L'aumento della durata della vita conferma la fragilità dell'organismo e l'irreversibilità del suo declino



Macchine per guarire?

La centralità della relazione medico-soggetto in cura

L'attenzione a una "medicina del singolare" continua a interrogare e a perturbare continuamente una medicina impegnata nell'invenzione e nella moltiplicazione delle "macchine per guarire"

Terapia o pedagogia della "guarigione"?

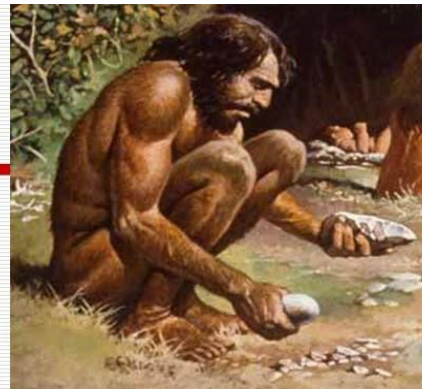


Università degli Studi di Bergamo

20



Tecnologia e strumenti



La tecnologia è il sembiante dell' uomo, la tecnologia come Altro Generalizzato

IL VIRTUALE

Pierre Lévy riprende questa differenziazione tra virtuale e possibile e tra reale ed attuale. Il virtuale non è dunque il contrario del reale, ma un modo anzi di essere fecondo, che concede margine ai processi di creazione, schiude prospettive future, scava pozzi di senso al di sotto della piattezza della presenza fisica immediata. Secondo Lévy questo passaggio dal virtuale all' attuale è un processo di trasformazione da una modalità dell' essere a un' altra..



Tecnologia e corpo

Nel 1950, Alan Turing propose che per pensare e parlare, una macchina avrebbe avuto bisogno di un corpo simile a quello di una persona:

« Si può anche sostenere che sia meglio fornire alla macchina i migliori organi di senso disponibili, e poi insegnarle a capire e parlare l'inglese. Tale processo potrebbe seguire l'insegnamento normale di un bambino. Si dovrebbero indicare le cose e nominarle, ecc. » (Turing, 1950)

I ricercatori nella robotica come Rodney Brooks, Hans Moravec e Rolf Pfeifer hanno sostenuto come a loro avviso la vera intelligenza artificiale possa essere raggiunta solo da macchine dotate di abilità sensoriali e motorie e di un corpo vero e proprio, collegato e relazionato al mondo



La tecnologia è l'involucro, l'esoscheletro dell'uomo

Che ne esalta le possibilità vitali e la VOLONTÀ DI POTENZA, nella potenza iperbolica della tecnologia



Università degli Studi di Bergamo

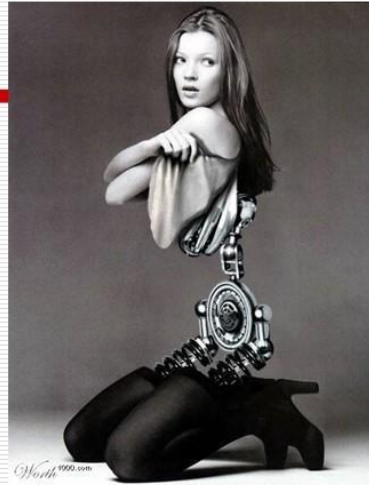
24

Che lo costringe entro un corpo-prigione e costringe a ridefinire il limite tecnologico della vita



Università degli Studi di Bergamo

Cyborg o Mutanti?



Università degli Studi di Bergamo

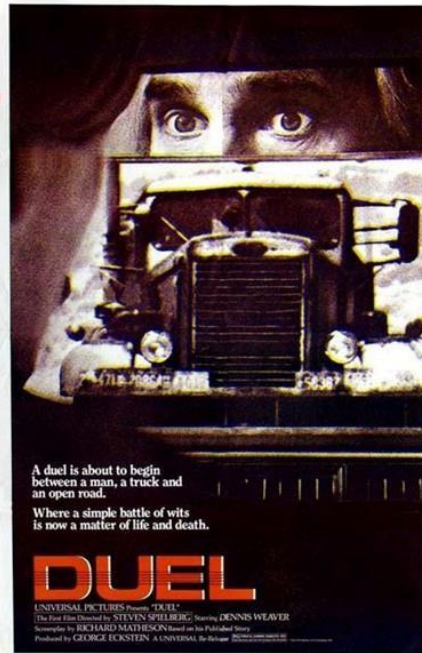
26



Università degli Studi di Bergamo

27

FRANKENSTEIN



Università degli Studi di Bergamo

28



Università degli Studi di Bergamo

29

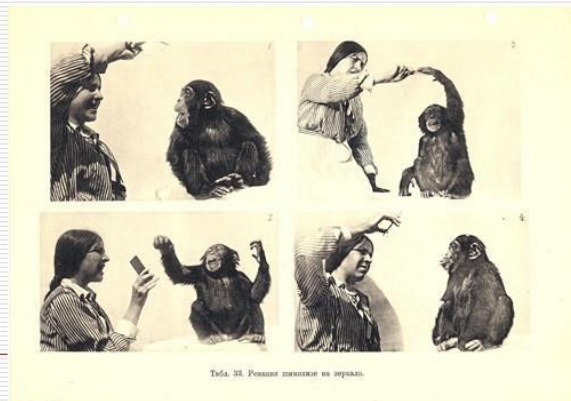


Università degli Studi di Bergamo

30



LA TECNOLOGIA E'
IL SEMBIANTE



Università degli Studi di Bergamo

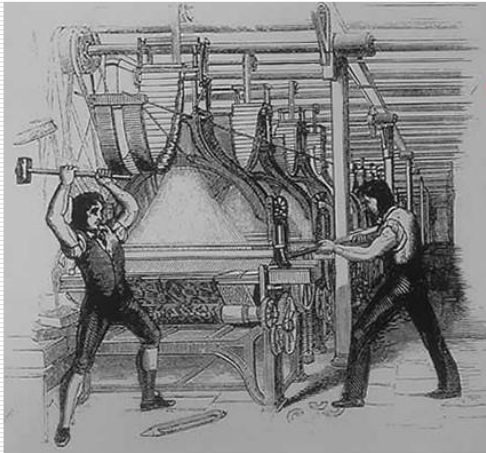
31



Università degli Studi di Bergamo

32

LUDDISTI



Università degli Studi di Bergamo

PSICOLOGIA E SALUTE

La convocazione della psicologia alle tematiche della salute

Col termine “Psicologia della salute” si possono ovviamente intendere due diversi significati:

- a) l’insieme dei problemi e dei processi psicologici che riguardano la salute
- b) la tradizione scientifica (peraltro recente) che si definisce con questo nome

Questi due significati non sono sovrapponibili e sarebbe un errore cercare di ridurre l’uno all’altro. Ogni disciplina cerca di delimitare e delimita autopoieticamente il proprio campo d’indagine e, così facendo, definisce il proprio dominio in un’area assai più circoscritta, rispetto al senso comune e rispetto agli approcci disciplinari contigui e/o concorrenti. Questa apparente contiguità non comporta necessariamente un rapporto di inclusione tra il dominio della Psicologia della salute e quello degli aspetti psicologici della salute. Naturalmente, la Psicologia della salute, in quanto disciplina e tradizione scientifica, aspira a rappresentare il punto di vista della psicologia in quanto scienza rispetto alla salute e ai suoi problemi. Tuttavia, a differenza di altre scienze, la psicologia si trova da molto tempo in quella fase che la Masterman (1976) chiama “del paradigma multiplo” e, inevitabilmente ciò impedisce che tutti gli approcci scientifici della psicologia *alla* salute possano essere compresi o ricondotti entro la tradizione (per altro relativamente recente) della psicologia *della* salute. Per queste ragioni, ci si trova oggi alle prese con due conseguenze focali:

- a) la necessità, nello sforzo di delimitazione del campo della Psicologia della salute, di individuare il confine tra “autoreferenza” ed “eteroreferenza”
- b) la persistenza inevitabile di un “resto” che fatica ad essere “compreso” entro quei confini disciplinari e che rinvia, ciò nonostante, a porzioni rilevanti della rappresentazione sociale, della domanda e della stessa prassi di salute.

Lo sforzo di delimitazione e precisazione del “campo” della psicologia della salute ha ottenuto negli ultimi anni un ampliamento di prospettiva notevole, fin troppo complessa per essere riassunto in un breve saggio come questo. Posso quindi solo proporre qualche indicazione di quelli che mi paiono alcuni nodi critici e che invitano, a mio parere, alla riflessione e all’apertura di un dibattito.

L’esordio della Psicologia della Salute come disciplina autonoma

Fino almeno alla metà del XX secolo, la psicologia non è sembrata particolarmente interessata alla malattia e alla salute, al più essa ha cercato di orientare il proprio sguardo sulla malattia e sulla salute mentale, cercando di costituire un campo

parallelo, in parte autonomo, rispetto a quello della medicina. Proprio per questo lo sguardo degli psicologi non si sofferma volentieri sui temi della salute fisica o della malattia somatica che essi faticano a percepire come proprio. Tuttavia, tra la fine degli anni settanta e l'inizio degli anni ottanta del secolo trascorso, anche la psicologia fu investita da una forte domanda sociale di contribuire a ridisegnare le politiche sanitarie nei paesi occidentali, nata da una radicale trasformazione del panorama epidemiologico del '900 e, forse soprattutto, dall'evidente insostenibilità economica dei sistemi di cura e trattamento fondati sul modello bio-medico.

La psicologia appare quindi più "convocata" ai temi della salute, non da un proprio autonomo interesse, ma dai cambiamenti nel pensiero medico, dalla trasformazione del panorama epistemologico e filosofico e, soprattutto, dai cambiamenti nelle condizioni materiali, economiche ed epidemiologiche a livello globale e delle istanze politiche (di politica sanitaria e più in generale, delle politiche di welfare) che hanno caratterizzato il mondo contemporaneo successivamente al secondo dopoguerra.

Benché ormai forte in diverse aree di indagine e di intervento, la psicologia non era fino ad allora ancora riuscita a delineare in modo unitario un proprio "punto di vista" autorevole sulla riconfigurazione delle politiche sanitarie, presentandosi alquanto frammentata nei propri "paradigmi multipli" e ancora assai incerta nel proporsi come punto chiaro di riferimento in un dominio fino ad allora incontrastato della medicina. Posta di fronte a queste nuove responsabilità, nel terzo quarto del XX secolo la psicologia ha cercato di aprire una via nuova, di delineare un proprio originale contributo unitario alla salute degli individui e delle comunità. Ciò nonostante, alla luce della storia di un confronto culturale pluridecennale, sembra ancora legittima la domanda "È veramente possibile una psicologia della salute?". Cioè: i diversi contributi indipendenti della psicologia (le varie tradizioni, teorie, ambiti psicologici correnti) possono unificarsi in una visione coerente, esplicita e integrata, la psicologia della salute, appunto? Senza questa integrazione, "psicologia della salute" è da intendersi solo come una categoria descrittiva, un insieme eterogeneo di teorie, ricerche, modelli, interventi che non necessariamente hanno tratti salienti comuni o una comune convergenza verso un paradigma. In questa accezione debole sembra peraltro muovere i primi passi la nascente psicologia della salute, nel corso degli anni '70 e '80. Nelle intenzioni di Matarazzo (1980, 1982), essi muovono attorno ad un obiettivo pragmatico: "the enhancement and promotion of health and the prevention of dysfunctions in currently healthy children and adults" (1982, pag. 39). Tuttavia l'aggregazione di risorse e personalità attorno a questo obiettivo, se da un lato non esplicita alcuna visione teoreticamente integrata, consente tuttavia di enucleare (a posteriori) l'adesione attorno ad alcuni punti di riferimento con cui si può tentare di demarcare il campo della nascente psicologia della salute.

Un primo tratto è costituito dal carattere "applicato" della psicologia della salute, non nel senso banale che escluda la possibilità di accogliere e stimolare anche ricerca di base, ma nel senso che in essa prevale una consapevolezza che uno scopo comune (the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of

health) costituisce il nucleo della psicologia della salute come “aggregato di specifici contributi educativi, scientifici e professionali”. Questa natura “aggregata” e non necessariamente “integrata” della psicologia della salute nei suoi orizzonti iniziali è dunque complementare al proprio orientamento applicativo e pragmatico.

Un secondo tratto è rappresentato dall'attenzione prioritaria alla “salute fisica”. Nelle parole di Matarazzo (1982) la psicologia della salute muove anche dalla necessità di rispondere ad una pressione sociale e politica che chiede alla psicologia (che “è divenuta leader nel campo della salute mentale dopo la Seconda Guerra Mondiale”) di impegnarsi, nelle ultime due decadi del XX secolo, ad investigare “in modo aggressivo” e a confrontarsi efficacemente con il ruolo dei comportamenti e degli stili di vita individuali nella salute fisica e nelle sue disfunzioni. Anche se non v'è mai alcuna esplicita assunzione di una separatezza tra salute fisica e mentale (che nella tradizione della psicologia della salute verrà ripetutamente ricondotta alla prospettiva dell'integrazione mente-corpo) la psicologia della salute sembra accettare una sorta di dualismo pragmatico ed arrivare a considerare come proprio campo elettivo gli aspetti psicologici e comportamentali della sola salute fisica.

Un terzo tratto è rappresentato dalla centralità dell'individuo. Ciò non significa necessariamente che vengano del tutto misconosciuti altri determinanti (sociali, culturali) del benessere e della malattia, ma la psicologia della salute sembra concentrarsi:

- a) sulla salute dei singoli (bambini, adulti, anziani) e quindi a non considerare la salute come “fatto sociale”, ma al più come fatto individuale che ha antecedenti (ad esempio i fattori di rischio ambientale) e conseguenze sociali (ad esempio i costi sociali delle malattie). All'inizio, i concetti di salute di comunità e di salute ambientale, come fattore olistico non riconducibile alla semplice sommatoria dello stato di salute dei singoli, non hanno una chiara rilevanza. La stessa attenzione alle caratteristiche del sistema sanitario (all'health care system, e alla health policy) sono gerarchizzate in una posizione dipendente dalla ribadita posizione centrale in cui si pone “the person whose health is at issue” (Stone, 1984).
- b) sugli interventi destinati all'individuo e al cambiamento di comportamenti individuali (smoking cessation, exercise, stress coping,..) anche quando questi interventi si avvalgono di mezzi di diffusione collettiva o chiamano in causa le politiche e l'organizzazione del sistema sanitario. La dimensione collettiva è il mezzo, il veicolo per raggiungere il fine e raramente è considerata come un autonomo contesto in cui gli atteggiamenti e le rappresentazioni, le dinamiche intragruppo e intergruppo o, meno ancora, l'organizzazione del potere, le dipendenze o le disuguaglianze possano costituire dimensioni rilevanti per la salute

La centralità dell'individuo, quindi, anche se non viene collocata in una assunzione teoretica e di principio sulla “natura” della salute, costituisce un importante e impegnativo organizzatore pratico con cui vengono aggregati i contributi della psicologia alla salute, nella prima fase di sviluppo della disciplina. Ciò viene a significare che, anche quando rivolge il proprio sguardo oltre l'individuo,

agli atteggiamenti e alle politiche sociali, questo sguardo rimane pur sempre orientato a valutare e a produrre effetti sulla salute individuale.

Un tratto dipendente da questa centralità dell'individuo è l'enfasi attribuita alla “responsabilità”.

Matarazzo (1982) definisce nel seguente modo la psicologia della salute: Health psychology is the aggregate of the specific educational, scientific, and professional contribution of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of health, illness, and related dysfunction, and to the analysis and improvement of the health care system and health policy formation” (pag. 4). In precedenza lo stesso Matarazzo (1980) aveva definito il campo della behavioral health in modo pressoché analogo: “behavioral health is an interdisciplinary field dedicated to promoting a philosophy of health that stresses individual responsibility in the application of behavioral and biomedical science knowledge and techniques to the maintenance of health and the prevention of illness and dysfunctions by a variety of self-initiated individual or shared activities” (pag. 813)

E' importante rintracciare in quest'ultima definizione, un accentuazione morale, con un esplicito riferimento a Knowels (1977), secondo cui “over 99 per cent of us are born healthy and made sick as a result of personal misbehavior and environmental conditions. The solution to the problems of ill health in modern American society involves individual responsibility in the first instance, and social responsibility thorough public legislature and private volunteer efforts in the second instance” (pag. 58)

La definizione di Matarazzo (1980) di “Behavioral Health” mette in posizione centrale:

- a) il ruolo della responsabilità individuale nel mantenimento o nella perdita della salute;
- b) la consistenza di tale responsabilità con le conoscenze biomediche (e psicologiche) sulla salute.

In tal modo, cioè, la responsabilità sembra declinarsi in funzione delle conoscenze disponibili e ciò finisce con l'avere diverse conseguenze:

- a) la tendenza delle conoscenze a disporsi in modo “normativo”, nel duplice senso
- b) della categorizzazione e descrizione della salute come norma a cui attenersi e
- c) della categorizzazione dei comportamenti e degli atteggiamenti che “devono” essere adottati per mantenersi entro quella norma
- d) la tendenza a concettualizzare la salute come un “dovere” a cui l'individuo deve attendere non solo nel proprio interesse, ma anche nell'interesse collettivo;
- e) la tendenza a ridurre molti fattori individuali che concernono la salute al grado di conoscenza delle informazioni scientifiche e alla conformità dei comportamenti a tali conoscenze.

V'è da notare, in queste dimensioni, come il ragionamento di Matarazzo prenda le mosse, nel contributo del 1982, dall'innalzamento esponenziale della spesa sanitaria e degli effetti su di essa della riconfigurazione dello scenario

epidemiologico negli ultimi decenni. Il richiamo alla responsabilità individuale in questo contesto enfatizza il carattere “sociale” di tale responsabilità, ma riducendo quest’ultima alla sua sostenibilità economica. Il ragionamento, peraltro, mentre ripropone una dipendenza dei comportamenti individuali dai determinanti collettivi e dai dispositivi deontologici della “scienza biomedica e comportamentale”, è compatibile con e promuove una visione cognitivista dell’uomo come soggetto di salute.

Un tratto ulteriore è dunque rintracciabile nella natura cognitiva con cui si caratterizza l’ingresso in gioco dell’individuo e la sua responsabilità nei processi di salute e di malattia. In questa direzione va letta l’enfasi sui processi di decisione, scelta, problem solving, background knowledge, formazione degli atteggiamenti e delle intenzioni, come determinanti dei comportamenti di salute.

Almeno in una prima, lunga fase del suo sviluppo, la psicologia della salute sembra inoltre caratterizzarsi prevalentemente per un’enfasi eccessiva accordata ai processi di malattia, anche se in un’ottica prevalentemente preventiva, piuttosto che sui processi positivi di salute. Pur perseguendo un concetto di salute che non si riduca all’assenza di malattia, la definizione di Matarazzo (1982) e gli argomenti usati per sostenerne la rilevanza, sembrano reintrodurre una concezione pratica di salute fisica come condizione (da mantenere o recuperare) di sostanziale assenza di malattia.

In sintesi, la psicologia della salute a cui Matarazzo sembra voler richiamare i diversi contributi e le risorse intellettuali e professionali, sembra caratterizzarsi in senso fortemente applicativo, individualista e cognitivista, rivolto prevalentemente al mantenimento e alla promozione della salute fisica. Questa linea interpretativa costituisce certamente uno dei nuclei fondamentali che, all’inizio, canalizzano lo sviluppo della psicologia della salute. Essa è dunque una parte importante di quella Mainstream Health Psychology che si è caratterizzata per un successo esplosivo sullo scenario anglosassone ed europeo negli ultimi tre decenni. Questa linea ha contribuito al successo sulla base anche dei seguenti punti di forza.

- La psicologia della salute si pone in continuità con la behavior medicine e ne eredita gran parte dei temi e degli orientamenti teorici. Pur senza potersi ridurre ad essa, molti dei suoi temi tipici sono presenti e caratterizzano i principali manuali di Health Psychology;
- Aprendosi ad una prospettiva fortemente caratterizzata in direzione sociocognitiva, la psicologia della salute finisce col godere del prestigio e dell’influenza che la *Social Cognition* negli stessi anni sta guadagnando nella comunità scientifica, soprattutto americana. Allo stesso modo, per converso, ne subisce essa stessa un’influenza che finisce con l’accentuare il carattere individualista della disciplina;
- Ha saputo, entro questa linea, operazionalizzarsi in modelli esplicativi di tipo cognitivo-comportamentale di diretta derivazione dalla Sociale Cognition (HBM, teoria dell’azione ragionata e i vari modelli aspettativa-valore) che, indipendentemente dal loro effettivo valore euristico, sembravano aprire una prospettiva promettente e innovativa;

- Ha saputo proporsi con una concreta capacità di implementazione di programmi e “pacchetti” di intervento efficaci per gli scopi circoscritti a cui tendevano, ai diversi livelli dello scenario “sistemico” proposto da Stone (la persona, i rischi, l’Health Care System, le Health Policies)

Il coronamento di questa linea risiede probabilmente nell’incontro tra la Health Psychology e la teoria dell’apprendimento sociale nelle strategie di intervento fondate sulla self-efficacy di Albert Bandura

Psicologia della salute, modello biopsicosociale e orientamento sistemico

Per quanto tenda ed assimilarsi in un’unica linea di sviluppo, la Mainstream Health Psychology è probabilmente fondata su un ulteriore e indipendente fondamento che affianca e, per molti aspetti corregge, la derivazione diretta dalla Behavioral Health di Matarazzo, quello del “modello bio-psico-sociale”. Se nelle intenzioni di alcuni (Taylor, Sarafino) esso costituisce una cornice di riferimento che consolida la nascente Health Psychology e la dispone in campo nella lotta contro il modello biomedico dominante, si può sostenere che la sua accoglienza nell’ambito della psicologia della salute finisce col modificare in profondità gli orientamenti di fondo della disciplina e di spostare l’enfasi in altre, forse più promettenti direzioni, ad orientamento sistemico e transazionale. Di fianco ad una psicologia della salute pragmatica, individualista e cognitivista, si fa strada una psicologia della salute sistemica, olistica, transazionalista, più attenta all’integrazione dei livelli esplicativi e delle dimensioni di intervento. Tale orientamento mantiene una propria validità, anche perché fortemente ancorato ad una salda ed autonoma tradizione psicologica, indipendentemente dal fatto di essere veicolata in psicologia della salute dalla concettualizzazione bio-psicosociale. Questa, infatti, finisce con l’essere valida “in tutte le stagioni” se considerata nella sua generica affermazione di una complessità di livelli biologici, psicologici, sociali o di essere invece una prospettiva troppo angusta se dimensionata entro le strette epistemologiche della originaria impostazione della “medicina biopsicosociale” di Engels.(1977)

L’origine indipendente del modello bio-psico-sociale rende importante chiarire i limiti con cui la *mainstream health psychology* soddisfa i suoi requisiti teorici e operazionali e se, dall’altra parte, la necessità per la Health Psychology. di andare oltre il modello individualista e sociocognitivo, non induca ad esplorare altre strade e rendendo così più flessibili e aperte le linee di sviluppo della disciplina..

Quindi, pur essendo una riflessione che nasce all’interno delle tensioni della cornice e dell’approccio medico alla malattia (e in particolare alla malattia mentale), la psicologia della salute e la sociologia medica hanno trovato nella formulazione di Engel uno spazio e una prospettiva di grande rilievo. Il modello BPS rappresenta contemporaneamente

- una sfida alla egemonia del modello biomedico nel campo della salute fisica, ma anche

- una risposta alla sua crisi di fronte alle nuove emergenze epidemiologiche e alle nuove sensibilità sociali verso la salute (testimoniate anche dalla definizione OMS di salute) e, ancora,
- una spinta a riunificare le prospettive tuttora segregate nello studio della salute (individuo vs società; mente vs corpo; soggettività vs oggettività, ecc.), soprattutto grazie a
- un concreto invito a impiegare convincentemente l'approccio sistemico al campo della salute

L'approccio sistemico in psicologia della salute

Il contributo alla psicologia della salute della cornice biopsicosociale ne ridimensiona e attenua alcuni tratti iniziali che si inseriscono ora in una visione meno unilaterale, sistemica, ecologica.

La World Health Organization (1964) ha definito la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia o infermità”. Questa definizione è piuttosto radicale perché oltre a modificare il concetto storico di salute, concepito dalla medicina come assenza di malattia, apre soprattutto la strada al modello sistemico della salute.

Per la teoria dei sistemi, infatti, gli individui sono concepiti come sistemi viventi cioè non sono considerati soltanto nella loro unità e unicità ma esistono grazie allo scambio di informazioni tra i vari sottosistemi che li compongono e grazie all'interazione con l'ambiente. Tale rapporto è definibile come un processo dinamico di autoregolazione e automonitoraggio attraverso *feedback* interni ed esterni. Questi concetti sono strettamente legati al modello positivo di salute poiché l'efficacia dell'autoregolazione procura nuove e superiori risorse per la crescita, per lo sviluppo, per il mantenimento e la sopravvivenza del sistema vivente. D'altra parte quando il sistema fallisce nella capacità di autoregolarsi non è in grado di far fronte alla malattia e le sue capacità di adattamento sono seriamente messe in crisi.

L'organizzazione del sistema vivente è gerarchica, ogni livello è caratterizzato da determinate relazioni. Per esempio, sul piano micro esistono norme di regolazione elettrochimiche mentre su quello macro norme di comportamento interpersonale. Sameroff (1983) ha proposto un'analisi dei sistemi viventi con particolare riferimento allo sviluppo dei processi mentali indagando non solo la dimensione trasversale cioè i diversi contesti e situazioni di socializzazione ma anche quella longitudinale ed evolutiva.

Un esempio di come la teoria dei sistemi è applicabile alla psicologia della salute è dato da Brody (1973)³ il quale ha delineato un *human-system model of health* multidimensionale ordinato non solo in modo verticale e gerarchico (cellule, organi...) ma anche orizzontale sia dal punto di vista ontogenetico che filogenetico del processo. Secondo tale modello quando le varie parti del sistema e i diversi livelli

³ Brody, H. (1973). The systems view of man: Implications for medicine, science, and ethics. *Perspectives in Biology and Medicine*, pp 71-92.

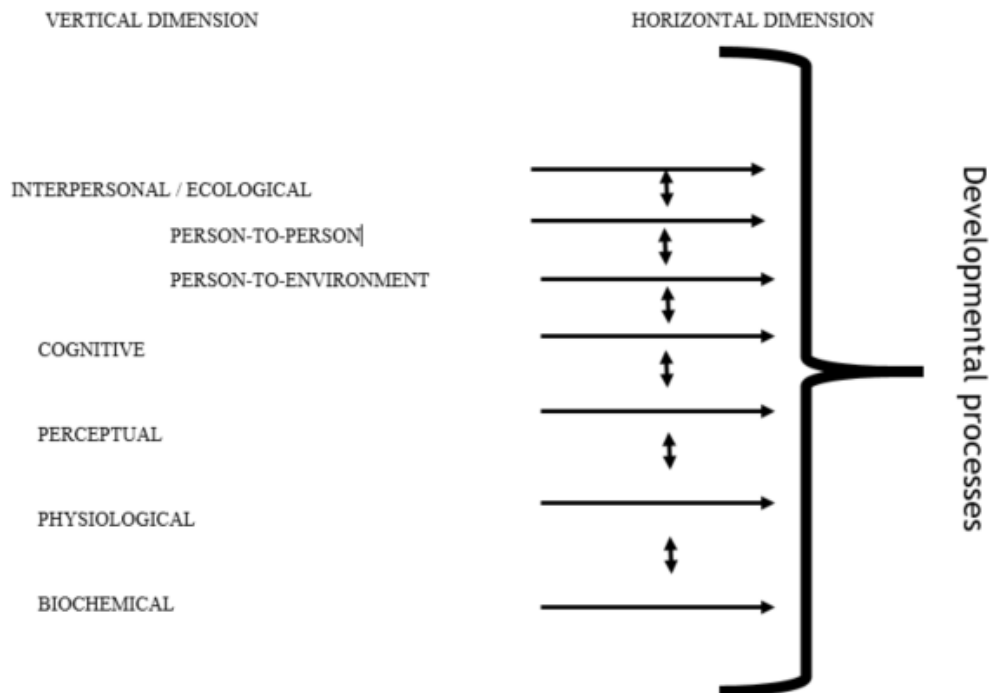
gerarchici sono in uno stato di armonioso e dinamico equilibrio si può forse parlare di stato di salute. Brody inoltre definisce la malattia come una perturbazione o distruzione di tale armonia poiché intacca l'autoregolazione.

Per descrivere il funzionamento di un sistema vivente occorre utilizzare il concetto di *integratione organismica* (Seeman, 1959). Con il termine *organismico* si intendono tutti i sottosistemi comportamentali della persona (la dimensione biologica, psicologica, percettiva, cognitiva e interpersonale), mentre con *integratione* si intendono le transazioni che avvengono sia all'interno di questi sottosistemi sia tra essi; questo processo dinamico massimizza la quantità di informazioni disponibili alla persona su cui prendere decisioni e agire.

Ci sono dunque tre aspetti che caratterizzano tale modello: la struttura gerarchica del sistema e la comunicazione bidirezionale tra i livelli, la dimensione orizzontale che enfatizza la "mappatura" della salute del sistema e infine quella longitudinale ed evolutiva che sottolinea il processo di sviluppo in corso (vedi figura)

Il sistema vivente è dunque un'*unitax multiplex* dove le transizioni e i cambiamenti dei e tra i sottosistemi vanno compresi nel contesto di funzionamento di tutto l'organismo. Secondo le implicazioni empiriche di tale modello si può parlare di *multimodal arousal* non nel senso che ogni individuo ha comportamenti biologici differenti ma nel senso che ha differenti e specifici stati di attivazione; questi diversi *patterns* hanno profonde e pervasive conseguenze sulle funzioni dell'organismo e sulla sua salute.

THE HUMAN-SYSTEM HEALTH STRUCTURE



Manson (1975) afferma che i momenti specifici di *arousal* che si riescono a cogliere piuttosto facilmente sono nel momento di passaggio tra l'*arousal* psicologico e quello biologico.

Concepire dunque l'uomo come sistema vivente ci richiama all'attenzione un'idea di salute capace di comprendere molti campi, inoltre non ci obbliga a stare sulla soglia del disagio o della malattia per comprendere o misurare il livello di salute. Con ciò non si intende dire che la malattia abbia perso la nostra attenzione, ma piuttosto che non è necessariamente ancorata alla definizione di salute. Salute e malattia sono piuttosto due estremi di un *continuum*.

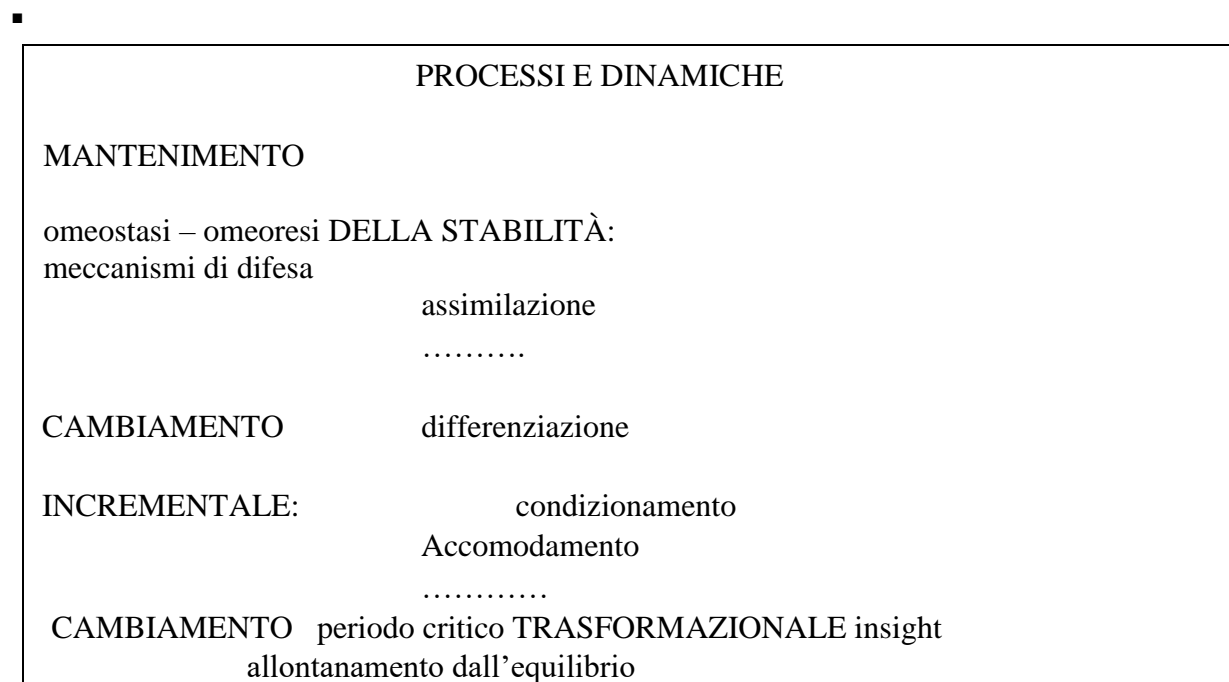
Infine per quanto concerne la promozione della salute, il modello sistemico ci permette di attuare dei programmi mirati a diversi sottosistemi; inoltre, dal momento che il comportamento di ogni sottosistema è connesso con quello degli altri sottosistemi, è possibile entrare nel sistema umano da più punti e creare connessioni con i determinanti centrali che permettono un funzionamento efficace.

Anche se non sempre chiaramente riconosciuta, la dimensione evolutiva costituisce una caratteristica fondamentale del modello sistemico e biopsicosociale, che privilegia una *life-span perspective*, in cui la comprensione dei processi di salute e di malattia chiedono di essere contestualizzati secondo una prospettiva temporale che abbracci tutto l'arco vitale. I livelli di organizzazione coinvolti nel sistema biopsicosociale sono infatti dipendenti dai cambiamenti che caratterizzano lo sviluppo. La stessa rappresentazione della salute e della malattia cambia fortemente nel corso

della vita, così come cambiano i processi biologici di base, le dinamiche emotive, cognitive e di personalità, le norme sociali e le aspettative, le attività e il livello di partecipazione alla vita di relazione.

Sotto molti aspetti, quindi, il quadro concettuale si caratterizza e si esplicita mediante l'individuazione della relazione tra persona e ambiente come unità di analisi e sembra orientarsi verso concezioni di tipo contestualistico-evolutivo. Infatti:

- In primo luogo il modello biopsicosociale, prende di fatto le distanze dai metamodelli meccanicistici e organicistici che hanno a lungo dominato anche gli approcci tradizionali alla salute. Esso privilegia, coerentemente con l'approccio contestualistico-evolutivo, la non linearità o la multilinearità entro modelli causali complessi, piuttosto che legami di tipo deterministico e lineari. Allo stesso modo le relazioni previste dal modello tra i diversi livelli di organizzazione si possono definire come **transazioni** (che implicano cambiamenti in tutti i livelli di organizzazione coinvolti) piuttosto che come **interazioni** (in cui tali cambiamenti non sono implicati e in cui l'enfasi è conferita più agli effetti che ai processi).
- In secondo luogo, nell'introduzione di una *life-span perspective*, la dimensione evolutiva coinvolge tutte le relazioni transattive che specificano la relazione tra persona e contesti. Sotto questo profilo il modello biopsicosociale dovrà certamente, per così dire, rendere più espliciti i riferimenti teorici con cui rendere conto di come le relazioni tra livelli di organizzazione si modificano lungo la linea temporale. Un'analisi dei processi dinamici (Ford e Lerner, 1994), come quelli indicati dalla figura 4, implica una "teoria del cambiamento evolutivo" che probabilmente costituisce una linea di orizzonte dell'attuale concettualizzazione in psicologia della salute.



Nel paragrafo che segue si cercherà di delineare il modo in cui i principali topics della psicologia della salute corrispondano pienamente a questo “programma di ricerca” o chiedano invece di essere oggi attentamente rivisitati. Quel che è in gioco non è solo la necessità di liberare la psicologia della salute dalla stretta della social cognition, ma allo stesso tempo di aprire la visione sistemica implicita nel modello biopsicosociale ad una più generalizzata attenzione alle dimensioni critiche e ad una più esplicita necessità di “prendere posizione” su alcuni nodi cruciali della salute nella realtà sociale e culturale e negli equilibri economico-politici che caratterizzano il nostro tempo.

Linee di azione della psicologia della salute

Il campo d’azione della Psicologia della salute può essere delineato tracciando una linea di confine, mobile e provvisoria, tra interventi mirati alla promozione dei comportamenti di salute e degli stili di vita sani, da un lato, e alla gestione della malattia e dei problemi di salute dall’altro.

Coerentemente col modello biopsicosociale, la tradizione della psicologia della salute non limita la propria azione all’intervento individuale, ma cerca di abbracciare l’intero raggio dei problemi di salute che si collocano ai diversi livelli di organizzazione. Una prima definizione del raggio d’azione della Psicologia della Salute viene concettualizzata in termini sistemici nella rappresentazione di Stone (1987), illustrata nella seguente figura 7

Il sistema di riferimento vede alla base la persona la cui salute è in questione (indicata con l’acronimo PHAI) e via via vengono indicati i livelli di organizzazione e di intervento con cui la persona interagisce in modo diretto (livello primario) o indiretto (secondario e terziario), ma con un indubbio impatto sulla sua salute.

Entro questo quadro sistemico, gli interventi di psicologia della salute possono essere definiti in primo luogo sulla base degli ambiti in cui essi vengono esercitati.

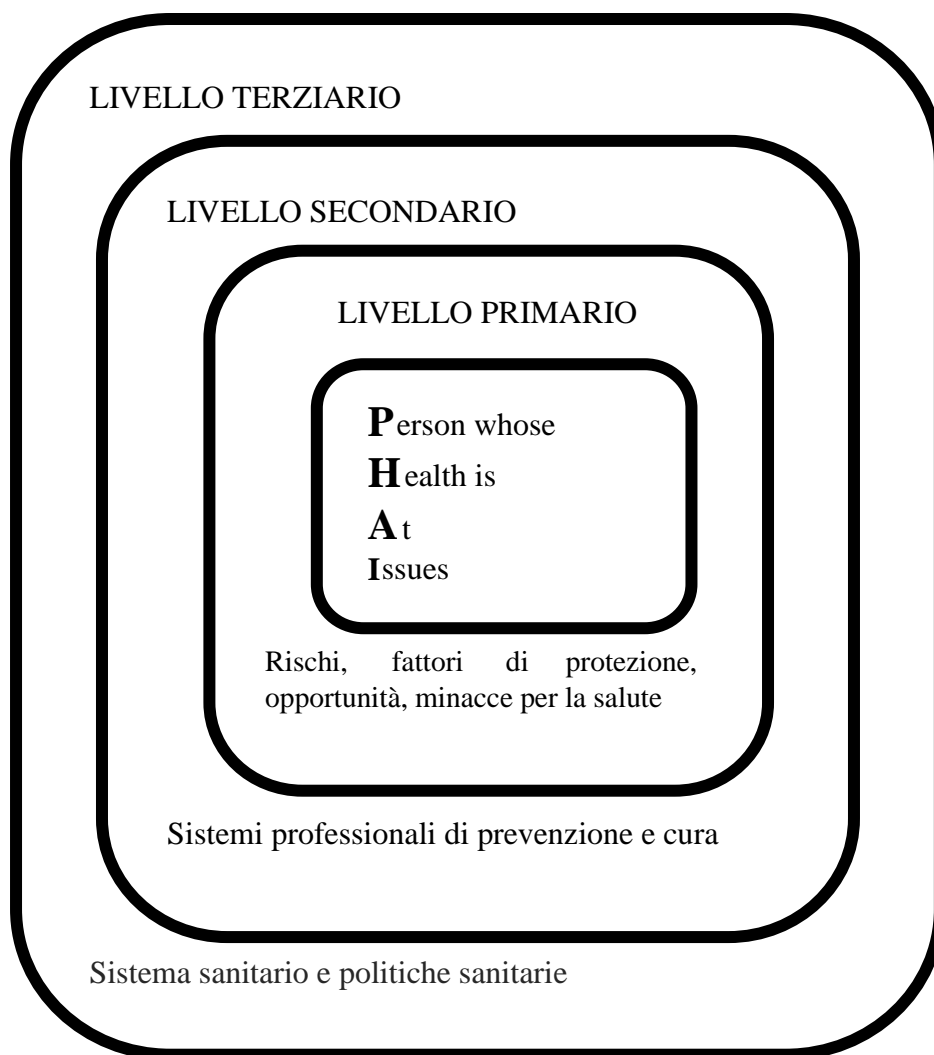


Fig.: Elementi del sistema salute secondo Stone (1987)

Servizi sanitari

Nell'ambito dei servizi sanitari i compiti degli psicologi sono classificati nel seguente modo (cfr. Tulkin, 1987)

- Prevenzione e intervento sui comportamenti rilevanti per la salute
- Approcci di trattamento alternativo e non farmacologico
- Trattamento psicologico sia come intervento primario che come intervento complementare
- Coping delle crisi mediche acute
- Interventi per l'adattamento nelle malattie croniche
- Interventi sulla relazione medico-paziente e sull'adesione dei pazienti alle cure (*compliance*)

Interventi sui luoghi di lavoro

I luoghi di lavoro rappresentano un ambito di intervento molto significativo per la psicologia della salute. La ricerca applicativa (cfr. Follick, Abrams, Pinto, Fowler (1987) evidenzia come essi siano interessati a

- Interventi di screening e educazione alla salute
- Interventi diretti su fattori di rischio
- Fumo
- Obesità
- Ipertensione
- Fitness cardiovascolare
- Gestione dello stress
- Programmi integrati di promozione della salute che coinvolgano ad es. stili di vita, benessere emotivo, soddisfazione sul lavoro

Interventi nella comunità

A questo livello, la psicologia della salute si avvale di una pluralità di modelli elaborati dalla psicologia di comunità (cfr. Trickett, 1987), quali ad esempio strategie di prevenzione, assessment e intervento organizzativo, l'azione sociale e l'approccio ecologico. Quest'ultimo rappresenta un contributo fondamentale nell'evoluzione della promozione della salute. "L'approccio ecologico vede la salute come il prodotto dell'interdipendenza fra l'individuo e i sottosistemi dell'ecosistema (come la famiglia, la comunità, la cultura e l'ambiente fisico e sociale). Per promuovere la salute, questo ecosistema deve offrire le condizioni economiche e sociali che facilitano gli stili di vita sani. Deve inoltre fornire informazioni e consentire l'acquisizione di abilità necessarie affinché gli individui possano prendere decisioni riguardo al proprio comportamento in modo da mantenere la salute" (Zani e Cicognani, 2000, pag. 184).

Interventi sulla salute pubblica e sulle politiche sulla salute

Faden (1987) indica come ambiti qualificati di intervento psicologico sulla salute pubblica quelli che riguardano:

- Gli stili di vita e gli interventi rilevanti per la salute
- Il controllo dei fattori di rischio
- Interventi sull'allocazione delle risorse pubbliche per la salute e la valutazione delle politiche sanitarie

Viene riconosciuto un ruolo alla psicologia della salute nella formazione delle politiche sanitarie, soprattutto nella formazione del personale politico e amministrativo e in processi di consulenza attiva e di expertise su aspetti correlati con i problemi psicologici della salute. De Leon e VandenBos (1987) indicano che l'impegno sul versante delle politiche sanitarie riguarda sia le istituzioni formative

e associative della psicologia della salute, sia gli psicologi della salute individualmente e sollecitano una maggiore attenzione della disciplina alla comprensione e delle dinamiche politiche come parte integrante nella formazione degli psicologi della salute

In linea generale, dunque, gli interventi di psicologia della salute, nei diversi contesti d'azione, sono andati storicamente disponendosi lungo due versanti principali:

Gestione delle malattie e dei problemi di salute

Questo versante riguarda in particolar modo:

- Comportamenti dei pazienti e i processi di management della malattia e, in modo particolare:
 - La consultazione col medico
 - L'esperienza del trattamento
 - Intervento sui sintomi
 - Management del dolore
 - Interventi sull'aderenza alle cure e alleanza terapeutica
- Intervento su condizioni di vita e malattia
 - Intervento sulle condizioni di vita e sulla gestione degli aspetti psicologici coinvolti nelle malattie croniche
 - Aspetti psicologici delle malattie ad alta mortalità
 - Interventi sulla qualità della vita di fronte alla morte
- Stress e coping

Interventi di prevenzione e di promozione della salute

- Interventi sui comportamenti di salute
- Interventi sugli Stili di vita
- Interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità, nei luoghi di lavoro e nelle scuole
- Interventi di consulenza sulle politiche sociali e sanitarie

La linea evolutiva degli interventi della psicologia della salute è fortemente caratterizzata da uno slittamento dello sguardo "dal versante della diagnosi e della terapia, per aprirsi con rinnovata attenzione alle dinamiche dello sviluppo della persona e della convivenza sociale. Le "risorse" più o meno nascoste, anziché le "patologie" più o meno manifeste, costituiscono il punto focale di riferimento. Ne consegue pertanto, sul piano applicativo, che l'orientamento prevalente si ispira piuttosto alla sollecitazione o valorizzazione delle prime che non alla correzione o

rimozione delle seconde. Lo spostamento di accento, da una linea prescrittiva ad una linea di stimolo e di sollecitazione, comporta anche un sensibile cambiamento nella relazione fra l'esperto psicologo e l'utente" (Bertini, Braibanti, Gagliardi, 1999). Il concetto di **promozione della salute** acquista in tal modo un valore più ampio di quanto non fosse ad esso assegnato, agli esordi della psicologia della salute, come insieme di strategie volte a facilitare l'adozione di comportamenti sani. Come dice con chiarezza Mario Bertini, "In definitiva, nella "promozione", l'obiettivo diventa lo sviluppo della persona, dei gruppi, delle comunità, in una visione attenta alla dinamica intra- e inter-sistemica in cui le vicende di questo sviluppo prendono forma. Questa visione si accompagna alla consapevolezza che, nella realizzazione di ogni progetto, tecnici e utenti sono coinvolti in un processo continuo di co-costruzione, pur nella distinzione dei ruoli" (Bertini, 1998, pag. 23)

Comportamenti di salute. I modelli

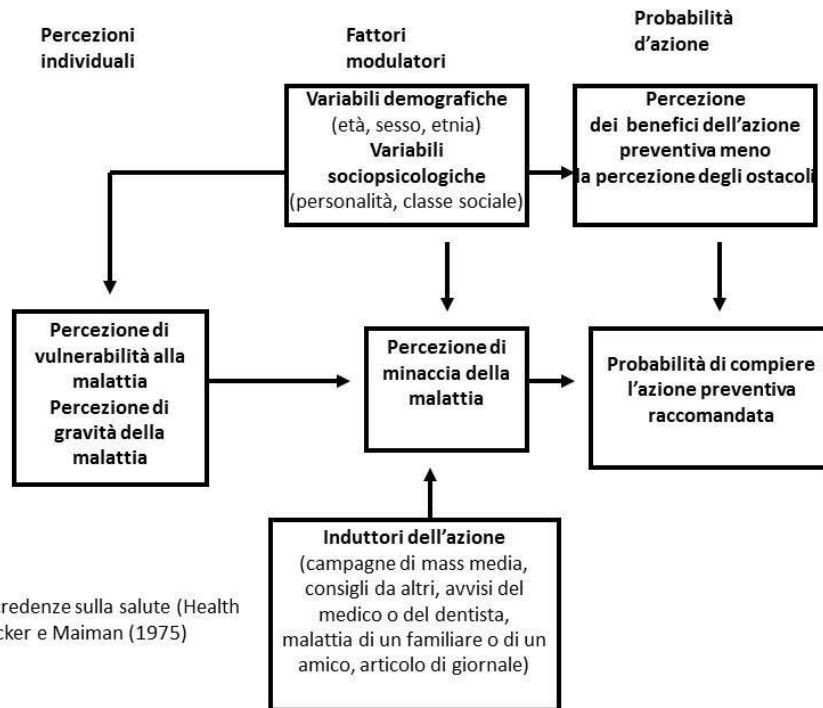
La comprensione del modo in cui le persone valutano e fronteggiano le richieste che l'ambiente pone loro è obiettivo prioritario per una scienza che ha come finalità vincere la malattia e migliorare le condizioni di salute. In questa cornice concettuale, lo studio dei comportamenti rilevanti per la salute ha costituito un'importante area di interesse per la Psicologia della Salute.

Il considerevole numero di decessi attribuibile, per lo meno nelle società industriali, a modelli di comportamento dannosi per la salute, e la relativa convinzione che tali comportamenti possano essere modificati, sono i presupposti sui quali si è basata la ricerca in questo campo.

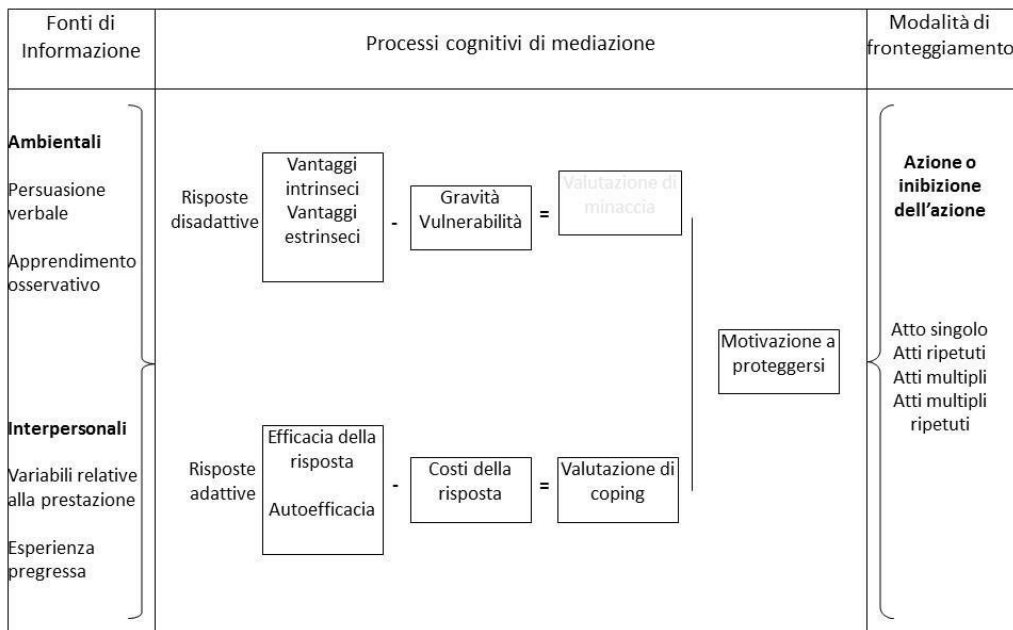
L'esigenza di individuare i comportamenti rilevanti per la salute ha condotto alla formulazione di alcuni modelli, che hanno come denominatore comune un orientamento socio-cognitivo e condividono il presupposto secondo cui gli atteggiamenti e le credenze sono le principali determinanti del comportamento. Tra questi, si sono succeduti nel tempo il modello delle credenze sulla salute, la teoria della motivazione a proteggersi, la teoria dell'azione ragionata, la teoria del comportamento pianificato, il modello dell'elaborazione spontanea. A parte l'ultima, le altre teorie sono caratterizzate dal modello aspettativa-valore, il quale ipotizza che le decisioni relative al come comportarsi dipendano dalla valutazione della probabilità con cui un'azione condurrà al risultato previsto e alla valutazione di questo risultato. L'assunto alla base è che gli individui, in quanto esseri razionali, scelgano, tra le varie alternative possibili, l'azione che con maggiore probabilità condurrà a un esito positivo o eviterà conseguenze negative. I vari modelli specificano i tipi di convinzioni e atteggiamenti che possono predire i comportamenti rilevanti per la salute, fornendo nel contempo l'opportunità di capire come modificarli in caso fossero inadeguati.

Una breve descrizione dei modelli può favorirne la comprensione, permettendo nel contempo di valutarne l'efficacia nella predizione dei comportamenti rilevanti per la salute (Stroebe e Stroebe, 1995):

- a) il modello delle credenze sulla salute (Becker e Maiman, 1975). Secondo questo modello, le probabilità che una persona adotti un comportamento rilevante per la salute sono legate sia a quanto essa ritenga di essere suscettibile al rischio di contrarre la malattia in questione sia alla percezione di gravità delle conseguenze della stessa. L'unione di suscettibilità e gravità determina la percezione di minaccia della malattia, in presenza della quale la persona potrà adottare un comportamento di salute, sempre che ritenga l'azione come portatrice di benefici maggiori dei relativi costi.



Il modello delle credenze sulla salute (Health belief model), Becker e Maiman (1975)



Schema illustrante la teoria della motivazione a proteggersi Rippetoe e Rogers (1987)

b) la teoria della motivazione a proteggersi (Rippetoe e Rogers, 1987) delinea tre fattori come determinanti per l'adozione di comportamenti di salute: la percezione di gravità dell'evento, la stima soggettiva della probabilità che l'evento si verifichi e l'efficacia della risposta consigliata per prevenire l'evento nocivo.

- c) la teoria dell'azione ragionata (Fishbein e Ajzen, 1975) ha quale presupposto l'idea che l'attuazione di un comportamento sia fortemente correlata all'intenzione di eseguirlo e che quest'ultima sia determinata dall'atteggiamento verso quel comportamento e da norme soggettive.
- d) la teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1985) è un modello generale del comportamento che modifica la teoria dell'azione ragionata, ampliandola attraverso l'inserimento del fattore relativo alla percezione di avere il controllo sull'esecuzione di un determinato comportamento.
- e) Il modello dell'elaborazione spontanea (Fazio, 1986), secondo cui i comportamenti sono influenzati dagli atteggiamenti relativi agli oggetti o agli obiettivi piuttosto che dagli atteggiamenti relativi al comportamento.

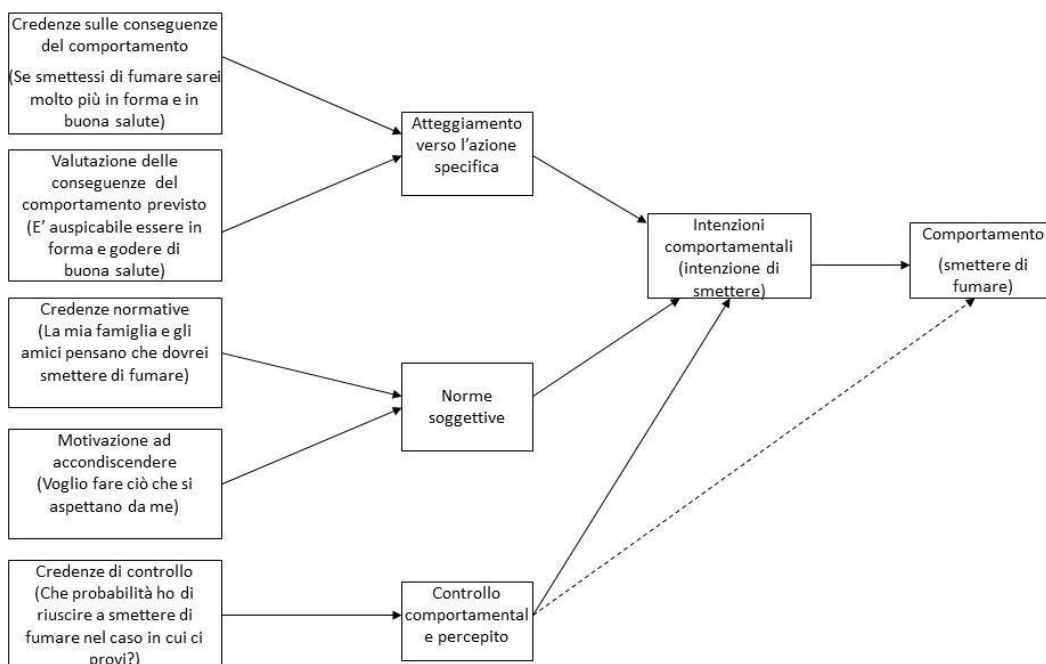
Nonostante questi studi migliorino la nostra comprensione dei fattori e dei processi che determinano l'adozione di comportamenti rilevanti per la salute, essi incontrano grave motivo di impasse nella loro genericità e nel fatto che spesso le persone non agiscono coerentemente con le proprie intenzioni e mantengono comportamenti che riconoscono dannosi per la salute.

Va inoltre sottolineato che questi modelli da un lato mancano di validità ecologica, dal momento che la loro applicazione avviene in maniera acontestuale e indifferente alla cultura, e dall'altro si rivelano statici poichè, focalizzando l'attenzione sull'aspetto socio-cognitivo, non tengono conto della dimensione temporale né dell'aspetto processuale dell'azione (Zani e Cicognani, 2000).

I risultati spesso contraddittori forniti da questi modelli hanno reso necessarie ulteriori elaborazioni, che hanno cercato di ovviare ai limiti delle precedenti formulazioni attraverso l'introduzione, accanto alle variabili cognitive, di fattori emozionali e temporali.



La teoria dell'azione ragionata (Fishbein e Ajzen, 1975) applicata alla decisione di fare esercizio fisico



La teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1985) applicato alla decisione di smettere di fumare

L'esigenza di rendere conto della dinamicità e dell'aspetto processuale delle azioni, ha condotto alla proposta di alcune teorie che includono la dimensione temporale e tengono in considerazione le variabili che influenzano la transizione tra le varie fasi del processo attraverso cui le persone arrivano all'azione. Aspetto

rilevante di questi **modelli processuali** è il riconoscimento della non ineluttabilità dei vari passaggi, il che lascia quindi aperto un ampio margine di incertezza rispetto all'attuazione del comportamento. Il passaggio da uno stadio all'altro è legato a una particolare sequenza, ma la progressione può non essere lineare: solo lo studio delle condizioni specifiche di quella fase permetterà una previsione rispetto alla fase successiva.

Il numero degli stadi è diverso per ognuno dei modelli formulati in questa prospettiva, ma è simile il percorso, che si sviluppa da una fase precontemplativa a una di azione passando attraverso la motivazione. Fra questi modelli i più conosciuti sono:

- a) il modello di Di Clemente e Prochaska (Di Clemente e Prochaska 1982, Prochaska e Di Clemente, 1984), dove il processo attraverso il quale la persona decide di agire è suddiviso in cinque fasi in ciascuna delle quali viene descritto il comportamento passato e il piano d'azione futuro. I processi di cambiamento sono facilitati da attività esperienziali (soprattutto nelle prime fasi di tipo contemplativo) e da attività comportamentali (efficaci prevalentemente nel passaggio dalla fase di preparazione a quella di azione).

Modello transteoretico (Prochaska et al., 1998),

Dallo stadio *precontemplativo* (in cui la persona non è seriamente interessata a cambiare il proprio comportamento), è possibile passare allo
Stadio *contemplativo* (consapevolezza dell'esistenza di un problema), a quello di
***Preparazione* (motivazione e intenzione di agire), a quello dell'**
***azione* (modificazione del comportamento) allo stadio del**
***Mantenimento del cambiamento* e infine allo**
stadio *finale* in cui non è più presente nessun interesse verso il comportamento precedente.

- b) il modello di Weinstein (1988) è stato sviluppato per spiegare il comportamento di adozione di precauzioni, in particolare nei confronti dell'HIV. Il processo è suddiviso in sette fasi, dalla presa di consapevolezza al mantenimento del comportamento nel tempo, e l'attenzione viene focalizzata sui fattori che influenzano e promuovono il passaggio da una fase all'altra.

- c) Il modello dell'azione rilevante di Schwarzer e Fuchs (1992), in cui assume centralità il concetto di *self-efficacy*: le credenze sull'efficacia personale rivestono un ruolo fondamentale sia nella iniziale fase motivazionale (in cui viene prodotta un'intenzione), sia nella fase dell'azione rilevante per la salute (articolata a livello cognitivo, situazionale e comportamentale).

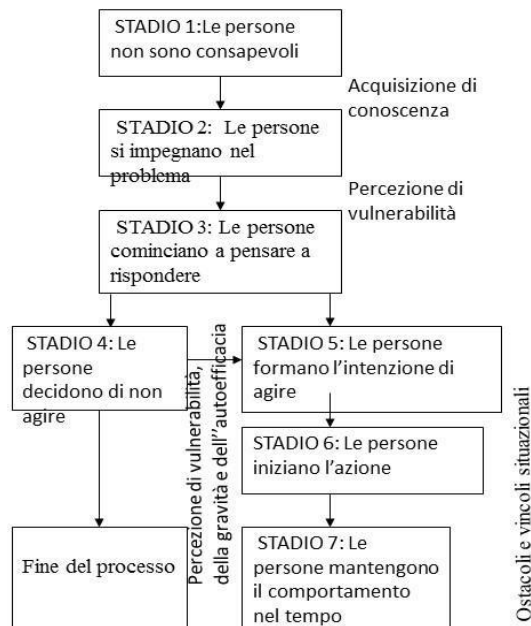


Figura 13: Schema del modello "Precaution adoption process" di Weinstein (1988)

- d) Un'attenzione privilegiata all'aspetto motivazionale, al ruolo delle emozioni e al passaggio dall'intenzione all'azione può essere rintracciata nei **modelli integrati**, che cercano di ovviare ai limiti dei modelli precedenti approfondendo in particolar modo gli aspetti dinamici e i processi di cambiamento. Fra questi:

- a) il modello di Conner e Norman (1995), che suddivide il processo in cinque stadi e attribuisce particolare rilevanza, nel passaggio dall'intenzione al comportamento, ai concetti di *self-efficacy*, identità personale e senso di impegno.

Modello di Conner e Norman (1995)

PRIMO STADIO (PRECONTEMPLATIVO)

- Non si pensa al cambiamento
- Stimoli induttori motivano alla riflessione
- La percezione di una minaccia consente o facilita il passaggio al

SECONDO STADIO (MOTIVAZIONE E PRESA DI DECISIONE)

- Si forma l'intenzione ad agire

Determinanti:

- aspettative di risultato
- influenze normative
- self efficacy
- altri valori, esperienze passate

TERZO STADIO (PIANIFICAZIONE – PASSAGGIO INTENZIONE/AZIONE)

- Elaborazione di piani d'azione (Bagozzi, 1992)
- Intenzioni di implementazione (Gollwitzer, 1993)

Svolgono un ruolo

- self efficacy
- identità personale
- senso di impegno

QUARTO STADIO (AZIONE) e

QUINTO STADIO (MANTENIMENTO)

- Le persone monitorano e controllano il proprio comportamento

Svolgono ancora un ruolo determinante

- self efficacy
- identità personale
- senso di impegno

- b) il modello di Rutter, Quine e Cheshman (1993), che indaga le variabili intervenienti (socioemozionali e cognitive) tra le dimensioni sociali e gli esiti di salute e malattia. Centrale il concetto di coping: le variabili socioemozionali e cognitive influenzano la scelta degli stili di *coping* e questi, a loro volta, determinano il tipo di comportamento adottato e quindi, in funzione dell'appropriatezza o della disfunzionalità dell'azione, gli esiti sulle condizioni di salute.
- c) il ruolo della dimensione affettiva viene in particolar modo sottolineato da Bagozzi, Baumgartener e Pieters (1998), che indagano il ruolo delle *anticipatory emotions* a valenza positiva e negativa nei comportamenti strumentali al raggiungimento di uno scopo.

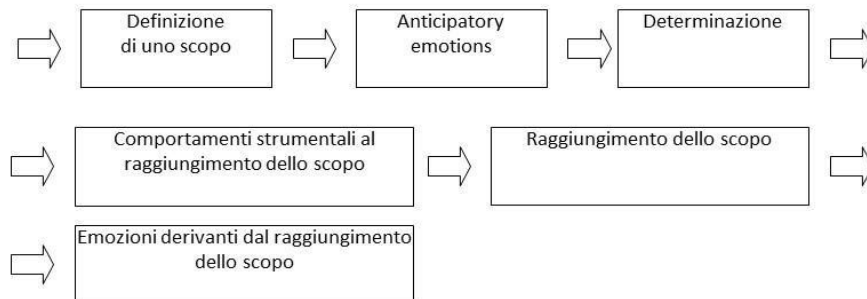
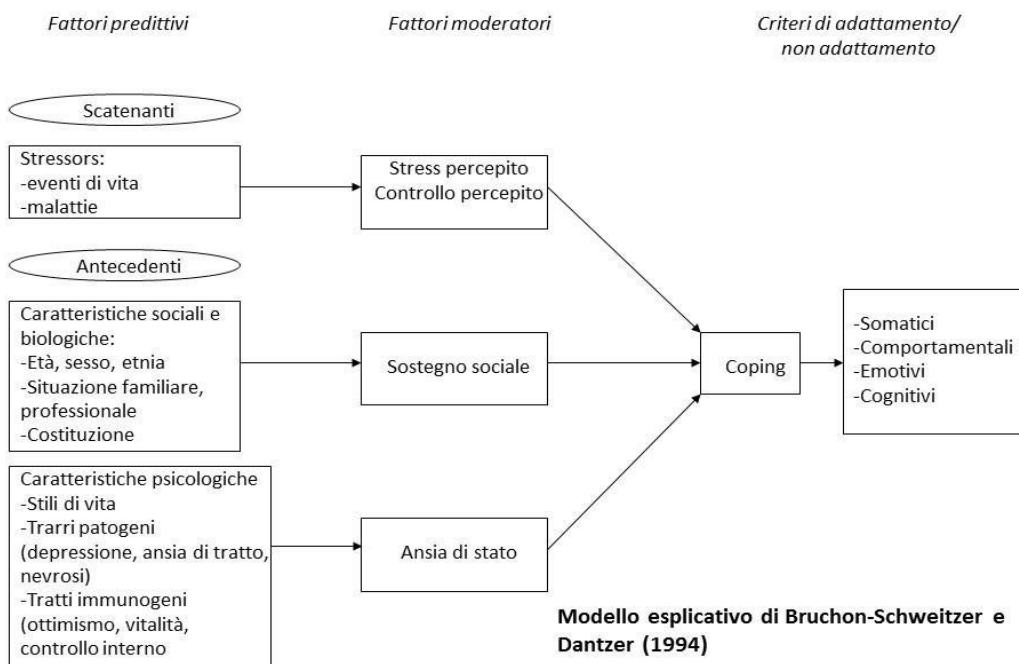


Figura 14. Il ruolo delle anticipatory emotions nel perseguimento di uno scopo (Bagozzi, Baumgartner e Pieters, 1998)



La maggior parte dei modelli presentati fa riferimento alla prospettiva della Social Cognition e quindi pone l'accento prevalentemente sull'aspetto cognitivo e razionale dei comportamenti rilevanti per la salute. Il basso livello di varianza spiegata nei comportamenti di salute, il taglio individualistico a scapito della dimensione sociale, lo scarso interesse per i processi collettivi di costruzione sociale delle credenze sulla salute e sulla malattia, fanno sì che questi modelli non

rispondano, se non parzialmente, all'esigenza di una visione più complessa e articolata dei comportamenti rilevanti per la salute

La complessità del tema richiede una prospettiva di ricerca che integri ulteriori dimensioni e che non cada nella tentazione di un riduzionismo psicologico incapace di dare conto della multidimensionalità degli aspetti in gioco.

Personalità, salute e malattia

L'influenza delle differenze individuali di personalità sulla salute e sulla malattia rappresenta uno dei settori più indagati dalla *mainstream health psychology*.

Nonostante il dominio incontrastato nel tempo della scienza medica che, a partire dalla dottrina ippocratica con la sua spiegazione della malattia legata al bilanciamento degli "umori", fino ad arrivare ai più recenti sviluppi della medicina con i suoi entusiasmi per i tentativi di individuazione del substrato organico della malattia, ha cercato di rintracciare una base fisica a ogni tipo di disturbo, sia fisico che psicologico, ha trovato spazio, dalla parte opposta, lo studio dei fattori psicologici come possibili cause del disagio di tipo fisico.

L'evoluzione di questo filone di ricerca parte dagli studi di Freud sull'isteria e sui sintomi fisici privi di una base organica, passa attraverso l'approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici con il suo tentativo di fornire una spiegazione psicologica a patologie organiche quali infarto e cancro, e giunge alla ricerca di correlazioni tra le caratteristiche di personalità e il disturbo organico. In particolare, questo ultimo approccio si è focalizzato sulle differenze tra caratteristiche di personalità di Tipo A e di Tipo B in rapporto al rischio di patologia cardiovascolare.

L'esplorazione di queste diverse modalità di reagire alle sollecitazioni ambientali e il differente rischio di disturbi organici ad esse connesso ha visto una significativa crescita nel campo della Psicologia della Salute a partire dagli anni Sessanta, ma ha incontrato significative difficoltà nel rintracciare un legame causale diretto (connesso a meccanismi fisiologici) o indiretto (attraverso comportamenti) tra personalità e disturbo organico. Se è vero che molte sono le correlazioni rilevate fra tratti di personalità e patologie fisiche, bisogna tuttavia considerare che il legame e soprattutto la direzione di causalità non possono essere inferiti da una relazione rintracciata tra variabili, e non esistono in questo settore studi con una significatività statistica che permetta affermazioni confermate del nesso causale personalità-disturbo fisico.

A partire dalla fine degli anni Novanta l'attenzione si è spostata dalle tipologie di personalità alla considerazione dell'ostilità come fattore di rischio e allo studio del legame tra emozioni e salute. All'interno di queste ricerche, particolare attenzione è stata dedicata allo studio delle relazioni tra depressione e cancro, tra stile ottimistico/pessimistico e condizioni di salute, tra atteggiamenti realistici/irrealistici e tempi di sopravvivenza in caso di patologia da HIV, tra *locus of control* e comportamenti di salute, tra *self-efficacy* e salute positiva.

Nonostante la loro rilevanza per una maggiore comprensione del fenomeno, va detto che questi studi non sono riusciti a dimostrare in maniera evidente un legame tra caratteristiche di personalità e salute.

Stress e coping

Un altro dei *topics* della *mainstream health psychology* è rappresentato dagli studi sullo *stress* e sul *coping* relativamente al loro ruolo come determinanti di salute/malattia.

La ricerca sullo stress mette in relazione i fattori biologici, psicologici e sociali, e questa conformità con la prospettiva biopsicosociale l'ha resa uno dei settori di studio prioritari della psicologia della salute.

Lo stress è stato definito come un fenomeno dei nostri tempi e la recente consapevolezza che le principali cause di morte nella società moderna sembrano risiedere nelle crescenti richieste e pressioni provocate dai nuovi stili di vita, ha portato con sé l'esigenza di una riflessione sul peso di queste pressioni sulle condizioni di salute degli individui.

Il concetto di stress ha visto, nel tempo, un'evoluzione della sua definizione attraverso differenti modelli che ne hanno rispecchiato l'insita complessità (Cassidy, 1999). All'interno di questo processo evolutivo, lo stress è stato concettualizzato come uno stimolo ambientale che pone una richiesta all'individuo, come un tipo particolare di risposta dell'individuo a una determinata situazione, o ancora come una transazione fra l'individuo e il suo ambiente, dove le richieste poste alla persona incontrano la percezione della stessa di avere o meno la capacità di rispondere.

Gli studi sullo stress hanno tenuto conto del ruolo cruciale giocato dalle richieste esterne e dai processi psicologici nei percorsi di salute e malattia, identificando nel contempo diverse tipologie di reazione fisiologica alle situazioni vissute come stressanti.

Gli studi sullo stress prendono avvio dalle ricerche di Selye (1956) sulla Sindrome Generale di Adattamento, dove l'attenzione era centrata sulla risposta biologica alla situazione stressante, e vengono successivamente integrati con l'introduzione dell'elemento psicologico, dando origine al campo della psiconeuroimmunologia e alle ricerche sulle relazioni tra sistema nervoso centrale e sistema immunitario. Le richieste esterne influenzano l'organismo attraverso i meccanismi fisiologici e questo processo è mediato dai processi psicologici ed emozionali: la funzione immunitaria può essere quindi significativamente compromessa dall'esposizione ad agenti percepiti come stressanti e condurre a situazioni patologiche causate da una maggiore suscettibilità ai virus, a malattie autoimmuni o a patologie oncologiche.

Mentre nel modello biologico erano considerati agenti stressanti quelli che influenzavano direttamente la fisiologia dell'organismo (p.e. caldo, freddo, sostanze tossiche), le ricerche successive allargarono l'orizzonte sino a definire come potenzialmente stressante qualunque evento di vita (Lazarus e Folkman, 1984), portando alla consapevolezza che nessuna situazione può essere considerata stressante indipendentemente dalla valutazione che ne fa la persona che la affronta.

Molte energie sono state spese per costruire metodi e strumenti di valutazione degli eventi di vita stressanti e per indagare le reazioni agli stessi, incontrando in questo tentativo di sistematizzazione l'ostacolo della estrema variabilità interindividuale nell'attribuzione di significati e negli effetti dello stress. Da qui prendono avvio due tradizioni di ricerca che tentano di rendere conto delle differenze individuali nel processo di stress, l'una centrata sui tratti di personalità, l'altra sugli stili cognitivi. La prima fa riferimento alle teorie sul nevroticismo e la realtà emozionale (Eysenck, 1985), sulla hardiness (Kobasa, 1979) e sulla personalità di tipo A (Friedman e Rosenman, 1974), mentre la seconda chiama in causa, fra gli altri, il processo di valutazione cognitiva (Lazarus, 1993), il locus of control (Rotter, 1966), lo stile attribuzionale (Abramson et al., 1978), lo stile di problem solving (Nezu, 1987), l'impotenza appresa (Seligman, 1975).

Sullo stile cognitivo si basano le strategie di coping, vale a dire quelle cognizioni e quei comportamenti atti a gestire richieste che, nella valutazione della persona, intaccano le risorse possedute. L'individuo percepisce o meno di poter fare qualcosa in una situazione e l'efficacia della strategia di coping messa in atto dipende dal contesto, dalla persona e dai costi percepiti dell'azione (Lazarus, 1993).

Ulteriore ambito di ricerca è quello relativo al ruolo del sostegno sociale, dove viene sottolineata la positiva importanza del supporto fornito dagli altri come "effetto tampone" (buffering effect) contro lo stress (Cobb, 1976).

Le critiche mosse a questi filoni di ricerca sono relative alla difficoltà di considerare i tratti di personalità e gli schemi di comportamento come stabili nel tempo e indipendenti dal variare delle situazioni. Ulteriori problemi sono dovuti alla soggettività e alla aleatorietà temporale della valutazione delle situazioni stressanti, oltre che all'eccessiva attenzione data alle caratteristiche che inducono stress a scapito dell'individuazione di risorse e dimensioni positive che potrebbero evitarne l'insorgenza.

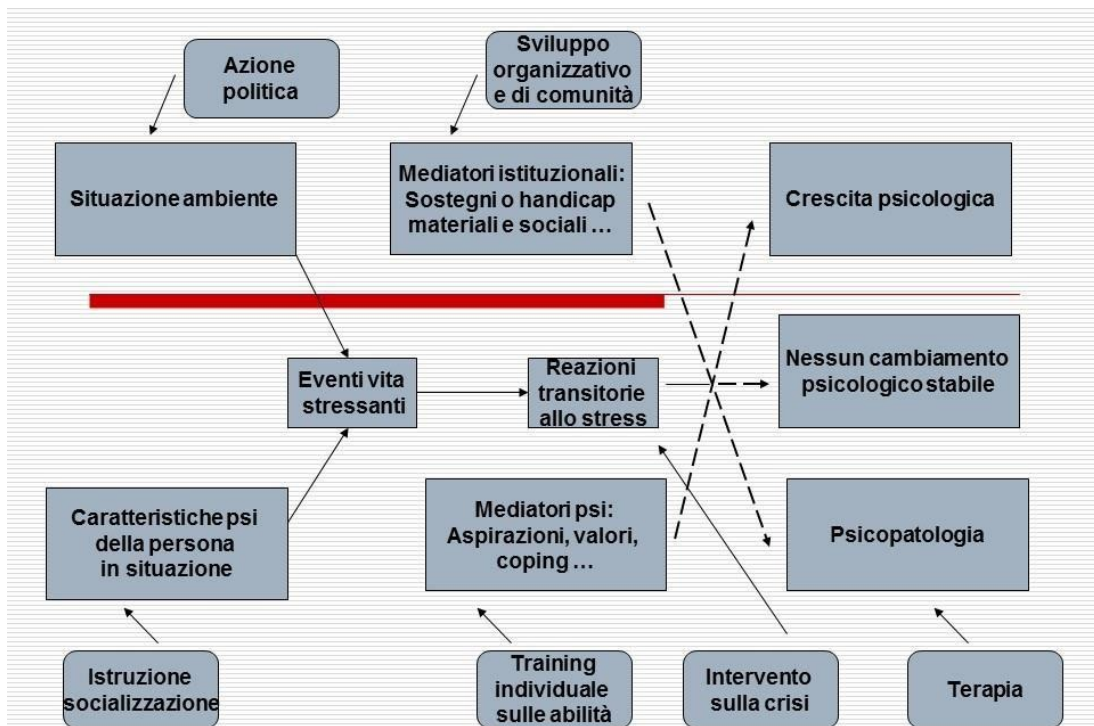
Per superare questa impasse, i più recenti sviluppi degli studi sullo stress si sono orientati alla formulazione di un modello integrato che tenga conto del contributo di diverse variabili, ma il tentativo di evidenziare un chiaro nesso tra stress ed eziologia dei disturbi organici sembra impresa di non immediata riuscita. Più interessante sembra essere la rilettura dei concetti di stress e coping operata da Lazarus (2002), dove la relazione individuoambiente, così come costruita dall'individuo stesso, viene considerata come fondamentale per la comprensione dello stress e dove viene delineata la prospettiva aperta dalla narrazione delle emozioni legate all'interazione sé-altri-ambiente.

-
- La ricerca sullo stress mette in relazione i fattori biologici, psicologici e sociali, e questa conformità con la prospettiva biopsicosociale l'ha resa uno dei settori di studio prioritari della psicologia della salute.
 - Lo stress è stato definito come un fenomeno dei nostri tempi e la recente consapevolezza che le principali cause di morte nella società moderna sembrano risiedere nelle crescenti richieste e pressioni provocate dai nuovi stili di vita, ha portato con sé l'esigenza di una riflessione sul peso di queste pressioni sulle condizioni di salute degli individui.
 - Il concetto di stress ha visto, nel tempo, un'evoluzione della sua definizione attraverso differenti modelli che ne hanno rispecchiato l'insita complessità (Cassidy, 1999). All'interno di questo processo evolutivo, lo stress è stato concettualizzato come uno stimolo ambientale che pone una richiesta all'individuo, come un tipo particolare di risposta dell'individuo a una determinata situazione, o ancora come una transazione fra l'individuo e il suo ambiente, dove le richieste poste alla persona incontrano la percezione della stessa di avere o meno la capacità di rispondere.

-
- Gli studi sullo stress hanno tenuto conto del ruolo cruciale giocato dalle richieste esterne e dai processi psicologici nei percorsi di salute e malattia, identificando nel contempo diverse tipologie di reazione fisiologica alle situazioni vissute come stressanti.
 - Gli studi sullo stress prendono avvio dalle ricerche di Selye (1956) sulla Sindrome Generale di Adattamento, dove l'attenzione era centrata sulla risposta biologica alla situazione stressante, e vengono successivamente integrati con l'introduzione dell'elemento psicologico, dando origine al campo della psiconeuroimmunologia e alle ricerche sulle relazioni tra sistema nervoso centrale e sistema immunitario. Le richieste esterne influenzano l'organismo attraverso i meccanismi fisiologici e questo processo è mediato dai processi psicologici ed emozionali: la funzione immunitaria può essere quindi significativamente compromessa dall'esposizione ad agenti percepiti come stressanti e condurre a situazioni patologiche causate da una maggiore suscettibilità ai virus, a malattie autoimmuni o a patologie oncologiche.
 - Mentre nel modello biologico erano considerati agenti stressanti quelli che influenzavano direttamente la fisiologia dell'organismo (p.e. caldo, freddo, sostanze tossiche), le ricerche successive allargarono l'orizzonte sino a definire come potenzialmente stressante qualunque evento di vita (Lazarus e Folkman, 1984), portando alla consapevolezza che nessuna situazione può essere considerata stressante indipendentemente dalla valutazione che ne fa la persona che la affronta.

-
- Molte energie sono state spese per costruire metodi e strumenti di valutazione degli eventi di vita stressanti e per indagare le reazioni agli stessi, incontrando in questo tentativo di sistematizzazione l'ostacolo della estrema variabilità interindividuale nell'attribuzione di significati e negli effetti dello stress.
 - Da qui prendono avvio due tradizioni di ricerca che tentano di rendere conto delle differenze individuali nel processo di stress, l'una centrata sui tratti di personalità, l'altra sugli stili cognitivi. La prima fa riferimento
 - alle teorie sul nevroticismo e la realtà emozionale (Eysenck, 1985),
 - sulla hardiness (Kobasa, 1979)
 - sulla personalità di tipo A (Friedman e Rosenman, 1974),
 - La seconda chiama in causa, fra gli altri,
 - il processo di valutazione cognitiva (Lazarus, 1993),
 - il locus of control (Rotter, 1966),
 - lo stile attribuzionale (Abramson et al., 1978),
 - lo stile di problem solving (Nezu, 1987),
 - l'impotenza appresa (Seligman, 1975).
-

-
- Sullo stile cognitivo si basano le strategie di coping, vale a dire quelle cognizioni e quei comportamenti atti a gestire richieste che, nella valutazione della persona, intaccano le risorse possedute. L'individuo percepisce o meno di poter fare qualcosa in una situazione e l'efficacia della strategia di coping messa in atto dipende dal contesto, dalla persona e dai costi percepiti dell'azione (Lazarus, 1993).
 - Ulteriore ambito di ricerca è quello relativo al ruolo del sostegno sociale, dove viene sottolineata la positiva importanza del supporto fornito dagli altri come "effetto tampone" (buffering effect) contro lo stress (Cobb, 1976; Cohen, 1988).
-



Il modello integrato dello stress psicosociale di Dohrenwend, 1978

- Le critiche mosse a questi filoni di ricerca sono relative alla difficoltà di considerare i tratti di personalità e gli schemi di comportamento come stabili nel tempo e indipendenti dal variare delle situazioni. Ulteriori problemi sono dovuti alla soggettività e alla aleatorietà temporale della valutazione delle situazioni stressanti, oltre che all'eccessiva attenzione data alle caratteristiche che inducono stress a scapito dell'individuazione di risorse e dimensioni positive che potrebbero evitarne l'insorgenza.
- Per superare questa impasse, i più recenti sviluppi degli studi sullo stress si sono orientati alla formulazione di un modello integrato che tenga conto del contributo di diverse variabili, ma il tentativo di evidenziare un chiaro nesso tra stress ed eziologia dei disturbi organici sembra impresa di non immediata riuscita.
- Più interessante sembra essere la rilettura dei concetti di stress e coping operata da Lazarus (2002), dove la relazione individuo-ambiente, così come costruita dall'individuo stesso, viene considerata come fondamentale per la comprensione dello stress e dove viene delineata la prospettiva aperta dalla narrazione delle emozioni legate all'interazione sé-altri-ambiente.

La self-efficacy

Fra i concetti che hanno rivestito un ruolo chiave nella *mainstream health psychology* è possibile rintracciare tre assunti fondamentali: l'individualismo, il sé e la prospettiva socio-cognitiva.

All'interno di questa prospettiva, in cui il sé è visto come agente consapevole della propria identità e individualità e dove l'attenzione è focalizzata su percezioni, credenze e aspettative individuali rispetto a se stessi, trova spazio la teorizzazione di Bandura (1982) relativa al ruolo della *self-efficacy*. Il costrutto si riferisce alla capacità percepita di affrontare e gestire specifici compiti e situazioni, e proprio questa percezione soggettiva risulta fattore chiave nel determinare ciò che l'individuo sarà in grado di fare. L'auto-efficacia percepita, definita come il giudizio che ogni persona attribuisce alle proprie capacità di organizzare e implementare azioni utili a raggiungere determinate *performances*, si rivela pienamente in linea con la prospettiva socio-cognitiva, che ritaglia all'individuo un ruolo attivo nel controllo del proprio comportamento e dell'ambiente circostante (Marks, 2002).

Chiamando in causa i concetti di padronanza e di controllo individuale, la *self-efficacy* si afferma come potente predittore del cambiamento di comportamento.

Considerato quale pietra miliare per le teorie che si occupano del cambiamento comportamentale, il costrutto di *self-efficacy* viene ritenuto un possibile mediatore nei comportamenti di salute (Bandura, 2002). Secondo questa ipotesi, le persone che ritengono di poter mettere in atto comportamenti rilevanti per la salute, molto probabilmente metteranno in gioco tutte le forze per avere successo in questa intenzione. I comportamenti di salute appaiono quindi mediati dal livello di autoefficacia percepita e la possibilità di aumentare questo livello contribuisce significativamente al benessere fisico e psicologico dell'individuo. Seguendo questa linea di pensiero, ciò di cui le persone hanno bisogno per raggiungere condizioni di salute è quindi sapere come regolare il proprio comportamento e credere nella propria personale capacità di modificare il pensiero di possibili future malattie in effettive azioni preventive. Compito delle scienze che si occupano di salute deve allora essere quello di infondere nelle persone la convinzione che esse hanno la capacità di modificare positivamente le proprie abitudini verso l'adozione di comportamenti appropriati e funzionali al benessere.

Varie ricerche hanno dimostrato che la percezione dell'efficacia personale risulta fattore predittivo importante nell'adozione di comportamenti rilevanti per la salute e nella modificazione di pratiche nocive. Se infatti le persone ritengono di poter agire efficacemente, sentiranno un maggior coinvolgimento nell'azione e saranno più propensi a mantenerla anche di fronte alle eventuali difficoltà (Zani e Cicognani, 2000).

Il costrutto della *self-efficacy* sembra ricondurre tuttavia l'azione di cambiamento e di governo della salute entro una dimensione individualistica. Di questa possibile unilateralità sembra consapevole Bandura che affianca prontamente alla dimensione individuale della Self Efficacy la necessità che i

cittadini si facciano carico direttamente dei problemi che investono il loro benessere anche a livello dei comportamenti collettivi, e sul piano sociale e politico. Il costrutto della “*collective efficacy*”, applicato in particolare ai gruppi di auto-mutuo aiuto, dovrebbe rappresentare un passaggio, una fuoriuscita dalle restrizioni individualiste, verso una visione orientata a “cambiare le pratiche dei sistemi sociali che hanno effetti nocivi sulla salute piuttosto che cambiare soltanto le abitudini degli individui” (Bandura 1998, pag. 644)

“Un corretto approccio alla salute deve fornire alla gente conoscenze, capacità e senso di efficacia collettiva in grado di governare le iniziative sociali e di *policy* che influenzano la salute degli uomini. Tale impegno sociale mira a elevare la consapevolezza pubblica dei pericoli per la salute, a educare e influenzare i *policymakers*, a mobilitare il sostegno pubblico per le iniziative di *policy*, a escogitare strategie efficaci per migliorare le condizioni di salute. Sapere come sviluppare ed esercitare l’efficacia collettiva può offrire le linee guida per farci procedere oltre nel miglioramento della salute umana” (1998, p. 646).

Questa dimensione collettiva costituisce un’indicazione della necessità di guardare oltre all’individuo per una piena considerazione della salute e del benessere. Tuttavia le implicazioni di questo ampliamento di orizzonte, come si vedrà, comporta l’adozione di una ben più articolata riflessione sulla relazione tra interventi di psicologia della salute e azione collettiva. Ciò in primo luogo richiede lo slittamento deciso delle un’unità di analisi e di intervento dal livello individuale (o interindividuale) ad una più complesso livello costituito dalla unità *persona-ambiente* e dall’analisi fenomenologica delle relazioni sociali, dell’asimmetrica distribuzione del potere a livello dell’organizzazione sociale e delle stesse istituzioni di cura.

Compliance ed empowerment

Compliance (aderenza alle prescrizioni) è il termine usato per descrivere la decisione dei pazienti di attenersi e di accondiscendere ai trattamenti medici consigliati, indica il modo di approcciarsi alla cura con cooperazione e collaborazione. Si può parlare di due forme di *compliance*. La prima è la *behavioral compliance* che riguarda comportamenti di salute come, per esempio, la rinuncia al fumo, l’esercizio fisico, ecc.; la seconda è la *medical compliance* che riguarda l’adesione alle prescrizioni mediche, alle visite di controllo, il rispetto dei dosaggi, l’assunzione nei tempi stabiliti, ecc.

Da alcuni studi è emerso che più il trattamento è specifico e direttivo meno le persone vi aderiscono pienamente; inoltre la *non-compliance* sembra piuttosto essere la norma. Per esempio, Dunbar e Stunkard (1976) hanno stimato che il 20-80% dei pazienti compie errori di medicazione, mentre il 25-60% interrompe il trattamento prematuramente. Fiedler (1982) ritiene che un terzo dei pazienti è sempre *compliant*, un terzo non lo è mai e l’altro terzo lo è qualche volta. Sembra anche che il tipo di trattamento favorisca o meno la *compliance*.

”Il comportamento *non-compliance* degli individui ha ripercussioni negative sulla salute della società. Per esempio, un comune problema di salute associato ad un’alta percentuale di *non-compliance* è l’asma. Nonostante l’ampio numero di interventi educativi le persone che soffrono d’asma e che non aderiscono pedissequamente ai trattamenti sono tante. In USA è stato stimato che il costo diretto e indiretto per l’asma nel 1990 ammontava a più di 6 miliardi di dollari (Weiss et al., 1992); Bender suggerisce che molti costi sarebbero ridotti se i pazienti avessero più *compliance*” (Marks, Murray, Evans, Willig, 2002, pg 289).

Ci sono alcuni fattori associati alla *non-compliance*; DiMatteo, DiNicola, 1982; Meichenbaum e Turk, 1987 hanno identificato un *range* di fattori sociali e psicologici correlati a tale comportamento. Tra le caratteristiche di comunità può influire la personale situazione sociale come la mancanza di supporto, oppure la disarmonia e instabilità familiare, le aspettative dei parenti nei confronti del trattamento, un domicilio precario, la mancanza di risorse, o situazioni di conflitto e competizione.

Anche le caratteristiche personali possono influenzare, da quelle demografiche, alla presenza di eventuali disabilità, problemi cognitivi o disordini psichiatrici, oppure incomprensioni, dimenticanze e negligenze.

Anche il sistema di credenze dei pazienti è determinante per la *compliance*; la percezione della malattia o di eventuali barriere nel trattamento, la competizione socio-culturale, la diversa concezione che i popoli hanno del disagio e del trattamento, il modello implicito di malattia o il tipo di un *locus of control* influenzano le convinzioni dei pazienti. Per esempio, da uno studio di Masek (1982) è emerso che più i pazienti percepiscono grave la propria condizione più seguono le raccomandazioni di trattamento. Fincham e Wertheimer (1985) provarono invece che più si crede nei benefici del trattamento e nella certezza che non vi sono barriere insormontabili più vi è *compliance*. Quindi la gravità o la cronicità della malattia sono associate alla *non-compliance* mentre se i sintomi sono chiari i pazienti sono più motivati al trattamento.

Non solo i fattori sociali e psicologici sono correlati alla *compliance* ma anche le caratteristiche del trattamento. La *compliance* del paziente entra in gioco già prima della prescrizione del trattamento; infatti i lunghi tempi di attesa per avere il referto, o tra il referto e l’appuntamento col medico, il contesto clinico, gli inconvenienti burocratici, la fama del trattamento come difficoltoso incidono notevolmente.

Una volta conosciuto il tipo di trattamento, la durata e il costo, le raccomandazioni, le istruzioni complesse, la grande quantità di informazioni che il paziente deve conoscere riguardo alla malattia e al tipo di trattamento, le contro indicazioni, il grado e il tipo di cambiamento richiesto nel comportamento quotidiano, rendono sempre più difficoltosa la *compliance*.

Ley (1979) afferma che i pazienti dimenticano almeno un terzo delle informazioni che lo specialista dà, a causa della vastità e complessità delle cose da ricordare. Inoltre da altri studi (Svarstad, 1976) è emerso che i pazienti, a volte, non riportano correttamente ciò che il medico ha detto loro. Un modo per ovviare a questi errori è consegnare le istruzioni per iscritto.

Per quanto riguarda la durata del trattamento Masur (1981) ha suggerito, diversamente da altri studi, che ciò che maggiormente compromette la *compliance* non sono i tempi lunghi, piuttosto l'assenza di sintomi. Spesso, infatti, la terapia a lungo termine è destinata alle condizioni di malattia cronica per la quale non è detto che il miglioramento dei sintomi sia dato dalle cure mediche.

Importante è, inoltre, la presenza di un'adeguata e continua supervisione professionale e l'appoggio sia morale che pratico da parte dei parenti. Anche la possibilità di gestione delle conseguenze del trattamento è altamente correlata alla *compliance*; se, per esempio, la malattia porta ad abbattimento fisico compromettendo seriamente la vita di tutti i giorni, i pazienti tendono a ridurre la loro acquiescenza verso il trattamento. Da non trascurare è la relazione medico-paziente. È possibile individuare due diversi stili relazionali del medico: il *patient-centred* e l'*authoritarian*.

“Il primo atteggiamento è caratterizzato da empatia, amichevolezza, disponibilità, sincero interesse nei confronti del paziente che, in termini di comportamento non verbale, può essere declinato nel contatto oculare, nel sorriso e in una postura protesa verso il paziente. Il secondo atteggiamento, definito anche *control-oriented style* si caratterizza sostanzialmente per l'atteggiamento di controllo assunto dal medico nell'interazione. Non sorprende affatto che i pazienti preferiscano i medici empatici e disponibili, caratteristiche associate alla *compliance* dei pazienti. Ma non solo, anche la soddisfazione da parte dei medici nei confronti del loro lavoro, il loro senso di sicurezza e un punto di vista positivo nei confronti del paziente sono da considerare come fattori di influenza” (Marks et al., 2002, pag.294).

La letteratura riguardo alla *non-compliance* è diventata sempre più ampia negli ultimi anni, ma non contribuisce ancora alla riduzione di tale fenomeno. Una delle ragioni di questa mancanza di progresso è data dal fatto che si è ancora legati a una visione piuttosto statica di tale fenomeno che ignora l'ampio contesto sociale in cui è inserita la cura e la natura dinamica del comportamento di salute e di malattia. Un approccio alternativo che abbracci maggiormente anche gli aspetti sociali e psicologici richiede un approfondimento del ruolo della medicina nella nostra società contemporanea. Nella nostra cultura occidentale la medicina è basata sui concetti di potere e autorità e si fonda sull'assunto che essa possiede il monopolio della verità, di conseguenza la *non-compliance* dei pazienti risulterebbe effetto della loro ignoranza o devianza” (Marks et al., pag. 296) . Trostle (1998) descrive la letteratura riguardo al tema della *compliance* come centrata sul “potere e sul controllo” . Brehm e Brehm (1981) affermano che le persone vogliono sentire il controllo della loro vita e definiscono questo concetto come l'equivalente di libertà. Per Fogarty (1997) più il trattamento prescritto è lungo e complesso più i pazienti sentono minacciata la loro libertà ponendo addirittura resistenze al cambiamento e adottando comportamenti di *non-compliance* che suonano essere come una resistenza al dominio della medicina.

In realtà non tutti i pazienti criticano il tradizionale atteggiamento autoritario dei medici e non sentono la necessità di porsi con un atteggiamento collusivo o di *non-compliance*; capita soprattutto ai pazienti anziani di preferire un ruolo passivo nella

relazione col medico. Taylor (1979) ha suddiviso i pazienti in due categorie: i *bad patients* (coloro che reagiscono con ribellione se avvertono una minaccia alla loro libertà o se sentono che non gli sono fornite sufficienti informazioni circa la malattia o il trattamento) e i *good patients* (coloro che assumono un atteggiamento passivo e remissivo).

Secondo Trostle (1998) la preoccupazione nei confronti della *compliance* è una recente conseguenza del decadimento, nella nostra società, dell'autorità della professione medica. Il mondo orientale, per esempio, non presenta tale preoccupazione poiché il ruolo dei medici ha conservato una posizione dominante, per questo motivo i pazienti adottano facilmente un atteggiamento di *compliance*. Altra caratteristica che contraddistingue l'ideale rappresentazione sociale del medico è la fiducia totale nei confronti dello specialista nella sua capacità di definire e inquadrare chiaramente la malattia; spesso, invece, i medici compiono l'errore di non considerare, nella diagnosi, anche l'influenza dei problemi psicosociali e gli aspetti di contesto.

Da uno studio condotto su 11 paesi degli USA, Bertakis e al. (1991) hanno analizzato 550 colloqui tra medico e paziente somministrando un questionario, solo a quest'ultimi, dopo la visita. È emerso che le domande riguardanti argomenti biomedici e psicosociali erano rispettivamente correlate negativamente e positivamente con la soddisfazione dei pazienti.

Si avverte dunque il bisogno di riconoscere i limiti del ruolo della medicina e l'importanza di costruire dei legami di natura diversa per cambiare la cornice sociale degli incontri tra medico e paziente.

“È quindi evidente che la *non-compliance* è una componente strutturale implicita del sistema di cura contemporaneo, fortemente centrato sulla figura del medico. È inoltre necessario capire cosa significa per i pazienti essere malati” (Marks et al., pag. 299).

Implicitamente accanto al concetto di *compliance* vi è quello di *empowerment* che consiste nella capacità di aumentare la propria autonomia e autocontrollo. Rapaport (1987) lo definisce come un processo per mezzo del quale le persone guadagnano il controllo della loro vita aumentando la comprensione di sé e potenziando la cura di se stessi. Nell'ambito della psicologia della salute il focus di questo approccio è centrato sull'accrescimento delle proprie forze e sul potenziamento della consapevolezza dei pazienti. È importante, dunque, che i medici, attraverso il dialogo, cerchino di comprendere i bisogni dei pazienti, le loro credenze e rappresentazioni dando loro la possibilità di raccontare la propria storia per poi riscriverla insieme dirigendosi verso un sentiero che porti una maggior conoscenza di sé, consapevolezza e benessere. Resta aperta la questione di quanto per ora ciò sia praticato dal momento che tutt'oggi la medicina mantiene una posizione di potere e di controllo nella società.

La promozione alla salute riguarda ogni evento, processo o attività che proteggono o migliorano lo stato di salute degli individui, dei gruppi, delle comunità o delle popolazioni. L'obiettivo è quello di prolungare la vita e di migliorarne la qualità; tutto questo è possibile attraverso attività di prevenzione o di riduzione delle conseguenze negative dovute a danneggiamenti fisici e/o mentali che colpiscono direttamente o indirettamente gli individui.

La promozione della salute riguarda sia interventi sul contesto ambientale che interventi comportamentali. Gli interventi di primo tipo possono riguardare la costruzione di strutture (come per esempio recinti che proteggano da luoghi pericolosi), la promozione di leggi che salvaguardino da calamità naturali o la produzione di cose vantaggiose (come, per esempio, cibi genuini). Gli "ecopsicologi" o alcune organizzazioni come Greenpeace promuovono il benessere e lo sviluppo ambientale sostenibile; cioè quello sviluppo che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri.

Gli interventi comportamentali, invece, riguardano soprattutto le conseguenze delle azioni degli individui; inoltre, recentemente, questo tipo di promozione della salute si è focalizzato sul concetto di *empowerment* che consiste nel processo attraverso il quale le persone aumentano il controllo sulle loro potenzialità fisiche, sociali e interne. Questi interventi includono anche la consapevolezza e conoscenza dei rischi di salute e delle *social skills*.

Esistono tre approcci secondo cui è possibile descrivere la promozione alla salute: il *behaviour change approach*, il *self-empowerment approach* e il *collective action approach*.

L'assunto di base del *behaviour change approach* è che le persone sono *rational decision-makers*, di conseguenza le loro azioni sono guidate dai pensieri; l'obiettivo, quindi, è quello di portare un cambiamento nei comportamenti attraverso un cambiamento nelle credenze e convinzioni delle persone; secondo tale modello, definito *social cognition*, questo è possibile aumentando le conoscenze degli individui circa le cause della salute e della malattia. La promozione della salute è dunque sinonimo di educazione alla salute e tiene presente la relazione tra conoscenze, atteggiamenti e intenzioni ad agire in un determinato modo.

Per esempio, se si considera come il fumare sia guidato dal *health belief model* la decisione di smettere o meno prevede la considerazione della possibilità di ammalarsi di cancro con maggiori probabilità rispetto a un non fumatore, la valutazione dei benefici dati dallo smettere di fumare, le conseguenze potenzialmente negative del fumo.

In realtà l'*health belief model* ha un successo marginale nel predire i comportamenti di salute. Secondo altri modelli come la teoria dell'azione ragionata (Fishbein e Ajzen, 1975) e la teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1985), il comportamento è dato dai personali atteggiamenti e credenze e da ciò che un individuo ritiene che gli altri pensano che dovrebbe fare; la combinazione di queste variabili è usata per predire il comportamento o meglio l'intenzione di comportarsi in un certo modo.

Le teorie che gravitano attorno al modello della *social cognition* presentano alcune debolezze; innanzi tutto tale modello di riferimento descrive solo come la cognizione determini il comportamento, tralasciando le emozioni e i diretti effetti degli impulsi; inoltre ritiene che siano le stesse variabili ad essere rilevanti per diversi gruppi di persone e che le stesse variabili portino a differenti comportamenti di salute. Tale modello, poi, considera solo le rappresentazioni mentali socialmente condivise e non prende in considerazione i diretti effetti di fattori materiali, fisici o sociali.

Il secondo approccio è definito *self-empowerment* il cui obiettivo è quello di rendere le persone capaci di compiere delle *scelte sane* attraverso tecniche di apprendimento partecipativo, gruppi di lavoro, *problem solving*, *counselling* centrato sul cliente, *training* di assertività, *social skills training*, *educational drama*; mira, dunque, a potenziare il controllo delle persone sul proprio ambiente fisico, sociale e psicologico dal momento che il potere è ritenuto una risorsa universale che può essere canalizzata e mobilitata da tutti gli individui.

Anche questo modello, però, non è esente da critiche; innanzi tutto perché ritiene che le scelte razionali siano sinonimo di scelte di salute; alcune persone, per esempio, assumono comportamenti rischiosi volontariamente e consapevolmente come le madri che si rifiutano di vaccinare i figli perché lo considerano pericoloso o inutile oppure alcuni omosessuali che praticano sesso non protetto per massimizzare il loro piacere. Secondariamente le *self-empowerment techniques* danno troppa fiducia alla simulazione; per esempio, sia i *training* di assertività che di *skills* sono praticati in ambienti protetti e artificiali e non è detto che ciò che si apprende sia così facilmente trasferibile nella vita reale. Infine questo paradigma non ha un adeguato concetto di potere (Homans and Aggleton, 1988) poiché assume che esso sia una risorsa in possesso di tutti gli individui e che può essere attivato attraverso *empowerment techniques*; in realtà il focus attentivo non va puntato soltanto sull'individuo e sulle sue forze, ma anche sul potere della società e sui suoi vincoli.

Infine il terzo approccio è chiamato *collective action* poiché mira a migliorare la salute indirizzandosi verso le cause socio-economiche e contestuali che portano alla malattia attraverso l'individuazione dell'organizzazione e del comportamento che la collettività mette in atto al fine di modificare il proprio ambiente fisico, sociale ed economico. L'assunto di base è che le comunità di individui sono in stretta relazione con il loro contesto sociale e materiale e, di conseguenza, distribuiscono i loro interessi in modo da permettere l'azione dell'intera comunità e favorirne il cambiamento.

Ne deriva che il *self-empowerment* fa parte del processo che guida l'azione sociale che culmina nell'abilità di compiere azioni collettive, pur non essendone la pre-condizione ma la conseguenza.

È chiaro che il *collective action approach* è profondamente politico, poiché coinvolge direttamente nella struttura e nell'organizzazione della comunità anche coloro che tradizionalmente sono esclusi dai *decisionmaking processes* e dall'attiva richiesta di potere associata alla relazione tra salute e malattia.

Come risultato, le iniziative che adottano questo approccio, e che promuovono la salute, rischiano di entrare in conflitto con il potere dell'opposizione come con il

governo o più semplicemente con i datori di lavoro, magari per mancanza di fondi o finanziamenti. In più c'è il pericolo dell'arrampicamento sociale (Homans e Aggleton, 1988) poiché coloro che sono coinvolti in determinate iniziative rischiano di allontanarsi dalle proprie radici e da ciò che essi rappresentano nella ricerca del successo personale.

Com'è possibile allora valutare le iniziative che promuovono la salute?. Prima di tutto occorre comprendere le conseguenze, cioè i cambiamenti portati dagli interventi di salute che vanno focalizzati su un *range* di criteri differenti che si giocano a livello comportamentale, cognitivo e fisico, e i processi, cioè il modo in cui tali interventi hanno lavorato. Inoltre ogni valutazione deve essere appropriata al tipo di intervento messo in atto.

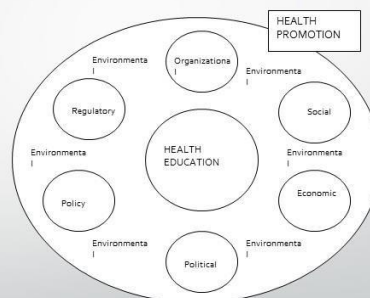
Le ragioni che portano alla necessità di effettuare sistematiche valutazioni sono in prima istanza etiche; infatti interventi poco efficaci o controproducenti non devono essere replicati. Gli assunti di base per ogni intervento di promozione alla salute sono: primo una buona salute deve essere un obiettivo universale per tutti, secondo che deve essere condiviso il significato di salute, terzo che ci deve essere un consenso scientifico riguardo alla definizione di quali comportamenti portano a una buona salute. Secondo questa prospettiva l'unica reale richiesta nei confronti degli esperti è quella di trovare una via efficace per aiutare le persone a massimizzare la propria salute. Comunque anche questo modello non è esente da critiche; Evans (1988) afferma che tale ideologia di *health promotion* può ridurre la spontaneità e la libertà degli individui portandoli verso atteggiamenti ipocondriaci che limitano la qualità della vita, come un'eccessiva preoccupazione per l'esercizio fisico o per il cibo.

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Un insieme pianificato di dispositivi educativi, politici, ambientali, organizzativi che promuovono azioni e condizioni di vita utili alla salute di individui, gruppi e comunità

La promozione della salute

La promozione della salute può essere considerata come un'azione sinergica tra educazione alla salute e politiche relative alla salute che ne garantiscono la realizzazione.



(McKenzie et al., 2005)

Evoluzione delle prospettive di promozione della salute

L'evoluzione dell'approccio ha quindi visto un passaggio da una fase iniziale in cui le scelte comportamentali legate agli stili di vita venivano considerate come principale causa dei problemi di salute (e dove quindi le strategie di intervento trovavano origine nelle teorie psicologiche centrate sulla dimensione individuale) ad una caratterizzata dalla consapevolezza che alle cause di malattia e morte concorre in realtà una molteplicità di fattori, riconducibili, oltre che al livello "micro" tipico dell'individuo, anche a dimensioni "macro" di tipo sociale, economico, politico (v. approccio ecologico).

Dichiarazione di Copenaghen (2006)

- la prevenzione è efficace quanto più è duratura e va considerata un vero e proprio investimento in salute e sviluppo;
- la società dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti le scelte più salutari;
- i servizi sanitari dovrebbero adattarsi a questo obiettivo, affrontando l'attuale carico di malattia e aumentando le opportunità di promozione della salute;
- le persone dovrebbero essere messe nelle condizioni di promuovere la propria salute, di interagire con i servizi sanitari ed essere parte attiva della gestione delle malattie;
- per garantire il diritto alla salute è fondamentale che tutti abbiano accesso alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e ai servizi sanitari;
- a qualsiasi livello, i governi hanno la responsabilità di proporre politiche di intervento all'insegna della salute e di assicurare un'azione integrata in tutti i settori.

GLI INTERVENTI

STRATEGIE:

- ✓ **comunicative**
- ✓ **educative**
- ✓ **politiche della salute**
- ✓ **"ingegneria" della salute**
- ✓ **servizi di salute rivolti alla comunità**
- ✓ **attivazione della comunità**

3) I CONTESTI

- ✓ **educazione della salute a livello individuale**
- ✓ **promozione della salute nei contesti educativi**
- ✓ **interventi a livello della popolazione e della comunità**

I LIVELLI DI INTERVENTO

- ✓ **Information-provision approach**
- ✓ **Self empowerment**
- ✓ **Community development approach**

Alcuni nodi critici della psicologia della salute

Al lettore sarà già chiaro che la psicologia della salute agisce entro una tradizione i cui confini, benché tuttora delineati in modo non definitivo, sono fondamentalmente riferiti ad un paradigma che si sta costituendo attorno al modello bio-psico-sociale. L'assunzione di un'ottica sistemica, evolutiva e, in taluni casi, costruttivista, ne costituiscono punti di forza molto significativi, a cui si deve certamente almeno in parte attribuire la diffusione che la psicologia della salute sta ottenendo a livello internazionale tra gli psicologi e il prestigio crescente di cui gode più in generale nella comunità scientifica. Ciò non la mette peraltro al riparo da problemi e nodi critici che sono, probabilmente, inevitabili per chi voglia cimentarsi con un oggetto così complesso e, per molti aspetti, indecifrabile come la salute. In questo paragrafo cercherò di evidenziare alcuni di questi nodi, anche per facilitare nel lettore la costruzione di una mappa concettuale complessa e aperta delle linee di sviluppo della psicologia della salute a cui possano essere più agevolmente riferiti i contributi e gli spunti critici del presente volume.

la relazione tra soggettivazione e razionalizzazione: La salute come dimensione irriducibile alla sola dimensione oggettivonomotetica

La complessità del modello bio-psico-sociale, lascia aperto uno spazio o una “zona d'ombra” che non può, nonostante alcune convergenze superficiali, rendere conto interamente di quanto H.G. Gadamer suggerisce, e cioè che la salute “non è un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme ad altri uomini ed essere occupati attivamente e positivamente dai compiti particolari della vita”. Infatti per Gadamer la salute “rappresenta uno stato di intrinseca adeguatezza e di accordo con se stessi che non può essere superato da nessun altro tipo di controllo” e ciò sembra respingere ogni riducibilità di questo versante della salute ai processi di oggettivazione.

Sarebbe nondimeno imprudente pensare che l'irriducibilità di tali dimensioni rinvii inevitabilmente ad una sorta di dualismo (di tipo ontologico o di proprietà), quanto piuttosto a quella forma di dualismo semantico che Ricoeur riconosce tra i discorsi sul corpo e quelli sulla mente, pur nell'inscindibilità ontologica di mente e corpo, o alla reciproca irriducibilità, sostenuta da Searle, delle esperienze soggettive in prima persona e dei fenomeni oggettivi in terza persona. Né tale irriducibilità comporta esclusione o incompatibilità. Nell'esperienza comune la dimensione oggettiva-nomotetica fa sovente irruzione nella definizione del “senso” di adeguatezza, così come una dimensione soggettiva di intrinseca adeguatezza (o inadeguatezza) dà “senso” alla varietà delle relazioni “oggettive”. E se ciò trova evidente applicazione quando è la malattia più che la salute che “ci viene incontro” e che “ci invade”, al contrario lo stato di “benessere” in una esclusiva autoreferenzialità soggettiva può facilmente ripiegarsi nella dimensione sincronica, talvolta illusoria ed effimera.

Proprio perciò queste due “polarità” costituiscono forse due codici diversi che, pur non parlando tra loro e non comprendendosi, tuttavia per certi versi alludono l’uno all’altro. Ciò che non può essere ricongiunto entro un discorso (fino a che almeno non avremo a disposizione il terzo linguaggio a cui allude Ricoeur nel suo dialogo con Changeux) può tuttavia integrarsi nell’azione, nella prassi. Se per qualche tratto tale possibile ricongiunzione si intravede nei concetti gadameriani di cura e di dialogo, certamente la domanda cui alludono la polarità oggettiva e l’esperienza soggettiva della salute trova un ambito di espressione anche nei processi di “formazione” in cui i due codici diversi “dicono” delle potenzialità di interconnettersi nella costruzione di una biografia.

Il problema dunque non può essere colto solo nella giustapposizione delle parti o nell’introduzione di nuovi aspetti capaci di specificare la “condizione di salute” (come nell’ICIDH-2) se ciò continua ad agire nel quadro di un linguaggio in terza persona. Infatti non è aggiungendo dimensioni che si può entrare in contatto col soggetto. In questo modo si riesce al massimo a delimitare e a descrivere il suo campo d’azione, cosa importante, ma certamente non sufficiente, quando occorre invece, per così dire, entrare in contatto “in presa diretta” con la soggettività.

Sadi Marhaba (1999) individua quattro chiavi concettuali che devono essere considerate per affrontare la questione della soggettività e del benessere:

“ Prima chiave: la soggettività include i valori

Seconda chiave: la soggettività è rilevante di per sé, non in funzione del metodo con cui viene studiata. Pertanto, è rilevante anche e soprattutto la soggettività “complessa” e “diversa”

Terza chiave: inscindibilità tra la “teoria” e la “pratica”

Quarta chiave: la consapevolezza delle particolari difficoltà e contraddizioni implicite nello studio empirico-scientifico della “vera” soggettività” (Marhaba, 1999, pag5-6)

Penso che la psicologia della salute debba crescentemente interrogarsi su queste chiavi che, per il momento, sono ancora collocate, per così dire, lungo la sua linea di orizzonte.

[La dimensione di "senso" come orizzonte dell'agire dello psicologo affiancato alla necessità di circoscrivere quello stesso agire entro confini pragmatici](#)

Nella sua tradizione recente, la Psicologia della salute è sembrata privilegiare un atteggiamento pragmatico, concretamente orientato a promuovere cambiamenti nei comportamenti di salute, nella gestione delle malattie e a favorire le relazioni tra la persona e i sistemi sanitari nelle sue diverse articolazioni. Questa angolatura le ha consentito certamente di intercettare alcuni aspetti importanti che caratterizzano i problemi della salute nella realtà quotidiana e costituisce, in un certo senso, un patrimonio che non deve essere disperso con leggerezza. Tuttavia è proprio la complessità con cui la salute si presenta “nel mondo reale” che non si lascia interamente confinare entro risposte prevalentemente orientate alla

dimensione comportamentale. La salute corre infatti lungo la linea di senso dell'esperienza personale e sociale e non solo in quella delle determinazioni normative, anche quando queste siano articolate in dimensioni multiple.

Per cogliere questa prospettiva, allora, occorre probabilmente entrare in contatto con gli usi multipli della salute come costrutto sociale e con la dinamica evolutiva nella costruzione della rappresentazione della salute

Una linea molto promettente in questa direzione è certamente costituita dalla **teoria delle rappresentazioni sociali** (Moscovici, 1961; Herzlich, 1969, 1991, Farr e Moscovici, 1984, Jodelet, 1989). La comprensione che le persone hanno di se stesse e del mondo ha una natura sociale e collettiva che può essere studiata nella forme delle “rappresentazioni sociali”, vale a dire nelle concezioni condivise e nelle teorie ingenuie che organizzano la percezione del mondo e costituiscono un codice collettivo per la comunicazione sociale. Le rappresentazioni sociali sono costrutti collettivi che vengono elaborati socialmente allo scopo di dare un senso all'esperienza. In questa linea di ricerca, la salute e la malattia costituiscono un centro di interesse fortemente significativo. La loro “spiegazione sociale” mette infatti in luce come esse costituiscano l'oggetto di un discorso collettivo che cerca di dare senso all'esperienza personale. La malattia, come componente del discorso, diviene allora un “significante” che rinvia al rapporto tra individuo e ordine sociale, ad interrogativi sulla persona, la sua posizione e il suo entourage sociale, che oltrepassano la diagnosi medica e la menomazione corporea. Un aspetto particolare dello studio delle rappresentazioni sociali della salute e della malattia riguarda il modo in cui esse si differenziano ed entrano in rapporto con la medicina, intesa come organizzazione sociale di una professione. Negli ultimi anni il valore sociale della salute è aumentato, costituendo un costrutto assai prossimo alla felicità, da un lato, e a un dovere sociale, dall'altro. Contemporaneamente la malattia si rende concepibile ormai quasi esclusivamente nel rapporto con la medicina, a cui è richiesto, da un lato, una grande sofisticazione negli apparati istituzionali di intervento e di cura, ma alla quale, d'altro lato, viene contemporaneamente contrapposto il valore della volontà di guarire come una determinante della salute, che può trovare maggiore accoglienza e rispecchiarsi nel crescente prestigio delle cure cosiddette alternative e delle medicine orientali.

Naturalmente, la via privilegiata per entrare in contatto con il modo in cui le persone e i gruppi sociali affrontano le dimensioni della salute è senza dubbio il **linguaggio**. Una serie di problemi si pongono quando si cerchi di entrare in contatto con la salute attraverso il linguaggio. Demazière e Dubar (1997) ritengono che gli approcci delle scienze umane di fronte alla necessità di confrontarsi con le parole delle persone (per esempio attraverso le interviste biografiche) possano essere ridotti essenzialmente a tre:

Un atteggiamento illustrativo che “consiste nel fare un uso selettivo della parola delle persone al punto da asservirla alle esigenze della dimostrazione condotta dal ricercatore”. Questo atteggiamento è comune a chi affronta la parola dei soggetti con un orientamento quantitativo e di analisi causale e si può avvalere indifferentemente di questionari, di interviste semistrutturate, di analisi di

resoconti liberi. Questi vengono processati in genere mediante modelli di “analisi del contenuto” in cui il discorso è “passato al tritatutto” e “la parola della persona è così frammentata in funzione delle categorie che fanno comodo al ricercatore, e indipendentemente dal modo in cui le persone verbalizzano i loro discorsi”.

Un atteggiamento restitutivo, praticato ad esempio dalla etnometodologia (Garfinkel, 1967), rovescia la problematica in senso iperempirista, per cui “la parola delle persone è considerata trasparente”, e soggettivista, nel senso che “il soggetto individuale è il vero attore del sociale, produttore dei suoi comportamenti, e soprattutto pienamente in grado di fornirne le «buone ragioni». Il suo discorso è allora considerato un’espressione trasparente delle sue pratiche: chiarisce le attività che ha effettuato, offre i significati delle sue azioni”. Compito del ricercatore è quello di raccogliere e “restituire” i resoconti che i membri di una collettività effettuano costantemente nel corso delle loro azioni, nello sforzo di “rendere conto” di ciò che essi fanno entro una società, un’organizzazione o un gruppo. Tali resoconti sono le condizioni di ogni efficacia dell’azione collettiva. La restituzione non ha il compito di ricondurre la parola delle persone a proposizioni generali, ma piuttosto di riconoscere l’indissociabilità del sapere sociale dai contesti e dalla particolarità delle situazioni in cui è applicato praticamente. Il ricercatore deve limitarsi a mettere in relazione le parole raccolte, i turni di parola, le tracce di interazione (comprese quelle non verbali). Deve cogliere le categorizzazioni in situazione, delineare la coordinazione e il concatenamento delle azioni, descrivere i risultati pratici dell’interazione dinamica. Così facendo il ricercatore “si sforza di farsi dimenticare”: egli non deve, per quanto possibile, utilizzare mediazioni teoriche precostituite, premunendosi “contro ogni oggettivazione abusiva” e lasciando, alla fine, al lettore la responsabilità di “comprendere, cioè prendere le persone così come sono”.

I ricercatori che “non si accontentano di illustrare teorie preesistenti attraverso citazioni decontestualizzate né di restituire interviste trascritte lasciando al lettore il compito di ricavarne qualche cosa” si rivolgono invece ad un atteggiamento analitico, che “cerca di produrre metodicamente senso a partire dall’utilizzo di interviste di ricerca”. Anch’essi partono dalla parola comune e sono orientati ad “analizzare per comprendere”. Dicono Demazière e Dubar: “Se si postula che qualunque parola e qualunque testo costituiscano delle «reti di relazione attraverso cui si realizza l’attività significativa» (Cassirer, 1923), bisogna entrare in queste reti, tentare di sgrovigliarne i fili, effettuare la stessa attività significativa che effettua il soggetto stesso. L’obiettivo principale - ma non unico - è reperire, seguire, individuare e tentare di riprodurre quel lavoro di categorizzazione di cui abbiamo postulato l’esistenza nelle interviste di ricerca fondate sull’instaurazione di un clima di fiducia che è anche un «contratto di parola» (Martin, 1987). Individuare, seguire e cercare di sciogliere quei «giochi linguistici» (Wittgenstein, 1953) attraverso i quali si costituisce una

stabilizzazione provvisoria e contingente di un ordine categoriale. Reperire le identificazioni e le differenziazioni, le disgiunzioni e congiunzioni che strutturano l'attività significativa. Trovare le parole chiave attorno a cui si dispiegano i dispositivi di categorizzazione. Seguire il processo dell'attività significativa nell'interazione verbale e non verbale con il ricercatore” (pag. 42)

Tuttavia, questo sforzo di riacquisire un contatto diretto col senso, anche attraverso l'incorporazione della parola dell'osservatore nel resoconto, forse può non essere del tutto sufficiente a colmare una distanza che rappresenta un orizzonte e un nodo critico per le scienze umane, prima ancora che per la psicologia: la distanza tra la faccia soggettiva del Sé, quella dell'lo, e la sua faccia oggettivata, quella del Me. “L'articolazione dei due tipi di lavoro sul Sé resta teoricamente possibile, ma praticamente limitata dall'assenza di un dispositivo adeguato” (pag. 36)

Il dibattito tra ricerca quantitativa e qualitativa

La questione del linguaggio rinvia, per alcuni aspetti, alla discussione sui metodi di ricerca quantitativi e qualitativi. Mano a mano che la psicologia della salute introduce nella propria identità tratti costruttivisti, inevitabilmente pone a se stessa il compito di trattare con dimensioni di ricerca più vicine alla qualità che alla quantità. In questo senso, la ricerca sulla salute e sul benessere fa sempre più frequentemente uso di modelli qualitativi, come le *grounded theories* (Cahmberlain, 1999), l'*action research* (Curtis, Bryce & Treloar, 1999), la *interpretative phenomenological analysis* (Smith, Jarman & Osborn, 1999) che si affiancano a strumenti più consolidati, come i *focus groups*, le interviste, le storie di vita (Cicognani e Zani, 1999; Smorti, 1994).

Il problema della “irruzione del qualitativo” in psicologia della salute deve tuttavia essere diviso in due dimensioni distinte.

La prima dimensione, più debole, si riferisce alle opzioni metodologiche delle strategie di raccolta dei dati. In questa dimensione i modelli qualitativi rispondono ad una esigenza di rendere più ricco di significato il quadro fenomenologico, laddove la ricerca quantitativa ambisce soprattutto a restituire un quadro di relazioni causali o di relazioni tra variabili dotate di un grado sufficiente di attendibilità e generalizzabilità. Sotto questo profilo, la questione dell'adozione di metodi quantitativi e qualitativi non si pone in modo drammatico quando si tratti di scegliere strategie di valutazione in un quadro metodologicamente definito. Ad esempio il modello Precede-Procede (Green e Kreuter, 1999) si avvale indifferentemente di metodologie di analisi quantitativa e qualitativa, dosandoli in rapporto alle strategie di valutazione di processo, di impatto e di outcome adottate. La scelta degli strumenti di raccolta, analisi e interpretazione dei dati, in sostanza, dipende dal tipo di domande che ci si pone, dalla fase del modello e dagli obiettivi della valutazione.

In molti casi, tuttavia, la ricerca e l'intervento sulla salute e sul benessere evidenziano la presenza di ragioni che rafforzano la necessità di un approccio di tipo qualitativo, come ad esempio:

l'indistinguibilità tra processo e prodotto l'intreccio evidente tra contesto e soggetto la sovrapposibilità tra il piano dell'intervento e quello della promozione alla partecipazione

Per queste ragioni il processo, se si vuole, finisce con l'essere molto più importante degli esiti, soprattutto se questi sono apprezzati solo in termini di scostamenti delle medie. Molte linee di cambiamento si rendono percepibili o si nascondono nelle "pieghe della tendenza centrale" e, di nuovo, molti cambiamenti si avvertono in primo luogo sul versante della soggettività.

La ricerca qualitativa si pone in tal modo di fronte alla psicologia della salute anche in un secondo e più forte insieme di questioni di carattere epistemologico. Su questi insistono soprattutto Murray e Chamberlain (1999) e Lyons (1999). Il superamento di un paradigma positivista in psicologia della salute comporta alcune nuove dimensioni di ricerca in cui vengono messi progressivamente in crisi i tradizionali criteri di validazione, quali la *reliability*, la validità e la generalizzabilità che devono essere rivisitati alla luce di nuove assunzioni epistemologiche, come ad esempio, la credibilità la *dependability*, la trasferibilità o confermabilità (Denzin e Lincoln, 1994) in un paradigma critico, o come la *trustworthiness* o la autenticità in un paradigma costruttivista (Guba e Lincoln, 1994) e così via. Contemporaneamente viene enfatizzata l'idea che la "realtà" possa essere vista in modo più appropriato come prodotto dell'interazione tra ricercatore e soggetto della ricerca, i quali non sono, né potrebbero essere scevri da valori che orientano la costruzione delle aspettative e delle azioni che sono oggetto della ricerca. Si evidenzia, in tal modo, una crescente importanza del linguaggio nel dare forma o addirittura nella costruzione della realtà (Gergen, 1985).

La ricerca qualitativa sembra, insomma, costituire una opzione metodologica appropriata ad una sfida al positivismo portata anche in psicologia della salute dagli approcci critici e costruttivisti. Su questo terreno, peraltro, occorre procedere con grande cautela. Le questioni metodologiche ed epistemologiche di fondo potrebbero addirittura essere oscurate, piuttosto che chiarite, insistendo eccessivamente sull'opposizione tra ricerca qualitativa e ricerca quantitativa (Kincheloe e McLaren, 1994; Armellini, 1999; Marhaba, 1999). Essa può essere giudicata "una distinzione pacificante che assegna a ognuno dei due campi la sua parte ed evita discussioni", col risultato di separare nettamente chi agisce nell'uno o nell'altro campo, quando invece la ricerca del significato ha proprio il compito di "cercare di comprendere ciò che le persone *vogliono dire*. La correttezza degli strumenti dipende dalla coerenza con questo obiettivo e non dall'usare o meno i numeri (Lamiell, 1995; Kelly, 1975)" (Armellini, 1999, pag. 25-26). Anche Marhaba (1999) sottolinea "la sterilità del loro scontro in rapporto a un problema, quello della soggettività "vera", che, per complessità, li trascende entrambi seppur, forse, in misura diversa" (pag. 7).

Il carattere autopoietico delle identità professionali (in cui ciascuno è chiamato a stabilire il confine tra autoreferenza e eteroreferenza), contrapposto alla necessità di dialogo inter- e trans-disciplinare;

Come dicono Murray & Chamberlain (1999), uno dei problemi della psicologia della salute può essere rintracciato nella sua persistente prossimità pratica con il modello biomedico

“La Psicologia della salute ha ampiamente adottato un atteggiamento accomodante riguardo alla biomedicina piuttosto che uno seriamente critico della legittimità del modello biomedico. Il modo più facile di far questo fu di introdurre una nuova dimensione psicologica nel framework biomedico di base, lasciandone tuttavia immodificata la costruzione sotto ogni altro aspetto. Questo accomodamento si è concretizzato in uno slittamento da un modello biomedico a un più ampio modello biopsicosociale. Comunque Odgen (1987) ha esaminato questa supposta sfida alla biomedicina, giudicandola più retorica che reale. Ella sostiene che, a dispetto di una retorica che proclama il contrario, la pratica della psicologia della salute continua a privilegiare l'eziologia biomedica sulla causalità psicologica, è funzionale al mantenimento di una separazione e interazione tra mente e corpo piuttosto che alla visione di un individuo integrato, e mantiene la separatezza tra la corporeità e gli aspetti sociali. La biomedicina moderna indirizza il proprio sguardo verso il corpo dell'individuo (Foucault, 1973) e la psicologia della salute ha semplicemente esteso lo sguardo, in modo da includervi la mente, definita in termini di variabili psicologiche, spesso ignorando i processi sociali o “controllandoli” in analisi statistiche finalizzate a produrre leggi generali”
(pag. 5)

Questo panorama, forse eccessivamente desolato, della psicologia della salute è probabilmente in buona parte superato, almeno nella tradizione nascente della psicologia della salute nel nostro Paese (come anche questo volume intende testimoniare). Esso è comunque fortemente rappresentativo del senso di scoramento e talora di sconcerto che coglie chi volesse cercare tracce della complessità della salute nella maggior parte dei manuali di Health Psychology di tradizione anglosassone. Inoltre la citazione ha il pregio di porre, per così dire, il dito direttamente nella piaga della relazione tra psicologia della salute e medicina

Nel suo lavoro introduttivo, Majani sostiene la psicologia possa accettare, senza complessi di inferiorità, una posizione ancillare rispetto alla medicina nella gestione dei problemi di salute entro il servizio sanitario.

“Alla fine, tra alterne vicende, abbiamo conquistato una professionalità dai contorni netti, che ci conferma come psicologi ma che ci identifica come psicologi della salute, e che ci permette di interfacciarci con le altre figure sanitarie nel mondo medico portando un contributo specialistico all'assistenza e alla ricerca” (Majani, 1999, pag. 18); e tuttavia, “è certo che in ospedale la psicologia è una

disciplina ancillare, come la bioingegneria o come la biologia. La sua funzione - sintetizzando al massimo - è quella di ottimizzare l'esercizio della medicina. Ma questo non toglie nulla al valore della disciplina in sé" (ibidem, pag. 121)

Anche se la non "ancillarità" della psicologia della salute alla medicina è, in effetti, una delle sue caratteristiche "protocollari" (Stone, 1987), è ovvio che nelle relazioni tra ambiti professionali le collaborazioni richiedano anche quadri di integrazione gerarchica che, tuttavia, vanno considerati non in astratte configurazioni di status professionale o istituzionale, ma in rapporto alla dimensione dei problemi e dei contesti in cui queste collaborazioni si realizzano. In questo senso, accettare una posizione subordinata non rappresenta naturalmente l'unica possibilità che si offre agli psicologi, anche entro il sistema sanitario. Nell'articolo di Giovanni Guerra, "Strategie di intervento psicologico nelle strutture sanitarie" vengono prese in considerazione altre strategie che possono essere considerate alternative: la strategia sostitutiva e la strategia consulenziale. In entrambe sono presenti problemi, sia pure di ordine diverso, ma in entrambe la presenza dello psicologo non è posta in discussione nella sua autonomia, sulla base della quale egli "da una parte può cercare di assumere un ruolo sostitutivo e, da un'altra parte, può cercare di favorire una riappropriazione delle competenze psicologiche da parte dei differenti ruoli professionali sanitari"

Un problema più delicato si pone rispetto a chi possa definire o al modo in cui possa essere caratterizzato il quadro dei bisogni, delle domande e delle operazioni con cui lo psicologo della salute può avere a che fare nel quadro delle istituzioni sanitarie. Molto spesso i giovani psicologi si chiedono "come far capire" la specificità e l'utilità del proprio intervento, domandando implicitamente agli altri (i medici in primo luogo) di condividere e riconoscere la demarcazione della propria dimensione professionale. Questo pone, agli psicologi, un problema che, presto o tardi, riguarda tutti gli statuti deontologici: il fatto che le identità dei sistemi professionali si possono costituire solo autopoieticamente. Il problema ha molte analogie col modo in cui in un sistema si costituisce la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza incorporata nel sistema. Secondo le tesi del costruttivismo operativo, tale distinzione non può essere collocata nell'ambiente del sistema, ma nel sistema stesso. La "realtà" di un sistema può essere quindi solo un correlato interno delle operazioni del sistema: in sostanza i sistemi producono la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza e la incorporano nel sistema stesso (cfr. Luhman, 1996). Questo processo rende riconoscibile all'interno del sistema la capacità di collegamento delle operazioni e la continua produzione e riproduzione della differenza tra sistema e ambiente. "Questo avviene attraverso un codice binario che fissa un valore positivo e uno negativo, escludendo terze possibilità. Il valore positivo indica la capacità di collegamento delle operazioni nel sistema: ciò con cui si può intraprendere qualcosa. Il valore negativo serve solo a riflettere le condizioni alle quali si può impegnare il valore positivo.... Il confine *interno* del codice, che separa il valore positivo da quello negativo, non deve essere confuso con il confine *esterno*, che differenzia il sistema dal suo ambiente. In altri termini: la differenza del codice si colloca ortogonalmente rispetto alla differenza tra autoreferenza ed

eteroreferenza... Il codice è sufficiente per determinare quali operazioni appartengano al sistema e quali operazioni (codificate diversamente o non codificate affatto) appartengano all'ambiente. Il codice è dunque una distinzione che consente l'auto-osservazione sulla base della distinzione tra sistema e ambiente" (Luhman, 1996, pag. 33).

Tuttavia questa esigenza di autopoiesi dell'identità professionale anche dello psicologo della salute non comporta l'esclusione del riconoscimento della realtà e dell'importanza delle altre professioni sanitarie. Dal punto di vista del costruttivismo operativo tale riconoscimento non può che derivare da processi di "attribuzione di senso" in cui vengono risolte le incoerenze che, a questo proposito, possono risultare dalla partecipazione della memoria alle operazioni del sistema.

Vi sono ciò nonostante, agli occhi di un osservatore esterno, alcuni aspetti che rendono convergenti nelle diverse professioni questa operazione di risoluzione delle incoerenze tra operazioni e memoria. Mi riferisco, ad esempio, alla necessità di "comprendere" la complessità del soggetto a cui si prestano le operazioni di cura e di promozione della salute. Questo punto di convergenza consente innanzitutto di mettere in comune le rispettive incertezze sul piano del sapere e dell'agire. Su un'altra linea di pensiero, Gadamer ricorda che "all'inizio di ogni tentativo di comprensione c'è una situazione in cui si viene colpiti - come da una domanda, alla quale si deve rispondere, che getta nell'incertezza il sapere dell'interprete, chiedendogliene conto. Per rispondere chi è stato colpito comincia a sua volta a domandare" (Dutt, 1995, pag. 29).

Sia che lo consideriamo come "irritazione" di sistemi autopoietici, sia che lo consideriamo come punto di partenza di un processo ermeneutico, la presenza del soggetto e della sua salute costituisce il vero punto di congiunzione delle diverse prospettive professionali sulla salute e rappresenta, in definitiva, il vero nodo critico della cosiddetta "interdisciplinarietà", di un confronto che chiede una "fusione degli orizzonti di senso" in una nuova scienza della salute.

In definitiva la Psicologia della salute sembra muoversi lungo un crinale che difficilmente può chiudersi in un quadro definitorio univoco. L'opzione sistemica e costruttivista non impedisce, anzi per certi aspetti implica la necessità di mantenere aperte le vie della ricerca e del dubbio. L'incertezza è un tratto che probabilmente rimarrà in modo stabile a caratterizzare la prospettiva epistemologica. La concettualizzazione è da tempo emancipata dalla univocità della relazione tra segno e referente e anche il dibattito sulla "salute" deve riconoscere la dipendenza molto forte dai contesti in modi che la rendono irriducibile ad una definizione unitaria. Non c'è, nei modi in cui si parla della salute e nei modi in cui essa viene rappresentata socialmente, nulla di simile a quel filo unitario che, nella metafora di Wittgenstein (1953), inutilmente cercheremmo in una corda, laddove invece si potrà cogliere il molteplice intreccio di fibre diverse.

La prassi, oltre alla riflessione teorica, consente tuttavia di intravedere qualche via d'uscita dalle diverse impasse critiche. E' la via che Gadamer sembra indicare e

dalla quale non ci si deve, naturalmente attendere alcuna risposta in chiave teoretica, ma piuttosto la “soluzione” entro un raggio d’azione pratico di antinomie per le quali non abbiamo ancora disponibile un “terzo” linguaggio.

La prospettiva teorica può riprendere il cammino proprio a partire da questo punto, laddove l’azione consente di “oltrepassare” la distanza che il linguaggio non può annullare. Non per questo dovrà rinunciare a “prendere posizione”, anche se dovrà imparare a convivere con l’incertezza e col carattere provvisorio delle proprie sistemazioni.

La sfida biopsicosociale al modello biomedico

Se dunque, come si è forse potuto evidenziare nel precedente paragrafo, i principali punti di forza operazionali della psicologia della salute sembrano imporre uno sguardo più ampio rispetto alla primitiva impostazione legata alla social cognition, resta ancora da discutere se è realmente utilizzabile l'opposizione tra modello biomedico e cornice biopsicosociale.

Secondo Odgen (2002) sono tre le direzioni fondamentali in cui la psicologia della salute scende in campo nella sfida al modello biomedico e nella costruzione di una "nuova" visione biopsicosociale: le cause psicosociali della salute e della malattia, l'integrazione dell'individuo, lo studio degli outcomes non medici.

Cause psicosociali della salute e della malattia

Secondo il modello biomedico le cause della malattia sono da ricercarsi nei virus, nei batteri, nelle lesioni, ecc., secondo il modello biopsicosociale, invece, lo stato di salute è influenzato non solo da fattori biologici, ma anche dai valori condivisi della società, dalle rappresentazioni sociali che variano a seconda della classe sociale, del genere, dell'età.... Infatti è il come un individuo valuta un agente stressante che incide sulla salute. Considerare un fattore come potenzialmente o altamente stressante porta ad *outcomes* diversi e influenza i comportamenti di salute; alti livelli di stress sono per esempio correlati con il fumare, il bere, con un'alimentazione scorretta o con lo scarso esercizio fisico. McKeown (1979) afferma che le malattie del XX secolo sono principalmente causate dal comportamento degli individui e dal ruolo dell'ambiente sociale; dall'altro lato, però, il ruolo del supporto sociale è di fondamentale importanza nel sostegno e nel percorso di guarigione. L'enfasi data alle credenze, ai comportamenti e ai fattori sociali mira a sviluppare una via alternativa al modello biomedico per comprendere realmente le cause della malattia.

L'integrazione dell'individuo

La separazione tra mente e corpo e la corrispettiva scissione e iperspecializzazione in campo biomedico nello studio di queste due parti ha portato a una descrizione dicotomica dell'individuo. La psicologia della salute, invece, tende ad integrare la mente e il corpo in una visione olistica e totale della persona avvicinandosi alle problematiche avanzate per primo da Merleau-Ponty della "mentalizzazione del corpo" e della "incarnazione della mente" (P. Braibanti 2003). Centrale in questa prospettiva è l'analisi del dolore contrapposta alla visione biomedica che divide il dolore in quello organico (reale) e psicogenetico (che riguarda la mente). Secondo, invece, *the Gate Control Theory* (Melzack e Wall 1965-82) il dolore va concepito come una percezione e interpretazione degli individui e dipende dalla valutazione degli stimoli fisici; secondo questa prospettiva la mente e il corpo sono inscindibilmente legati. Questa integrazione è suggerita anche dai

modelli contemporanei dello *stress*; per esempio secondo la Teoria Transazionale (Lazarus 1975) lo *stress* è il risultato della valutazione e dell'adattamento agli agenti fisici; la mente e il corpo si trovano dunque integrati nella creazione e nel vissuto di un'esperienza stressante.

Studio degli outcomes non medici

Secondo la tradizione biomedica la valutazione degli *outcomes* di una malattia deve essere oggettivo e descritto usando termini medici; la *psicologia della salute*, invece, considera la necessità di una valutazione personale e soggettiva, focalizzato sullo stato di salute dell'individuo e sulla qualità della vita. In questa direzione la ricerca ha cominciato ad esaminare gli interventi di salute in base al livello di soddisfazione dichiarato dai pazienti, alla loro *compliance* (aderenza) (Lay, 1988) e al loro cambiamento comportamentale (Kaplan, 1990). Secondo Kaplan, in particolare, le conseguenze sulla salute sono date da quei comportamenti che portano ai massimi benefici di salute coi minimi costi. Per il modello biopsicosociale gli *outcomes* sono dunque definiti in modo integrato enfatizzando le cause psicosociali e la personale definizione delle conseguenze.

Nonostante l'impegno diretto sul fronte della lotta al modello biomedico e a dispetto di una consistente apertura sistemica, la caratterizzazione biopsicosociale della psicologia della salute non impedisce che siano in realtà rintracciabili evidenti linee di contiguità, che Odgen riassume nel seguente modo:

Accettazione, nella pratica, della centralità del modello biomedico nella spiegazione della salute e della malattia fisica.

Nelle correnti spiegazioni, “factor such as behaviours, belief and stressors are not presented as alternatives, but as facilitating existing medical causes” (Odgen, 2002, pag. 81). Lo sfondo delle spiegazioni, infatti resta comunque quello della causalità biologica, della quale le componenti psicosociali costituiscono fattori di mediazione e mantengono un carattere fortemente interveniente. A ciò contribuisce il fatto che il ricorso a variabili psicologiche e di personalità nella spiegazione dell'eziopatogenesi delle malattie è tuttora, come si è visto in precedenza, abbastanza poco chiaro e convincente.

Mantenimento del dualismo e mente-corpo

Molto spesso le principali affermazioni in psicologia della salute prevedono un'interazione, piuttosto che una vera integrazione delle categorie mente e corpo che sono considerate piuttosto come entità separate che come espressione di una visione olistica dell'uomo. Questa concezione non viene ricondotta da Odgen ai termini del dualismo cartesiano, ma rivisitata alla luce dell'interpretazione di Foucault (1973). Secondo il filosofo francese, alla costruzione da parte della medicina, nel corso del diciannovesimo secolo, di un “corpo” fisico del tutto inedito

nella precedente tradizione culturale e nel senso comune, corrisponde, alla fine dello stesso secolo, la costruzione da parte della nascente psicologia di una concezione di una mente da analizzare, esaminare e descrivere in modo del tutto parallelo. Quindi la psicologia descrive il proprio oggetto, la mente, come separata e distinta dall'oggetto della medicina, il corpo, ed è essa stessa all'origine del problema che ora si prefigge di risolvere (cfr. Odgen, 2002, pag. 82). Come avremo modo di dire in seguito, stante questa interpretazione, la psicologia ha piuttosto bisogno di riguadagnare una diversa concezione della salute per poter agire una piena ricomposizione del dualismo mente corpo.

Costruzione di una mera riformulazione nella retorica psicosociale degli outcomes medici, non di una loro sostanziale trasformazione

Non v'è, in pratica, una chiara distinzione tra gli outcomes considerati dalla medicina e quelli richiamati dalla psicologia della salute. "Are the psychosocial outcomes of dysfunction, quality of life and subjective status different from medically defined morbidity? Are patient compliance and satisfaction a departure from a focus on the value on medical information and medical authority? And are behaviour changes such as smoking cessation and dietary improvements distinct from medical mediators of longevity?" (Odgen, 2002, pag. 83)

Ciò in realtà contribuisce a rafforzare la convinzione che il preteso nuovo modello si limiti ad aggiungere una dimensione psicosociale al modello biomedico, senza riuscire a scalarlo dalla sua posizione centrale nell'approccio alla salute e alla malattia. In realtà, il mondo medico è ampiamente consapevole della necessità di aprire la propria attenzione alle componenti psicosociali. Un esempio clamoroso è la centralità dell'approccio biopsicosociale nella formulazione delle categorie diagnostiche del DSM IV. Forse ancor più chiaramente, la pratica medica avverte la necessità di prestare attenzione al benessere psicologico e sociale dei pazienti (Balint, 1964; Freeling, 1983, Pill and Stott, 1982, Odgen, 2002). Occorre dire che lo scontro tra modello bio-medico e biopsico-sociale appartiene più alla retorica che alle concrete pratiche della medicina e della psicologia della salute dominante. Ciò nonostante la retorica di uno scontro tra modelli orienta e caratterizza la dialettica tra la biomedicina e gli approcci psicosociali alla salute, tiene aperte e definisce le aree di confine come aree di competizione interdisciplinare. Tuttavia, proprio per questo, il punto fondamentale è che la psicologia della salute fatica a svincolarsi da una accettazione del punto di vista della "patogenesi", di una correlazione tra esperienza clinica e centralità della "lesione sotto la pelle" che caratterizza fortemente la visione classica della medicina (Armstrong, 2002).

A noi sembra che il punto vero di discussione non sia quindi nella natura della sfida del modello biomedico rispetto al modello biopsicosociale, ma piuttosto quella tra una prospettiva orientata alla salute ed una persistentemente ancorata alla patologia. In questo senso, al di là delle retoriche, occorre riproporre con forza la necessità pratica di lavorare per una visione della salute integrata e positiva, superando artificiose barriere e confini retorici.

“Nell’antica mitologia greca, come noto, Esculapio aveva due figlie: una si chiamava Igea e l’altra Panacea. Mentre quest’ultima rappresentava l’impegno continuo di ricerca e di “cura” nei confronti della malattia in tutte le sue forme, la prima era conosciuta come la dea della salute e della prevenzione. Anche nella storia millenaria della medicina, si riconosce quindi il volto della salute e non solo quello della patologia. Se è vero che il grande progresso della medicina di questi ultimi due secoli è caratterizzato dalla prevalenza di attenzione per la malattia, sarebbe un grave errore creare una sorta di divaricazione fra approccio medico e approccio psicologico, collocando il primo lungo il crinale patogenetico e il secondo in quello salutogenetico. Si tratta di due orientamenti assolutamente complementari nei quali si devono riconoscere pari responsabilità sia per lo psicologo che per il medico, anche se esercitate con diverse e specifiche competenze. Credo che sia legittimo attenderci oggi un passo visibile lungo la strada di Igea, anche da parte della medicina. L’attenzione della medicina è stata massivamente rivolta a capire come difendere il corpo e “restaurare” la norma dagli assalti dell’ambiente interno e esterno, mentre ben poco è stato fatto per salvaguardare e, meno ancora, per accrescere la “capacità di normatività” (Bertini, 2002, pag.).

Fattori psicosociali coinvolti nella cura

Benessere soggettivo e ben-essere psicologico

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948) ha definito la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e non solamente come l’assenza di disagio o di malattia. L’orientamento del modello malattia che ha prevalso fino ad ora è stato di considerare il benessere e il malessere come due fenomeni contrapposti. Bertini (2012) sottolinea l’importanza di analizzare la complessità dei fenomeni, auspicando l’abbandono di una visione bipolare per giungere a una concezione bivariata della salute. In particolare, la relativa indipendenza delle due dimensioni di salute e malattia “mette a fuoco il tema centrale della co-presenza di mal-essere/benessere e della loro possibile integrazione” (Bertini, 2012, 124).

Diversi autori, come Antonovsky (1987) e Ryff e Singer (1998), hanno criticato l’approccio tradizionale bio-medico proponendo rispettivamente il concetto di “salutogenesi”, che descrive uno stato di benessere e di salute caratterizzato dalla presenza di competenze, di risorse positive e di funzionamento ottimale a livello emotivo, cognitivo e comportamentale, e il concetto di “salute positiva”, che implica una visione globale dell’individuo e un’attenzione specifica per i meccanismi fisiologici che sottendono gli stati di benessere.

Negli ultimi anni numerose ricerche hanno evidenziato l’importanza di considerare il contributo del funzionamento psicologico e psicosociale dell’individuo

sullo stato di salute. Si è visto come la demoralizzazione, lo stress, l'ansia, la depressione e altre condizioni di sofferenza possano influenzare e compromettere lo stato di salute, rappresentando fattori di rischio per lo sviluppo e l'esacerbazione di malattie fisiche (Glaser et al., 1999; Kiecolt-Glaser et al., 2002; Steptoe, 2006; Cohen et al., 2007; Chida e Steptoe, 2010; Goldman-Mellor et al., 2010). La maggior parte di queste ricerche è partita dal presupposto che la presenza di benessere eserciti un ruolo positivo sulla salute fisica e mentale, indipendentemente dalle condizioni di disagio psicologico (Steptoe et al., 2009).

Le due grandi linee di ricerca riguardano il "benessere soggettivo", in cui prevale l'orientamento allo studio di standard soggettivi del vissuto di "star bene" e il "benessere psicologico", cioè "lo sforzo di individuare le dimensioni oggettive di quello che si potrebbe definire un buon funzionamento psicologico" (Bertini, 2012, 49). Secondo la prospettiva adottata da Bertini, è nel versante del ben-essere psicologico che si sta aprendo per la psicologia l'orizzonte verso la costruzione di una vera scienza del ben-essere.

Storicamente, le ricerche in questo campo si sono divise in due filoni contrapposti: edonico (Kahneman et al., 1999) ed eudaimonico (Waterman, 1993). L'edonico, con radici nella corrente filosofica epicurea, è centrato sullo studio scientifico del "benessere soggettivo" definito da una dimensione affettiva (presenza di emozioni positive e assenza di emozioni negative) e da una cognitiva (livello di soddisfazione di vita). Il secondo filone, eudaimonico, ispirato dalla filosofia aristotelica e dagli psicologi esistenzialisti e umanisti, utilizza il termine "benessere psicologico" per riferirsi principalmente all'autorealizzazione del proprio potenziale, alle risorse, ai sentimenti di espressività personale e alla costruzione di significati e alla condivisione di obiettivi (Ryff e Keyes, 1995). Il modello di benessere edonico proposto da Diener (1984) è stato definito "soggettivo", proprio perché si focalizza sulla valutazione personale compiuta dall'individuo quando gli viene chiesto di giudicare la propria vita. Secondo Diener le persone valutano la propria esperienza non in base alle condizioni oggettive, ma in base alla percezione che hanno del proprio benessere.

Le componenti del "benessere soggettivo" sono essenzialmente due: una di tipo emotivo, che consiste nella presenza di affetti positivi (la componente sentimentale delle emozioni) e nell'assenza (o bassi livelli) di quelli negativi e una di tipo cognitivo, la soddisfazione di vita, che riflette la valutazione cognitiva compiuta dalla persona per giudicare quanto apprezzi la propria vita. Il concetto di "benessere soggettivo" è spesso impiegato in maniera interscambiabile con quello di "felicità": massimizzare i livelli di benessere di una persona significa, in sostanza, promuoverne o incrementarne il grado di felicità, che aumenta tanto più gli affetti positivi superano quelli negativi (Ryan e Deci, 2001).

Per quanto riguarda il secondo filone di studi sul "funzionamento psicologico positivo" o "salute mentale positiva", per lungo tempo ha prevalso una concezione del benessere come "assenza di sintomi di malessere" (valutata con gli strumenti che misuravano i sintomi di disagio, quali ad esempio, ansia e depressione). Si è

ritenuto anche che l'esperienza emozionale a breve termine e i giudizi di soddisfazione fossero troppo restrittivi.

Uno dei limiti di questi costrutti è il fatto che non erano nati con lo scopo di definire la natura dell'esperienza ottimale, e pertanto mancavano di una teoria sottostante (Ryff, 1989).

Un contributo importante negli studi tassonomici del "ben-essere psicologico" riguarda il lavoro della psicologa americana Carol Ryff (1989). La cornice teorica di riferimento da lei proposta nasce da un'integrazione e da una sistematizzazione delle principali teorie che descrivevano, da punti di vista diversi ma a volte sovrapposti, tutti gli aspetti del funzionamento psicologico positivo. In particolare, le teorie da cui ha sviluppato il modello di benessere psicologico erano le seguenti: i criteri di "salute mentale positiva" proposti da Jahoda nel 1958 (nutrire atteggiamenti positivi verso se stessi, crescere, svilupparsi, mostrarsi autonomi, comprendere e gestire efficacemente il proprio contesto di vita, coltivare relazioni sociali soddisfacenti e sentirsi integrati), alcuni concetti della psicologia clinica (la "realizzazione del sé" proposta da Maslow nel 1968, il "processo di individuazione" identificato da Jung nel 1933, il "funzionamento completo della persona" sviluppato da Rogers nel 1961 e quello di "maturità" teorizzato da Allport nel 1961) e, infine, due modelli della psicologia dello sviluppo (il "modello di sviluppo psicosociale" di Erikson del 1959 e la "teoria sui cambiamenti della personalità durante l'età adulta e l'invecchiamento" di Neugarten del 1973).

Considerando questi diversi contributi teorici, Ryff ha proposto un modello multidimensionale del benessere che comprende sei componenti: autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo nella vita e auto-accettazione.

L'autonomia corrisponde all'autodeterminazione e all'indipendenza, alla capacità di giudicare le persone e le situazioni secondo standard personali; comporta la capacità di resistere alle pressioni sociali che spingono a pensare e ad agire in determinati modi e alla regolazione interna del comportamento.

La padronanza ambientale consiste nel possedere un senso di controllo del proprio ambiente, lavorativo, familiare e sociale; nel possedere un senso di competenza nel gestire l'ambiente, la capacità di cambiarlo, di coglierne le opportunità offerte e di scegliere o creare contesti adeguati per bisogni e valori personali.

La crescita personale implica sentimenti di continuo sviluppo della persona lungo le varie fasi della vita; comporta l'essere aperti a nuove esperienze ed essere in grado di affrontare le nuove situazioni che si presentano; avere la sensazione di realizzare le proprie potenzialità, vedere miglioramenti in se stessi e nel proprio comportamento che riflettono una maggiore conoscenza di sé ed efficacia; è, quindi, uno sviluppo continuo e creativo della propria personalità (autorealizzazione).

La dimensione delle relazioni positive con gli altri è universalmente riconosciuta come legata al benessere. Enfatizza l'importanza di relazioni interpersonali calorose, soddisfacenti e caratterizzate da fiducia ed empatia; corrisponde al mostrare interesse per il benessere altrui, all'essere capaci di empatia, affetto, intimità; e infine al comprendere la reciprocità propria delle relazioni umane.

Lo scopo di vita consiste nell'aver mete e obiettivi da raggiungere lungo tutto l'arco della vita; include un senso di direzionalità, la sensazione che la propria vita presente e passata abbia un significato, l'aver credenze che forniscano uno scopo alla vita. Comporta, quindi, l'integrazione delle diverse esperienze passate, anche negative, in una considerazione globale della vita come piena di significato e di direzionalità.

L'auto-accettazione include il senso di autostima e considerazione positiva di sé, pur riconoscendo e accettando le proprie qualità positive e negative; implica il sentirsi sicuri di se stessi, anche accettando le proprie debolezze, e l'aver sentimenti positivi verso la vita passata.

Queste sei dimensioni sembrano contribuire a promuovere la salute fisica ed emotiva, ed esercitano un "effetto tampone" nel far fronte allo stress e un impatto favorevole sul decorso delle malattie (Ryff & Singer, 1998). Pur non esente da critiche (Contrada, 1998), si tratta di un importante tentativo di individuare i contorni più specifici della "salute positiva".

Studi successivamente condotti hanno messo in luce differenze significative in alcune delle sei dimensioni, in relazione a sesso ed età. Per esempio è emerso che la crescita personale e lo scopo nella vita decrescono con l'aumentare dell'età, mentre la padronanza ambientale aumenta col passare degli anni. Le donne mostrano livelli più bassi di benessere rispetto agli uomini in tutte le dimensioni eccetto le relazioni positive con gli altri (Ryff, 1989; Ryff e Singer, 1996).

Il ben-essere psicologico assume un ruolo di fondamentale importanza in ambito clinico, costituendo un fattore protettivo in grado di innescare processi fisiologici a feed-back positivo che possono aumentare le difese immunitarie, favorire processi di guarigione e recupero, stimolare processi di crescita cellulare (Ryff et al., 2004; Ryff e Singer, 2002). Recenti studi hanno messo in luce il ruolo del ben-essere psicologico nell'influenzare la vulnerabilità individuale alla malattia e la qualità della vita e innescare circuiti positivi di protezione e potenziamento della salute.

Ryff e Singer (2002) in uno studio longitudinale hanno riscontrato che le persone, soprattutto le donne, con punteggi elevati in alcune delle dimensioni del ben-essere psicologico hanno valori inferiori di carico allostatico. Le donne con livelli più alti di "crescita personale" e di "autonomia" presentano, tuttavia, un maggiore carico allostatico. Sembra quindi che alcuni aspetti del benessere psicologico attivino una risposta fisiologica di stress, proprio perché per essere realizzati richiedono molto impegno e sforzo da parte dell'individuo. In questo studio italiano condotto da Ruini e colleghi (2003) le donne hanno mostrato livelli inferiori di benessere rispetto agli uomini e questa differenza appare più evidente nella validazione italiana delle PWB rispetto al campione americano. Rispetto all'età, sono stati riscontrati punteggi più elevati in tutte le dimensioni, tranne che nella padronanza ambientale, nel sottogruppo più giovane.

Strategie che favoriscano l'emergere del ben-essere psicologico potrebbero essere efficaci per migliorare la qualità della vita, lo stile di coping ed il supporto sociale, per contrastare il senso di demoralizzazione connesso a qualsiasi disturbo di natura cronica (Ruini e Fava, 2004).

Va doverosamente sottolineato come i pazienti ospedalizzati o con malattie croniche presentino, con tassi di prevalenza variabili un disturbo depressivo maggiore o minore. Queste condizioni, oltre ad avere un impatto negativo sulla qualità della vita, possono peggiorare la prognosi della malattia, indipendentemente da altri fattori di tipo medico. La presenza di depressione rappresenta dunque un fattore di rischio pari a quelli considerati tradizionalmente. Il modello malattia, che prevede interventi mirati esclusivamente a curare il disagio psicologico, può essere opportunamente affiancato in contesti di cura alla promozione del benessere e alla costruzione della salute, quale compito altrettanto importante e imprescindibile, che potrebbe portare a risultati migliori nel tempo.

Supporto sociale

Numerosi studi hanno evidenziato che le variabili psicosociali possono concorrere all'insorgenza patologie e avere un'influenza sui percorsi di cura (Cohen e Herbert, 1996). Tra queste variabili una crescente attenzione è assegnata al supporto sociale sia intra che extra familiare (Cohen et al., 2000).

Il supporto sociale, oggetto di diverse descrizioni, è un concetto generale e complesso, difficilmente inquadrabile con un'unica definizione. Secondo Cobb (1976), il supporto sociale è determinato dalla presenza di informazioni che portano una persona a credere di essere desiderata e amata, apprezzata e tenuta in considerazione e/o di appartenere a una rete caratterizzata da comunicazione e impegno reciproci. Lin e colleghi (1979) lo definiscono come il supporto al quale un individuo può accedere attraverso i legami sociali con altri individui, gruppi e la comunità più ampia. Secondo Thoits (1982), il supporto sociale è il grado in cui i bisogni sociali di base di una persona (affetto, stima, approvazione, senso di appartenenza, identità e sicurezza) sono gratificati attraverso l'interazione con altre persone che forniscono aiuto emotivo o strumentale. Procidano e Heller (1983), sottolineando la centralità della percezione del ricevente, descrivono il supporto sociale come il grado in cui un individuo crede che i suoi bisogni di ricevere supporto, informazioni e feedback siano soddisfatti. Sandler e Barrera (1984) lo considerano un bisogno di base che le persone devono soddisfare per raggiungere il senso di benessere. Secondo Shumaker e Brownell (1984), il supporto sociale è caratterizzato dalla reciprocità tra chi lo fornisce e chi lo riceve: è uno scambio di risorse tra almeno due persone, con lo scopo di migliorare il benessere del ricevente. Cohen e colleghi (2000) lo identificano con le risorse sociali che le persone percepiscono come disponibili o che sono effettivamente loro fornite da altri e non per dovere professionale, nel contesto sia di gruppi formali sia di relazioni di aiuto informali.

Il supporto emotivo è la tipologia più studiata, ma sono state identificate anche altre forme di supporto, tra cui quello informativo, valutativo e strumentale. Sono state inoltre proposte le distinzioni tra supporto strutturale e funzionale e tra supporto effettivamente ricevuto e percepito come disponibile (Barrera, 1986; Gottlieb e Bergen, 2010).

Negli anni '70, studi scientifici hanno cominciato a documentare una correlazione significativa tra scarso supporto sociale e rischio di mortalità e morbilità, soprattutto per le malattie cardiovascolari e oncologiche (Cassel, 1976; Cobb, 1976). Queste prime evidenze hanno dato slancio a un numero crescente di ricerche sul valore predittivo del supporto sociale nell'esordio e nel decorso delle malattie medico-internistiche (Reblin e Uchino, 2008). E' stato suggerito che il supporto sociale svolga un'azione protettiva sulla salute psicofisica delle persone sia in modo diretto sia con un effetto "tampone" nei confronti degli effetti negativi dello stress (Cohen e Wills, 1985).

Per esempio, un supporto sociale insufficiente e significativamente correlato a un aumentato rischio di sviluppare un disturbo coronarico e a una prognosi più sfavorevole nei coronaropatici e nei soggetti con scompenso cardiaco (Barth et al., 2010). Nella loro rassegna, Barth e colleghi (2010) hanno differenziato gli effetti del supporto funzionale e di quello strutturale sia nelle ricerche eziologiche sia in quelle prognostiche. In queste ultime hanno registrato la durata di sopravvivenza dei pazienti con infarto del miocardio o con diagnosi di coronaropatia per periodi di tempo che variano dai 6 mesi ai 14,5 anni (Barth et al., 2010). Uno scarso supporto funzionale si associa a una diminuita durata di sopravvivenza nei pazienti con disturbi cardiovascolari. Per quanto riguarda il supporto strutturale non è chiaro se esso sia nei cardiopatici un predittore indipendente di mortalità. Il supporto sociale contribuisce a fornire alle persone le risorse pratiche e emozionali di cui hanno bisogno per affrontare gli eventi di vita (Bertolotti, 1998).

La carenza di supporto sociale è inoltre significativamente correlata a una più veloce progressione dell'aterosclerosi coronarica nei pazienti cardiopatici (Angerer et al., 2000; Wang et al., 2005). Nello scompenso cardiaco la carenza di supporto e l'isolamento sociale sembrano predire un decorso clinico sfavorevole, caratterizzato da frequenti ospedalizzazioni e un aumentato rischio di mortalità e di eventi cardiovascolari (Vinson et al., 1990; Krumholz et al., 1998; Friedmann et al., 2006; Spaderna et al., 2010; Chung et al., 2011). Gli studi sull'ictus dimostrano che la presenza di un buon livello di funzionamento familiare è associato a un maggior mantenimento dei risultati a lungo termine e ad una più alta soddisfazione del paziente alla fine del periodo riabilitativo (Clark e Smith 1998). Il funzionamento familiare è risultato essere associato allo stile di vita e allo stato di salute raggiunti dai pazienti nei mesi successivi alla riabilitazione cardiologica (Clark e Smith, 1999; Reblin e Uchino, 2008). I familiari manifestano principalmente bisogni di informazione (condizioni del paziente, risorse disponibili e opzioni di trattamento), di rassicurazione e di accettazione (Hickey, 1990).

Nell'ambito della letteratura sui fattori familiari nelle malattie medicointernistiche, si individuano principalmente tre aree di ricerca che esaminano rispettivamente l'influenza dei fattori familiari sulla vulnerabilità alla malattia e sul trattamento, l'impatto e le conseguenze della malattia sulla famiglia e l'efficacia degli interventi familiari. La letteratura è ricca di ricerche che mettono in luce che le condizioni di salute fisica e mentale dei familiari di persone con patologie croniche sono altamente a rischio. Nel periodo immediatamente successivo alla dimissione dall'ospedale, i familiari dei pazienti sperimentano alti livelli di stress,

tensione fisica e mentale, esacerbazione di problemi di salute, incertezza e vulnerabilità (Given et al., 2001; Holden et al., 2002).

Interventi e prospettive di sviluppo in alcuni quadri clinici

Oncologia

“Per cancro, tumore, malattia neoplastica si intende un insieme di circa 200 malattie caratterizzate dalla crescita cellulare incontrollata, svincolata dai normali meccanismi di controllo dell’organismo, e identificate come tali dalla Classificazione Internazionale delle Malattie per l’Oncologia (ICDO)” (AIRTUM, 2015). Le cause dell’insorgenza di tale patologia sono determinate da una serie di fattori interni (mutazioni genetiche, ormoni, funzionalità dell’apparato immunitario) ed esterni (legati sia all’ambiente di vita e di lavoro che allo stile di vita) che, agendo in modo sinergico e prolungato nel tempo, determinano delle progressive alterazioni di tipo genetico, morfologico e funzionale.

Nel 2015, in Italia, si sono stimate circa 363.000 mila nuove diagnosi per tumore maligno (dati che escludono i carcinomi della cute, circa 67 mila casi stimati separatamente) con un’incidenza maggiore tra la popolazione maschile (54% - circa 194.000) rispetto a quella femminile (46% - circa 169.000) (AIRTUM, 2015).

Nella popolazione nel suo complesso, il tumore della mammella è diventato il tumore più frequente (14% del totale), seguito dal tumore del colon retto (13%); seguono il tumore della prostata (11%), il tumore del polmone (11%) e i tumori della vescica (7%).

Le indagini epidemiologiche degli ultimi decenni hanno attentamente analizzato la diffusione dei vari tumori, permettendo così di risalire al ruolo esercitato dall’ambiente e dalle abitudini di vita nella genesi della patologia.

L’importanza del considerare i fattori psicosociali nella malattia oncologica

In letteratura sono numerosi gli studi che hanno verificato l’associazione fra abitudini di vita e sviluppo di una malattia neoplastica, in particolar modo i principali comportamenti studiati riguardano l’alimentazione, l’abuso di alcool e il fumo (Falcini, 2002).

Fattori psicosociali soggettivi possono modificare il comportamento e le abitudini di vita, che a loro volta possono deprimere la risposta immunitaria o facilitare l’esposizione ad agenti cancerogeni (Kiecolt-Glaser, Glaser, 1988). I comportamenti “dannosi” per la salute vengono messi particolarmente in atto da alcune persone in risposta a situazioni stressanti (Conway et al., 1981).

Oltre ai fattori di rischio la letteratura in campo psicologico ha indagato le reazioni a livello psicologico ed emotivo associate alla diagnosi di cancro; a partire dagli studi di Elizabeth Kubler-Ross è stato formulato quindi un modello che può variare da persona a persona che comprende (Barraclough, 2001):

-Shock, stordimento o incredulità nel momento in cui viene presentata la diagnosi; tale fase dura non più di pochi giorni e non sempre si verifica.

-Angoscia, ansia, rabbia, contrattazione e protesta. Spesso questa fase dura diverse settimane.

-Tristezza e disperazione. Anche questa fase può avere una durata di alcune settimane.

-Graduale accettazione e adattamento.

-Rispetto alle variabili soggettive che influenzano l'adattamento alla malattia la letteratura individua tre tipologie di fattori:

- Fattori Medici, ossia la tipologia e la gravità della patologia (Foley et al., 2006), oltre che l'invasività dei trattamenti, soprattutto in termini di effetti collaterali (Eller et al., 2006).
- Fattori demografici, tra cui l'età (Cimprich et al., 2002), genere (Thomè, Hallberg, 2004), status socio-economico (Clerkin et al., 2005). In particolare le ricerche sostengono che vi sia un maggior impatto sulla qualità della vita in soggetti giovani, nelle donne e in persone in condizioni economiche disagiate.
- Fattori psicosociali, tra i quali, caratteristiche di personalità e in particolare lo stile di coping (Costanzo et al., 2006), autostima (Tomich, Helgeson, 2006). A queste si aggiungono il coinvolgimento nel processo decisionale relativo al proprio percorso di cura (Hack et al., 2006), la percezione di controllo (Shapiro et al., 2001) e la percezione di un buon supporto sociale da parte dei familiari e del personale sanitario (Roberts et al., 2006).

In particolare, ricerche recenti in letteratura risultano essere concordi sul considerare il supporto sociale come una delle variabili maggiormente predittive dell'adattamento psicologico alla malattia neoplastica (Broadhead, Kaplan, 1991; Harrison, Maguire, 1994; Pinder et al., 1994; Torta, Mussa, 1997).

L'intervento psicologico nell'équipe di cura

Oltre agli interventi di prevenzione primaria finalizzati a modificare e ridurre i comportamenti a rischio associati all'insorgenza di una patologia oncologica la psicologia, all'interno del contesto ospedaliero, può raccordarsi con i diversi professionisti all'interno dell'équipe multidisciplinare per supportare il paziente durante il percorso di cura.

Gli interventi psicologici con pazienti affetti da malattia neoplastica sono pensati per supportare il paziente e la propria famiglia nell'adattamento e nella gestione del proprio percorso di cura. Essi si differenziano in psicosociali, per aiutare il paziente a ridurre il distress associato all'insorgere della patologia e migliorare la qualità della vita sia nel momento post diagnosi, sia durante il percorso di cura che in caso di recidiva (Goodwin et al., 2001; Sheard, Maguire, 1999) e in psicoeducativi, pensati per supportare il paziente nell'accrescere le proprie conoscenze rispetto alla gestione della propria patologia e nel ridurre i possibili comportamenti a rischio o dannosi per la propria salute (Fawzy, Fawzy, 1998).

Gli interventi si distinguono in base al target (pazienti recentemente diagnosticati, sopravvissuti al cancro, durante il percorso di cura, etc), agli obiettivi dell'intervento (modificare comportamenti a rischio, ridurre gli effetti del distress psicologico, migliorare le strategie di coping per affrontare la patologia) e alla tipologia di intervento (counselling individuale, terapia di gruppo, interventi a livello di comunità) (Kennedy, Llewelyn, 2006).

Parkinson

Il Parkinson è una malattia neurologica cronica caratterizzata da tremore, rigidità e lentezza dei movimenti, la cui causa scatenante è tutt'ora sconosciuta. Tale patologia è causata dalla degenerazione delle cellule del sistema nervoso centrale, localizzate in una zona del cervello chiamata substantia nigra, all'interno della quale vi sono i neuroni deputati alla produzione della dopamina, neurotrasmettitore endogeno, implicata nel controllo delle funzioni motorie nel cervello (Pezzoli e Tesei, 2001).

La malattia di Parkinson presenta una etiologia multifattoriale: essa deriva probabilmente da una combinazione fra eredità poligenica, esposizione ambientale ed interazione tra geni ed ambiente (Lew, 2007).

La diagnosi di morbo di Parkinson rimane prevalentemente clinica e si basa sulla presenza di tre sintomi: il tremore in condizioni di riposo, la rigidità, la bradicinesia (lentezza dei movimenti automatici) e, in una fase più avanzata, l'instabilità posturale (perdita di equilibrio).

Accanto ai sintomi motori, possono insorgere disturbi cognitivi quali difficoltà a livello di funzioni cognitive e attentive, una compromissione della memoria, difficoltà visuospatiali, soprattutto nelle fasi più avanzate (Parnetti e Calabresi, 2006), rallentamento psicomotorio, che si traduce in una minore velocità di elaborazione delle informazioni e dei tempi di reazione (de Frias et al., 2007)

L'età media di insorgenza della patologia è sessant'anni ma possono esserci casi anche di sviluppo precoce intorno ai quaranta-cinquant'anni (Pruneti, 2012).

L'importanza del considerare i fattori psicosociali nella malattia di Parkinson

Adottare un approccio bio-psico-sociale alla presa in carico della malattia di Parkinson significa prendere in considerazione nel percorso di cura della persona non solo le dimensioni fisiche, biologiche ma anche quelle psicologiche e sociali associate al decorso della patologia. Numerosi studi mostrano come fattori di stress minori possono portare un aumento della sintomatologia, quali tremore e rigidità. La malattia di Parkinson si caratterizza per la sua “dimensione sociale” nella manifestazione dei sintomi, a differenza di patologie quali il diabete, che possono essere gestite “privatamente” i sintomi motori propri di questa patologia degenerativa suscitano reazioni immediate negli altri, ciò può influenzare la vita sociale del soggetto. A questo si aggiunge l'impossibilità da parte della persona di esercitare un controllo sul proprio corpo, ciò può suscitare stati emotivi negativi quali rabbia, frustrazione etc. che possono influenzare negativamente l'espressione dei sintomi, facendoli aumentare.

La malattia di Parkinson si associa frequentemente a complicanze quali ansia, depressione e mania (Zesiewicz et al., 2006); altri sintomi secondari all'utilizzo di farmaci dopaminoagonisti sono psicosi, disturbo ossessivocompulsivo, gioco d'azzardo patologico e altri disturbi del controllo degli impulsi.

L'intervento psicologico all'interno di un'équipe multidisciplinare

Lo psicologo, insieme all'équipe multi professionale, è chiamato a interagire con gli altri professionisti per accompagnare il paziente nel percorso clinico, dal momento della diagnosi, al decorso della patologia. I possibili interventi riguardano principalmente due dimensioni, quella neuropsicologica di valutazione e riabilitazione rispetto alle funzioni cognitive, quali memoria e attenzione e quella clinica e psico-educativa rivolta sia al paziente che al caregiver. Quest'ultima si concentra non solo sulla sintomatologia a livello psicopatologico, ma anche sulla promozione di un maggior adattamento e qualità della vita sia per il paziente che per il caregiver sostenendo le risorse e i fattori protettivi.

La cura della sintomatologia depressiva nei pazienti con la malattia di Parkinson rappresenta tra gli altri un obiettivo terapeutico rilevante, considerando le ripercussioni non solo sulla Qualità di Vita del paziente stesso ma anche su quella dei caregiver. Accanto a tale intervento, l'identificazione dei principali fattori di stress permette di costruire un migliore sostegno alla persona o al sistema familiare.

La malattia di Parkinson, proprio per la sua cronicità richiede al paziente e ai suoi familiari una ridefinizione dei ruoli e della propria vita in termini lavorativi, sociali e più in generale di salute.

La letteratura definisce quali fattori di stress per il caregiver la gravità della patologia e la presenza di depressione, allucinazioni e confusione mentale nel paziente, a questi si associano la quantità di tempo dedicata alle attività di assistenza (Schrag et al., 2006); tutti questi fattori hanno un'influenza profonda

sulla qualità della vita sia della persona affetta da malattia di Parkinson, che sui suoi caregiver.

L'intervento psicologico a supporto del paziente è pensato per promuovere un maggior adattamento rispetto alla malattia, costruendo una propria psychological ownership, una titolarità nel proprio progetto di vita, anche nel momento in cui questo viene investito da una patologia. È possibile inoltre prevedere degli interventi di sostegno psicoeducativo al fine di promuovere l'autonomia funzionale del paziente, in modo da mantenere una buona qualità della vita sia del paziente che della propria famiglia (Bhatia e Gupta, 2003). Gli interventi a favore dei caregiver sono pensati per supportarli nel far fronte, anche dal punto di vista emotivo e delle possibili strategie di coping, alle difficoltà che emergono nel corso della malattia (Ricci Bitti, 2006).

Diabete

(a cura di A. Caffi, F. Gatti, V. Zanchi)

Il Diabete Mellito, o DM, comprende un gruppo di disturbi metabolici accomunati dal fatto di presentare una persistente instabilità del livello glicemico del sangue. E' una malattia cronica caratterizzata da iperglicemia, cioè da un aumento degli zuccheri (glucosio) presenti nel sangue, causata da una ridotta secrezione di insulina da parte del pancreas o dalla combinazione di ridotta secrezione di insulina e di resistenza dei tessuti periferici ad essa. Esistono principalmente due principali forme di diabete:

il diabete di tipo 1, che colpisce una popolazione giovane che necessita di insulina in quanto il pancreas non ne produce;

il diabete di tipo 2, che colpisce una popolazione prevalentemente anziana, caratterizzata (spesso ma non sempre) da un eccesso di peso, trattata con antidiabetici orali e dieta, in alcuni casi è necessario un trattamento insulinico.

Attualmente il diabete mellito ha assunto importanza sociale per il progressivo aumento dell'incidenza della malattia. Ciò è legato anche ad un regime di vita che, in seguito al benessere economico, è sempre più sedentario ed ha favorito un'alimentazione eccessiva rispetto al fabbisogno energetico.

I fattori psicosociali:

Il ruolo di fattori ansiogeni e stressanti sul controllo glicemico è già stato approfondito in letteratura: di fronte ad un evento stressante l'organismo reagisce con un aumento degli ormoni che ha effetto iperglicemizzante e che provoca una diminuzione dei livelli plasmatici di insulina con conseguente aumento dei valori glicemici. Attualmente si ritiene che gli eventi di vita ansiogeni e stressanti non possano di per sé causare la malattia diabetica; essi possono, piuttosto, scompensare

uno stato prediabatico inducendo il diabete conclamato, oppure aggravare i disturbi metabolici della malattia già in atto.

Qualunque sia l'eziologia del diabete l'andamento della malattia, come in genere in tutte le patologie croniche, è, comunque, influenzato da fattori psicologici e allo stesso tempo comporta particolari difficoltà psicologiche, trattandosi di una condizione fisica con la quale si deve fare i conti quotidianamente. La diagnosi di malattia diabetica, infatti, provoca innanzitutto un drastico cambiamento nello stile di vita. Di fatto, il diabete mellito condiziona in modo rilevante la vita quotidiana di chi ne è affetto, imponendo l'obbligo di una terapia cronica e di uno stile di vita, particolarmente onerosi, che possono comportare una serie di ripercussioni psicologiche. Un percorso efficace di education/counselling deve essere il più possibile personalizzato e adattato alle varie fasi della malattia, allo stile di vita e alle caratteristiche di personalità del paziente.

L'evento malattia, spesso, irrompe nella famiglia improvvisamente, sconvolgendo gli equilibri relazionali ed affettivi preesistenti, qualunque essi siano, funzionali o meno.

Primo fondamentale problema è l'accettazione della diagnosi, spesso accolta da un vero e proprio rifiuto: per superarlo, il paziente deve riuscire ad arrivare ad assumersi la responsabilità della propria salute, convincendosi che, se seguirà con regolarità e attenzione la terapia, le norme di autocontrollo e i corretti comportamenti alimentari, potrà gestire bene la situazione. In altre parole, deve capire che la possibilità di stare bene, pur con il diabete, c'è ed è nelle sue mani. Essenziali in questa fase sono l'aiuto del diabetologo e dello psicologo, ma anche la condivisione dell'esperienza con altri diabetici.

Un ulteriore problema nasce, però, dal rapporto con gli altri, i non diabetici, dal timore di non essere accettati, di essere oggetto di sciocchi pregiudizi, di essere considerati "diversi". La reazione più frequente della persona diabetica è quella di tacere il proprio stato: ciò in realtà può essere causa di maggiore stress che parlarne apertamente. La questione psicologica si deve dunque allargare anche ai soggetti che diabetici non sono, perché dalla loro comprensione della realtà, senza preconcetti, non può che venire un grande beneficio al diabetico. La diffusa e generale consapevolezza da parte di tutti di che cosa sia il diabete e del modo corretto di affrontarlo è, quindi, di fondamentale importanza per il superamento del disagio psicologico, spesso figlio della paura del singolo e dell'incomprensione altrui.

Approccio multidisciplinare

Il problema del malato cronico va considerato soprattutto in base alla globalità della persona. Nel diabete il rapporto tra aspetti somatici, psicologici e sociali è particolarmente complesso: la situazione emotiva spesso è determinante nel favorire o peggiorare l'andamento della malattia.

Ne consegue che l'accettazione della propria situazione costituisca solo il primo passo verso un equilibrio che permetta di convivere con la propria malattia.

Balint parte dal presupposto che nel rapporto medico-paziente, sussista un enorme potenziale terapeutico non sfruttato. Il clima psicologico di tale rapporto influenza fortemente il corso della malattia, soprattutto se cronica. Dove si riesce a stabilire precocemente una buona relazione con il diabetologo e con i clinici in generale, vi è una maggiore accettazione della realtà di malattia. Si può parlare di "effetto placebo del medico": formulare una diagnosi, spiegarla in termini accessibili, ha già un effetto psicoterapeutico. Dobbiamo a Balint la descrizione di come medico e paziente partecipino, allo stesso, modo al processo di "etichettamento e organizzazione" della malattia (importanza della qualità dell'ascolto).

Questo approccio prevede, quindi, la valorizzazione di un lavoro di squadra, ossia di tutte quelle figure sanitarie che si occupano del paziente diabetico, attraverso il quale realizzare interventi mirati operando in sintonia, sia pure nelle diverse sfaccettature dei propri ruoli professionali. Il paziente e la sua famiglia, infatti, hanno bisogno di cogliere un'atmosfera omogenea in cui i diversi operatori con i loro comportamenti sanno comunicare sentimenti di condivisione, partecipazione attiva, disponibilità ed ascolto, riuscendo a trasmettere un sentimento di fiducia, sicurezza e valore nei riguardi del ruolo che ciascun operatore ricopre; i diversi professionisti devono essere come tasselli integranti di un sistema che lavora proficuamente valorizzando ogni singola sua parte, il cui valore può essere, quindi, trasmesso all'esperienza del singolo in una dimensione dinamica e multifattoriale. Da tali osservazioni, scaturisce l'esigenza da parte degli operatori sanitari di adottare un approccio alla malattia diabetica che, all'interno di un modello "multifattoriale", cerchi di individuare sempre più chiaramente sia gli eventuali fattori psicogenetici correlati al diabete, sia le notevoli implicazioni psicologiche che il diabete ha sulla personalità dei pazienti stessi.

Ruolo dello psicologo:

Un ruolo molto importante dello psicologo è, pertanto, quello di accompagnare la persona nel lungo cammino che porta ad accettare il diabete e soprattutto la strana sfida lanciata dal Team, e a gestirla in prima persona modificando il proprio stile di vita. Anche in diabetologia, infatti, un compito dello psicologo è affiancare la persona che lo desidera in un percorso che lo aiuti a cogliere le opportunità offerte dallo staff curante e ad assumere pienamente il ruolo di protagonista e attore della terapia. L'incontro o un ciclo di incontri con lo psicologo sono previsti in linea di principio solo per le persone con diabete che hanno difficoltà a gestire il trattamento.

Il mandato quindi è molto preciso, come avviene per gli altri componenti del Team. Tuttavia accade anche di dare una mano alla persona con diabete in mille altre questioni: risulta importante capire cosa serve sapere a quel paziente e come

metterlo in grado di conoscere e fare, utilizzando i mezzi di comprensione di cui dispone o dandogli informazioni che probabilmente ha già avuto ma che è necessario riprendere. Un approccio terapeutico che si è rivelato positivo nella cura di soggetti diabetici è quello caratterizzato da una dimensione di ascolto attivo e di dialogo con l'utente.

Un esempio di protocollo psicologico assistenziale declinabile, in questo caso, in riferimento ai bambini diabetici, è così strutturato:

1. → Nella fase dell'esordio, durante il ricovero ospedaliero, vengono presi contatti con i genitori e viene effettuata un'osservazione clinica del soggetto. Gli obiettivi in questo primo momento, sono:

- a) La raccolta di informazioni da utilizzare per formulare una prima ipotesi sulle dinamiche interattive ed affettive della famiglia, e per individuare le potenziali risorse auto-terapeutiche del sistema;
- a) L'intervento di sostegno psicologico alla sofferenza emotiva;
- b) Un intervento mirato a fornire al soggetto una spiegazione comprensibile della sua malattia, con linguaggio e strategie comunicative adeguate. Lo psicologo integra le spiegazioni fornite dal medico e, nel caso si tratti di un bambino, dai genitori.

2. → Successivamente, nella fase di stabilizzazione della malattia, i contatti con la famiglia avvengono attraverso i periodici ricoveri in Day Hospital. Viene allora effettuata una valutazione psicodiagnostica, al fine di individuare il profilo di personalità e l'eventuale co-presenza di problematiche psicopatologiche. Vengono inoltre proposti protocolli d'indagine, utilizzati in campo nazionale, che includono anche la valutazione dei genitori. In questa fase di adattamento alla malattia cronica, l'obiettivo è il sostegno della compliance al trattamento, sapendo che attraverso un buon controllo metabolico si contengono le possibili complicanze diabetiche e si ottimizzano i livelli terapeutici dell'insulina. I problemi più frequentemente osservati nei bambini sono la "fobia del buco" e dei controlli medici, nonché la difficoltà a far rispettare il regime dietetico.

- 2. L'educazione sanitaria per la corretta gestione della malattia costituisce il perno fondamentale dell'assistenza al diabetico. I corsi si propongono di fornire educazione sanitaria in un contesto ricreativo e rassereneante a soggetti di ogni età.

Cardiopatie

La malattia coronarica comprende tutte quelle patologie causate da una cattiva irrorazione del muscolo cardiaco. Queste comprendono l'angina pectoris, l'infarto del miocardio e la morte cardiaca improvvisa.

A causa di un'irrorazione ridotta, il muscolo cardiaco non riceve una sufficiente quantità di ossigeno e di sostanze nutritive, ciò in particolare in caso di affaticamento fisico o stress emotivo. Nella maggior parte dei casi la causa è

l'arteriosclerosi dei vasi cardiaci (chiamata anche indurimento delle arterie). I depositi di grasso, le cosiddette placche, impediscono parzialmente o completamente il normale flusso sanguigno. La coronaropatia (CAD) è la forma di cardiopatia più diffusa in Europa. Questo disturbo, che influisce fortemente sulla salute, la qualità e l'aspettativa di vita, interessa in egual misura sia gli uomini sia le donne dopo la menopausa. La coronaropatia è una malattia ad alto tasso di incidenza nei paesi europei. Milioni di persone in tutta Europa sono affette da coronaropatia, che costituisce attualmente la principale causa di decesso a livello mondiale.

[Studi clinici sugli interventi nelle malattie cardiovascolari e sull'efficacia dei programmi riabilitativi](#)

Preliminare a qualsiasi notazione sull'efficacia è definire in modo puntuale la Cardiologia Riabilitativa (Cardiologia Riabilitativa, CR): un processo assistenziale multifattoriale, attivo e dinamico, che ha il fine di favorire la stabilità clinica, ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con gli obiettivi di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza (Linee guida Cardiologia Riabilitativa, 2005). Nella realtà italiana vengono applicati diversi modelli organizzativi di CR che corrispondono ai livelli di assistenza previsti dall'OMS, sviluppati in coerenza con il DM 7/5/98 (Linee guida Cardiologia Riabilitativa, 2005):

- CR "intensiva" in regime di degenza (riabilitazione degenziale o residenziale), eroga assistenza attraverso due livelli di cura, il ricovero ordinario e il Day Hospital per pazienti a medio-alto rischio, disabili e più complessi. La durata dell'intervento intensivo è, di norma, compresa tra le 2 e le 6 settimane per il ricovero ordinario e 4-8 settimane per l'accesso in Day Hospital;
- CR "intensiva" in regime ambulatoriale per pazienti a basso rischio, comunque clinicamente stabili e che non richiedono speciale supervisione;
- CR "estensiva".

A completamento del programma iniziale di riabilitazione intensiva, i pazienti dovrebbero essere orientati verso programmi più semplici di mantenimento a lungo termine nel territorio (riabilitazione estensiva) con il supporto di iniziative e servizi nella comunità (palestre, club coronarici, telecardiologia). I programmi di riabilitazione in cardiologia rappresentano una parte essenziale del processo di cura dei pazienti con disturbo coronarico (Coronary Heart Disease, CHD) o con insufficienza cardiaca.

Negli ultimi anni, sono state elaborate alcune linee guida nazionali e internazionali (Linee guida Cardiologia Riabilitativa, 2005; Balady et al., 2007; Davies et al., 2010; Graham et al., 2007; NICE, 2007), nelle quali viene sottolineata l'importanza di un approccio multidisciplinare (Comprehensive Cardiac Rehabilitation, CCR) al paziente cardiologico che comprenda attività fisica, psicoeducazione, counseling, supporto psicologico-clinico e strategie comportamentali finalizzate al cambiamento dello stile di vita. Tuttavia, in molti

casi la partecipazione ai programmi riabilitativi rimane al di sotto dei livelli desiderati, sia per ragioni pratiche che per possibili resistenze psicologiche.

Un recente lavoro di Taylor e collaboratori (2010) ha evidenziato una sostanziale equivalenza dei programmi di CCR per pazienti con CHD effettuati tradizionalmente in strutture ospedaliere, palestre o centri sportivi (centrebased) rispetto a quelli home-based che prevedono l'impiego di un manuale di auto aiuto (Heart Manual) e assistenza infermieristica, con effetti positivi in termini di livello di attività fisica mantenuto, di aderenza alle prescrizioni, di diminuzione del rischio cardiovascolare (in particolare, pressione arteriosa, colesterolemia, dipendenza da nicotina) e di nuovi eventi cardiaci. A parità d'efficacia e di costi, i programmi riabilitativi domiciliari offrono l'ulteriore vantaggio di essere maggiormente accessibili e praticabili per i pazienti.

Effetti positivi degli interventi psicologici sulla sopravvivenza dei pazienti con disturbo coronarico o con infarto del miocardio (Myocardial Infarction, MI) sono stati riportati dagli autori di due studi meta-analitici pubblicati intorno alla fine degli anni '90 (Linden et al., 1996; Dusseldorp et al., 1999). In particolare, i risultati di un importante RCT, il Recurrent Coronary Prevention Program (Friedman et al., 1986), hanno dimostrato che il trattamento del comportamento di tipo A, attraverso interventi di counseling specifici e prolungati (durata media: 4,5 anni), e in grado di ridurre il tasso di mortalità e di morbilità in seguito ad infarto del miocardio. Tuttavia, risultati negativi sono stati riportati da Jones e West (1996) in un RCT multicentrico sull'efficacia di un programma riabilitativo (della durata di 7 sedute settimanali di gruppo) in pazienti con MI e nel Montreal Heart Attack Readjustment Trial (M-HART; Frasure-Smith et al., 1997), nel quale un intervento domiciliare di tipo supportivo-educativo condotto da personale infermieristico non ha prodotto effetti significativi sulla sopravvivenza dei pazienti post-infartuati.

Alcuni anni più tardi, Rees e collaboratori (2004) hanno esaminato gli effetti degli interventi psicologico-clinici nel trattamento dei pazienti con CHD, con particolare riferimento al contributo specifico del gestione dello stress. Non è stato riscontrato nessun vantaggio significativo, in termini di mortalità per tutte le cause e per malattie cardiovascolari, anche se è stata evidenziata una modesta riduzione dei livelli di ansia e di depressione. Tuttavia, la qualità metodologica di alcuni studi, l'elevata eterogeneità e l'influenza esercitata dagli RCT più rigorosi e condotti su ampi campioni (publication bias), rendono necessaria una cauta interpretazione dei risultati di questo lavoro.

Recentemente, sono state fornite indicazioni preliminari d'efficacia per la musicoterapia, che ha mostrato un modesto effetto in pazienti con CHD sui livelli di ansia, sulla frequenza cardiaca e respiratoria e sui valori pressori (Bradt e Dileo, 2009).

In sintesi, tali programmi riabilitativi risultano centrati sull'attività fisica, la psicoeducazione e il counseling. Essi mostrano un riconoscimento dell'importanza delle dimensioni psicologiche e tendono a portare l'attenzione riabilitativa dai luoghi ospedalieri alle dimensioni di vita. Si tratta, tuttavia, di una visione

prevalentemente socio-cognitiva che finisce per non cogliere la complessità dell'evento malattia e delle traiettorie che coinvolgono i pazienti e i familiari. In conclusione, questi programmi evidenziano la necessità di prendersi cura delle dimensioni psicologiche e psicosociali, ma lo fanno in modo estremamente aderente alla psicologia mainstream, rischiando di non intercettare il profondo bisogno di riposizionamento del paziente.

Percorsi di cura multidisciplinare: l'importanza di considerare i fattori psicosociali

Il concetto di riabilitazione contempla non solo il recupero fisico, ma anche quello psicologico e sociale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1969 ha definito la riabilitazione cardiologica come "la somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o postacuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società".

Gli elementi fondamentali di ogni programma riabilitativo sono costituiti dalla valutazione funzionale, l'allenamento programmato, l'attività fisica, l'educazione del paziente e della sua famiglia, la consulenza psico-sociale e la terapia farmacologica. I programmi devono essere attuati in centri specifici o all'interno di dipartimenti ospedalieri. Devono prevedere un controllo per la loro efficacia. Per ottenere ciò occorre che la conoscenza della situazione clinica sia completa, tenendo sotto controllo vari fattori che potrebbero condizionare il reinserimento del paziente nella società.

I programmi di riabilitazione cardiologica di tipo estensivo comprendono attività diverse, ma integrate tra di loro, considerando che gli aspetti fisico-psicologici concorrono tutti insieme per un ritorno ottimale del paziente alle normali attività quotidiane.

Oltre all'esercizio fisico e all'attenzione verso i principali fattori di rischio biomedici è importante sottolineare l'influenza di alcuni fattori psicosociali come fattori di rischio e di protezione nelle malattie coronariche: lo stress, le cosiddette caratteristiche di personalità "D-Type" e "A-Type", l'hardiness, il coping e il supporto sociale. In particolare:

- Pazienti con una cosiddetta personalità **TYPE D** tendono ad avvertire le emozioni negative ed ad inibire l'auto espressione. Questo costrutto quindi è caratterizzato dalla soppressione cronica delle emozioni negative. Molto importante è precisare che il TYPE D non è caratterizzato da esperienze di emozioni negative ma piuttosto il provare emozioni negative è una reazione messa in atto in situazioni stressanti (Denollet, et al., 1995).
- Friedman e Rosenman definiscono "action-emotion complex" un costrutto che sembra descrivere i pazienti che soffrono di cardiopatie. Le caratteristiche individuali, associate alla personalità **TYPE A**, come la continua ricerca del successo, la competitività, un persistente desiderio di migliorarsi, la costante partecipazione a molteplici compiti e attività, un ritmo rapido nel parlare, l'

impazienza nel rapportarsi agli altri, sono atteggiamenti che facilmente suscitano ostilità e aggressività (Rosenman, 1996).

- L'**hardiness** indica l'invulnerabilità allo stress; essa si radica nei processi di etichettamento ("labelling") delle situazioni: alcune di esse vengono percepite come stressanti prima di essere vissute come tali e quando si presentano, il modo di affrontarle risulta condizionato dal precedente pregiudizio negativo. L'**hardiness** è composta da tre elementi: impegno/alienazione, controllo e sensazione di sfida/minaccia, che si sviluppano nell'infanzia, ma sono modificabili dalle esperienze successive. L'**ottimismo** completa il quadro degli elementi costituenti l'**hardiness**, si sviluppa a seguito del prevalere di esperienze positive durante l'infanzia. Consiste nel rendere contingenti eventuali fallimenti, circoscrivendoli alla situazione in cui si sono verificati, senza generalizzare, cioè senza dedurre, dopo un insuccesso, la propria incapacità totale, estendendola agli altri ambiti della vita, senza convincersi dell' inutilità di coltivare interessi, senza perdere l'entusiasmo per i propri progetti (Cannavicci M., 2000).
- Il concetto di **Coping**, che può essere tradotto con "fronteggiamento", "gestione attiva", "risposta efficace", "capacità di risolvere i problemi", indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione. La capacità reattiva dell'individuo ai vari stimoli provenienti dall'ambiente, determina l'influenza che ha questo sull'individuo. Il concetto di Coping è stato creato nell'ambito della psicologia negli anni sessanta, dallo scienziato americano Lazarus, professore emerito alla Berkeley University, che lo ha studiato come un processo strettamente collegato allo stress. La capacità di Coping si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con i problemi.
- Molti studi hanno dimostrato un' associazione tra **supporto sociale** e adattamento psicologico. Il supporto sociale è correlabile alla salute mentale e fisica, alla maggior rapidità di guarigione dalla malattia ed alla maggior capacità di reagire in modo sano agli agenti stressanti. Le risorse sociali possono rafforzare le strategie di Coping e migliorare l'efficacia personale. L'aspetto negativo delle relazioni sociali è stato descritto come supporto negativo, conflittuale e minato. La malattia cardiaca è un agente stressante nella vita del paziente, spesso si manifestano sintomi depressivi nei cardiopatici. Molti studi hanno posto particolare attenzione al ruolo protettivo, nei pazienti cardiaci, del supporto sociale e alle strategie di Coping. Si è dimostrato che le relazioni sociali migliorano l'adattamento.

Questi fattori, oltre che nella patogenesi della malattia, giocano un ruolo rilevante anche nella prognosi e devono essere presi in considerazione in ogni programma sia preventivo che riabilitativo della malattia coronarica.

Queste considerazioni sembrano approdare ad un'unica proposta, quella di intervenire con un programma di riabilitazione cardiaca pluridisciplinare, secondo un modello di cura biopsicosociale.

Le linee guida di riferimento di “Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari” hanno documentato il fatto che la riabilitazione cardiaca pluridisciplinare ha ridotto gli episodi di riospedalizzazione, di morte cardiaca improvvisa, dell'esigenza dei farmaci cardiaci ed ha aumentato il tasso delle persone che si rinseriscono al lavoro.

I partecipanti a tali programmi inoltre sono sensibilmente più disponibili alla rete di relazioni psicosociali rispetto ai pazienti che ricevono la cura standard di riabilitazione cardiologica.

La riabilitazione dei pazienti con malattia cardiovascolare è definita come “somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società”⁴.

Questa definizione in primo luogo identifica il soggetto della riabilitazione nel paziente con cardiopatia post-acuta o cronica, ed in secondo luogo definisce l'obiettivo dell'intervento: riassumere e conservare una condizione la più vicina possibile allo “stato di salute”, prevenendo effettivamente la progressione della malattia, promuovendo quindi la riduzione degli eventi cardiovascolari (prevenzione secondaria) e favorendo nel contempo il processo di recupero. La riabilitazione cardiovascolare (RCV), combinando la prescrizione dell'attività fisica con la modificazione del profilo di rischio dei pazienti, ha come fine ultimo quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari e le disabilità conseguenti alla cardiopatia.

Gli obiettivi della RCV sono quindi di ridurre i sintomi legati alla malattia, di migliorare la capacità funzionale, ridurre la disabilità, favorire il reinserimento lavorativo, in altri termini migliorare la qualità di vita, ma anche definire e ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari. Questi obiettivi si realizzano mediante un globale approccio diagnostico-valutativo e di trattamento, di cui l'esercizio fisico costituisce solo una componente. La complessità e l'intensità di tale approccio devono essere commisurate alle caratteristiche cliniche dei pazienti.

È necessario che molteplici competenze professionali siano coinvolte nella realizzazione dei programmi riabilitativi: cardiologo, terapeuta della riabilitazione, psicologo, dietologo ed altre figure pertinenti.

È documentato che la RCV, intesa in tale senso, ritarda la progressione della malattia, riduce la mortalità, morbilità e frequenza di riospedalizzazioni, previene il deterioramento clinico e la progressione delle disabilità conseguenti alla malattia, migliora allo stesso tempo sensibilmente la qualità di vita dei pazienti cardiopatici ed i costi sociali della malattia.

⁴ Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR). Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003 60 (3): 184-234.

Il supporto educativo e l'intervento psicologico devono essere considerati parti essenziali di un ciclo riabilitativo.


Lo scopo di questi interventi è di facilitare il ritorno ad una vita normale e di incoraggiare i pazienti ad attuare cambiamenti nello stile di vita al fine di prevenire ulteriori episodi (Urbinati et al., 2003).

Il supporto educativo e psicologico è inoltre necessario per affrontare la sofferenza psicologica che comunemente segue la malattia coronarica. Esiste una forte e consistente evidenza di associazione fra depressione, carenza di supporto sociale, e comparsa/outcome di malattia coronarica. La prevalenza di depressione nei pazienti dopo IM è del 15-45%.


La depressione aumenta di tre o quattro volte il rischio di mortalità cardiaca ed è altamente predittiva di una ridotta aderenza ai trattamenti raccomandati dopo 3 e 12 mesi.

Le interazioni famigliari inoltre hanno associazioni più forti con il comportamento di salute del paziente cardiopatico rispetto ad altre variabili di sostegno sociale; la qualità e la soddisfazione coniugale possono essere direttamente rapportate all'adattamento del paziente in seguito alla comparsa dei sintomi della malattia. Per questo motivo risulta indispensabile prestare attenzione a quelle che sono le reazioni e le risposte del nucleo famigliare di fronte ad un evento tanto inaspettato, quanto devastante, quale è l'infarto miocardico. Tale patologia può determinare nel coniuge o nella famiglia un senso di perdita, con conseguente angoscia ed incredulità.


I momenti più critici risultano, comunque, essere i giorni immediatamente successivi il ricovero ed, in particolare, il momento della dimissione. Si rivela necessario accompagnare e sostenere il paziente e la famiglia in questa difficile fase, preparando i soggetti coinvolti a quelle che sono le reazioni emotive che, con elevata probabilità, dovranno affrontare. I caregivers devono quindi ricevere sostegno psicologico ed aiuto materiale da personale specializzato (psicologi, assistenti sociali) in grado di rendere loro chiaro che essi stessi, pur essendo sani fisicamente, attraversano un processo doloroso di sconvolgimento sul piano affettivo, personale, di organizzazione e prospettive della propria vita, che può trasformarsi in depressione, rassegnazione e rinuncia.



OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO
AZIENDA OSPEDALIERA
di rilievo nazionale e di alta specializzazione



Università degli Studi di
Bergamo



Associazione Cuore
Batticuore ONLUS

IX CONGRESSO SIPSA
***“Dimensioni personali e
supporto sociale
nella cura del soggetto con cardiopatia”***

**INDAGINE ESPLORATIVA SUI FATTORI PSICOSOCIALI IN SOGGETTI
CON EVENTO CORONARICO ACUTO: LE CARATTERISTICHE DI
PERSONALITA' E IL SUPPORTO SOCIALE.**

“Le prove per lo stato mentale costituisca una causa delle attuali malattie non sono oggi molto più solide di quanto non lo fossero per le malattie dei secoli precedenti. In breve, la letteratura contiene pochi studi scientificamente attendibili del rapporto, se ce n'è uno, tra lo stato mentale e malattia. E' tempo di riconoscere che la nostra fede nella malattia come un riflesso diretto dello stato mentale è in gran parte folklore”.
(Angell, 1985)

Contrariamente a quanto afferma Angell, c'è ormai un consistente corpo di letteratura che dimostra un legame diretto e articolato tra le condizioni di malattia e le variabili psicologiche e sociali. (Baum & Posluszny 1999, Cohen & Herber 1996, Kiecolt-Glaser et al. 2002, Krantz et al. 1985, 2002 Schneiderman et al. 2001). Uno dei campi della medicina in cui si è accumulato il maggior numero di queste evidenze è probabilmente quello delle malattie coronariche (Krantz et al. 1985).

In uno studio metanalitico di evidence based cardiology di Harry Hemingway, Michael Marmot, pubblicato nel 1999 sul British Medical Journal, si evidenziano solide evidenze sul ruolo eziologico e prognostico di importanti variabili psicosociali:

Studies showing role of psychosocial factors

In healthy populations, prospective cohort studies suggest a possible aetiological role for:

- Type A/hostility (6/14 studies)
- Depression and anxiety (11/11 studies)
- Psychosocial work characteristics (6/10 studies)
- Social support (5/8 studies)

In coronary heart disease patient populations, prospective studies suggest a prognostic role for:

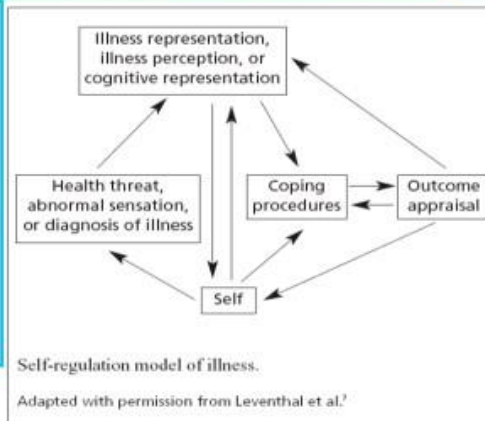
- Type A/hostility (0/5 studies)
- Depression and anxiety (6/6 studies)
- Psychosocial work characteristics (1/2 studies)
- Social support (9/10 studies)

Although this review cannot discount the possibility of publication bias, prospective cohort studies provide strong evidence that psychosocial factors, particularly depression and social support, are independent aetiological and prognostic factors for coronary heart disease.

LA PERCEZIONE DELLA MALATTIA e IL SENSO DI COERENZA

In uno studio di Candace e altri (2004), la *rappresentazione della propria malattia* nell'immediato periodo post infartuale è risultata altamente predittiva delle probabilità di insorgenza di complicanze nei mesi successivi. Questa relazione è risultata statisticamente indipendente dai livelli di ansietà e di depressione dei pazienti e si conferma come uno dei principali predittori degli esiti postinfartuali:

Il costrutto di riferimento nel lavoro di Antonovsky è il *senso di coerenza*, definito come un *orientamento globale di vita*, che esprime la misura in cui la persona ha un pervasivo, duraturo ma dinamico sentimento di confidenza che gli stimoli provenienti dall'ambiente interno ed esterno sono strutturati, prevedibili, spiegabili (senso di *comprensibilità*); le risorse per fronteggiare le richieste provenienti dall'ambiente interno ed esterno sono disponibili ed accessibili (senso di *fronteggiabilità*); le richieste poste all'individuo rappresentano per lui delle sfide piene di impegno e coinvolgimento (senso di *significatività*).



“Indagine esplorativa sui fattori psicologici, emozionali, comportamentali, relazionali e di partecipazione sociale in soggetti con evento coronarico acuto.”

*USC Cardiologia OO.RR. di Bergamo
 USSD Psicologia Clinica OO.RR. di Bergamo
 Associazione “Cuore Batticuore” ONLUS Bergamo*

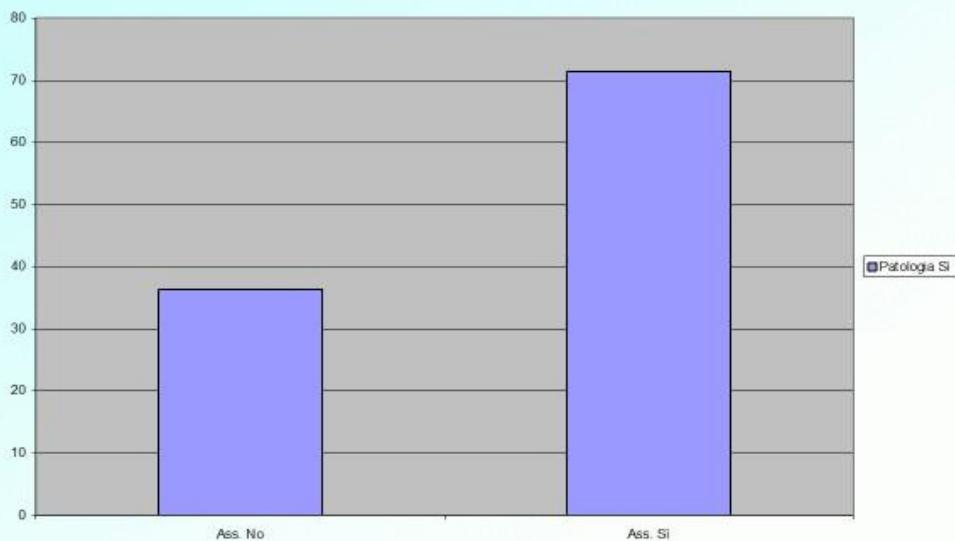
SOGGETTI:	STRUMENTI:
<p>A 27 mesi dall'inizio della ricerca sono stati contattati 232 pazienti ricoverati presso l'USC di Cardiologia degli OO.RR di Bergamo per infarto acuto ed angina instabile, dei quali 59 non hanno acconsentito alla partecipazione alla ricerca e 11 si sono ritirati dopo il primo o il terzo invio.</p> <p>Il campione è composto da soggetti in età compresa tra i 50 e gli 80 anni.</p> <p><u>173 SOGGETTI HANNO ACCONSENITITO</u> <u>PRIMA RILEVAZIONE (109 SOGGETTI)</u> <u>SECONDA RILEVAZIONE (83 SOGGETTI)</u> <u>TERZA RILEVAZIONE (49 SOGGETTI)</u></p> <p>La batteria di strumenti psicologici è stata recapitata a domicilio dei soggetti in busta chiusa contenente una busta preaffrancata per la restituzione del materiale presso l'USSD di Psicologia.</p>	<p>Ai soggetti è stata somministrata, ad un mese, a tre mesi e ad un anno dall'evento coronarico acuto, una batteria composta da nove questionari di autovalutazione, finalizzati ad indagare le seguenti dimensioni psicosociali:</p> <ul style="list-style-type: none"> •SPERANZA, •PERCEZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE, •CAPACITA' DI PERDONARE, •LOCUS OF CONTROL, •DISFORIA, •INVALIDITA' PERCEPITA, •INIBIZIONE SOCIALE, •SUPPORTO SOCIALE, •TYPE-D (EMOZIONI NEGATIVE, INIBIZIONE SOCIALE), •ANSIA, •BENESSERE SOGGETTIVO.

FASE QUANTITATIVA:

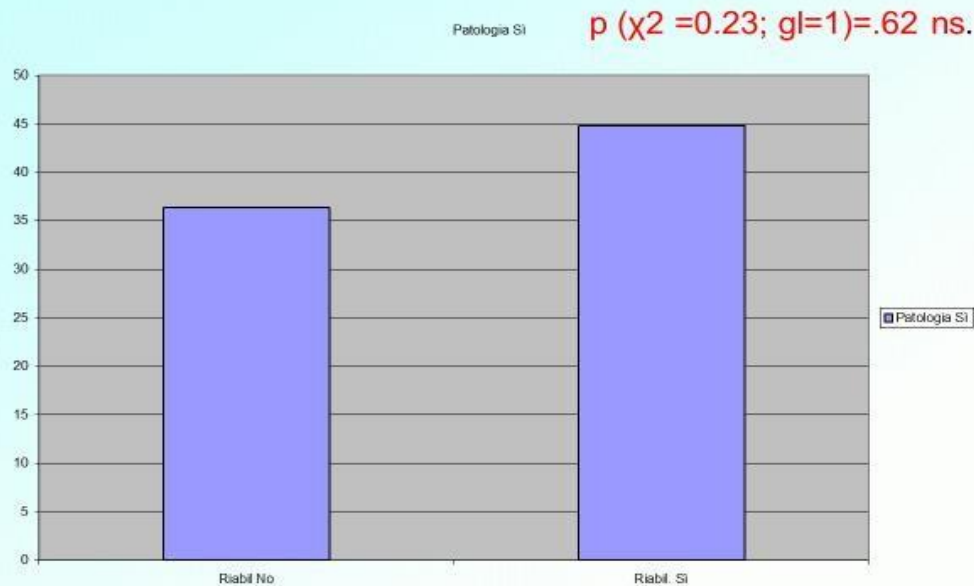
Variabili psicosociali misurate	Riabilitazione	Associazione	Esiti Patologici
SPERANZA	p<.05		
CAPACITA' DI PERDONARE	p<.01	p<.01	p<.05
LOCUS OF CONTROL			
DISFORIA			p=.12
INVALIDITA' PERCEPITA	p<.05	p<.05	
INIBIZIONE SOCIALE	p=.06	p=.09	p=.06
TYPE-D (EMOZIONI NEGATIVE INIBIZIONE SOCIALE)		p=.08	
ANSIA			p=.07
BENESSERE SOGGETTIVO (AUTONOMIA)	p<.01		
SUPPORTO SOCIALE FAMILARE		p=.01	p=.01

Relazione tra Associazione ed Esiti Patologici

Patologia SI **P ($\chi^2 = 2,90$; g.l.=1)=.088 ns.**



Relazione tra Riabilitazione ed Esiti Patologici

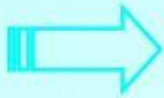


Discussione risultati:

Questi risultati complessivamente dimostrano che **le variabili psicosociali hanno effetti marginali sugli esiti patologici**. Il Supporto Sociale mostra una più chiara influenza.

La partecipazione ad un periodo di riabilitazione successiva al ricovero segnala alcuni effetti positivi su tali variabili. **Non si conferma tuttavia un chiaro effetto positivo della riabilitazione sugli esiti patologici.**

Allo stesso modo, non si dimostra **nessun effetto positivo della partecipazione all'Associazione sugli esiti patologici**. La partecipazione all'Associazione sembra anzi amplificare caratteristiche personali e di relazione sociale che l'analisi mostra in qualche modo connesse agli esiti patologici. Le attività dell'Associazione non sembrano dunque avere un effetto diretto e coerente su tutte le variabili psicosociali.



Fase qualitativa:

I dati quantitativi rendono necessario *indagare più in profondità* sulle possibili ragioni di tali relazioni, in parte sorprendenti.

Interessa in particolar modo cogliere come i soggetti coinvolti nei percorsi riabilitativi e di associazione, in qualità di pazienti e in qualità di volontari, percepiscano le dimensioni in gioco nei percorsi successivi all'evento cardiaco.



ANALISI QUALITATIVA

❖ Sono stati contattati 5 soci-volontari cardiopatici che partecipano attivamente all'organizzazione e gestione dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS, per **INTERVISTE IN PROFONDITÀ SEMI-STRUTTURATE**.

I soci sono stati selezionati in base al tipo di attività che svolgono per l'Associazione; 3 soggetti incontrano i pazienti cardiopatici in ospedale e 2 organizzano attività ricreative e ludiche in Associazione.

Ogni Intervista, della durata di quarantacinque minuti ciascuno circa, è stata condotta da una psicologa, registrata e sbobinata in forma anonima.

❖ Sono stati condotti tre "**FOCUS GROUP**" con 12 soggetti suddivisi in 3 gruppi sulla base dei diversi percorsi intrapresi successivamente all'evento coronarico acuto:

Soggetti che afferiscono alla riabilitazione cardiologica ospedaliera e alle attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS (4 SOGGETTI)

Soggetti che partecipano solo alla riabilitazione cardiologica ospedaliera.(4 SOGGETTI)

Soggetti che non partecipano né alla riabilitazione cardiologica ospedaliera, né alle attività dell'Associazione "Cuore Batticuore" ONLUS. (4 SOGGETTI)

CLUSTER 1 "MODI INDIVIDUALI DI VIVERE LA MALATTIA- RIDURRE IL SENSO DI MINACCIA"

All'interno dell'Associazione esistono due modalità di comunicazione con i pazienti cardiopatici, una che punta sulla prevenzione, l'altra che tende a nascondere le paure e dimostrare che la vita non è cambiata dopo l'evento coronarico.

CLUSTER 2 "RIELABORARE L'EVENTO IN UN CONTESTO SOCIALE"

Indispensabile è una struttura che accompagni, dopo l'infarto i pazienti cardiopatici, attraverso un intervento integrato di sostegno medico e sostegno sociale, permettendo al paziente di rielaborare l'evento coronarico.

CLUSTER 3 "GESTIONE E POLITICA DELL'ASSOCIAZIONE"

L'associazione offre ai pazienti cardiopatici diverse attività, da quelle più ricreative che permettono di risocializzare a quelle più preventive che si concentrano sugli stili di vita.

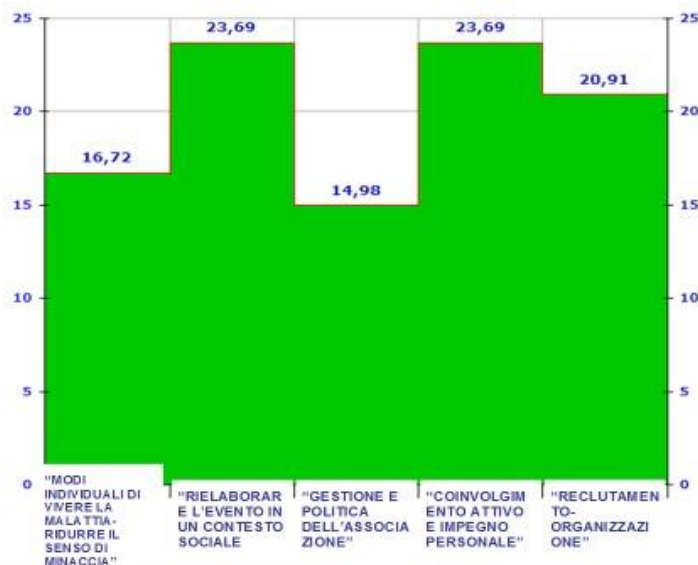
CLUSTER 4 "COINVOLGIMENTO ATTIVO E IMPEGNO PERSONALE"

L'associazione offre l'opportunità di svolgere delle attività ricreative e sportive, è luogo di scambio di opinioni, di confronto e offre anche l'occasione di essere coinvolto attivamente impegnandosi nell'organizzazione dell'associazione.

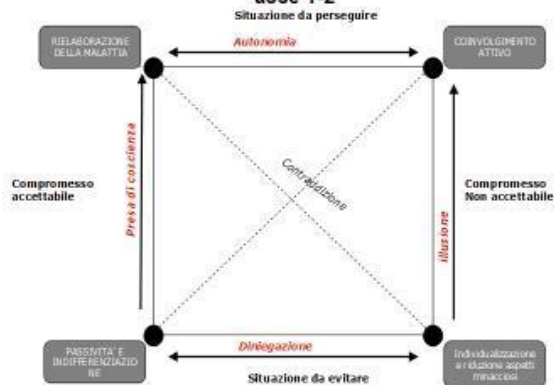
CLUSTER 5 "RECLUTAMENTO- ORGANIZZAZIONE"

I volontari in ospedale, su indicazione della caposala incontrano i pazienti che hanno avuto un evento coronarico, ogni soggetto ha reazioni diverse all'incontro: ci sono pazienti più disponibili, altri meno interessati. I soci alle persone che incontrano lasciano volantini e dépliant ma pochi di questi pazienti diventano soci e partecipano alle attività.

GRAFICO CLUSTER



Criticità: Il quadrato semiotico asse 1-2



I^A CONTRADDIZIONE

Se le attività offerte si concentrano sul rifiuto della malattia non permettono una rielaborazione dell'evento coronarico.

II^A CONTRADDIZIONE

Se le attività offerte sono indifferenziate per tutti i soggetti, non permettono di avere supporto sociale e personale.

I^A CONTRARIETA'

L'associazione dovrebbe permettere una rielaborazione dell'evento coronarico nel paziente attraverso attività supportive dei vissuti e delle emozioni del soggetto.

II^A CONTRARIETA'

L'indifferenziazione dell'intervento offerto ai cardiopatici, determina una partecipazione passiva e poco coinvolta alle attività proposte.

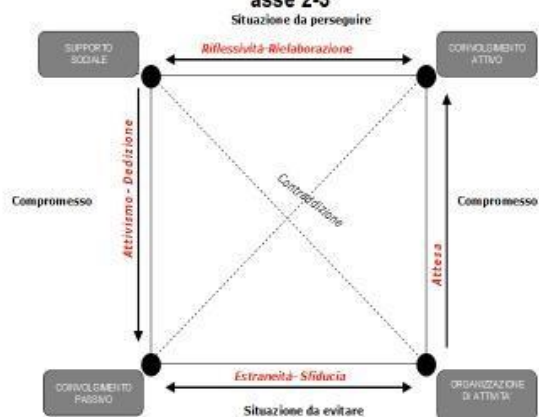
I^A PRESUPPOSIZIONE

Necessario è passare da una condizione di coinvolgimento passivo del paziente infartuato, a una rielaborazione della malattia offrendo attività di supporto sociale.

II^A PRESUPPOSIZIONE

Le attività di supporto sociale, sono spesso indifferenziate e poco supportive quindi favoriscono la passività non tenendo conto delle dimensioni psicologiche coinvolte.

Criticità: Il quadrato semiotico asse 2-3



I^A CONTRADDIZIONE

L'Associazione offre molte attività organizzate per i pazienti cardiopatici ma spesso sono poco supportive e accolgono poco i vissuti dei singoli.

II^A CONTRADDIZIONE

Se si ricerca il coinvolgimento attivo del soggetto non bisogna renderlo passivo e indifferenziato nelle proposte offerte.

I^A CONTRARIETA'

Un supporto sociale emotivo e personale ai pazienti cardiopatici permette una rielaborazione della malattia e una ripresa della vita quotidiana con coinvolgimento attivo nelle attività di tutti i giorni.

II^A CONTRARIETA'

L'indifferenziazione dell'intervento offerto ai cardiopatici, determina una partecipazione passiva e poco coinvolta alle attività proposte.

I^A PRESUPPOSIZIONE

Un supporto sociale emotivo e personale ai pazienti cardiopatici permette una rielaborazione della malattia e una ripresa della vita quotidiana favorendo un attivismo e un'offerta differenziata di attività, da parte l'Associazione.

II^A PRESUPPOSIZIONE

Spesso le molte attività offerte dall'Associazione coinvolgono poco i soggetti nella partecipazione perché non favoriscono dei momenti di incontro, confronto e sostegno sociale.



I^A CONTRADDIZIONE

Se le attività offerte sono indifferenziate per tutti i soggetti, non permettono di avere supporto sociale e personale.

II^A CONTRADDIZIONE

Se non vengono offerte attività supportive dove poter rielaborare i propri vissuti di malattia, le attività sono organizzate ma poco coinvolgenti.

I^A CONTRARIETA'

Le attività sociali dell'Associazione devono essere organizzate, gestite dai soci e offerte ai pazienti cardiopatici.

II^A CONTRARIETA'

Sono necessarie delle attività che siano di supporto, sostegno e socializzazione pianificate dall'Associazione.

I^A PRESUPPOSIZIONE

Necessario invece creare un servizio ben pianificato, che offra numerose attività favorendo l'incontro, il confronto dei vissuti emotivi e la rielaborazione della malattia per i soggetti post-infartuati.

II^A PRESUPPOSIZIONE

Le attività offerte appaiono molto pianificate e organizzate ma non rispondono alle esigenze, i bisogni e le domande di un soggetto cardiopatico.

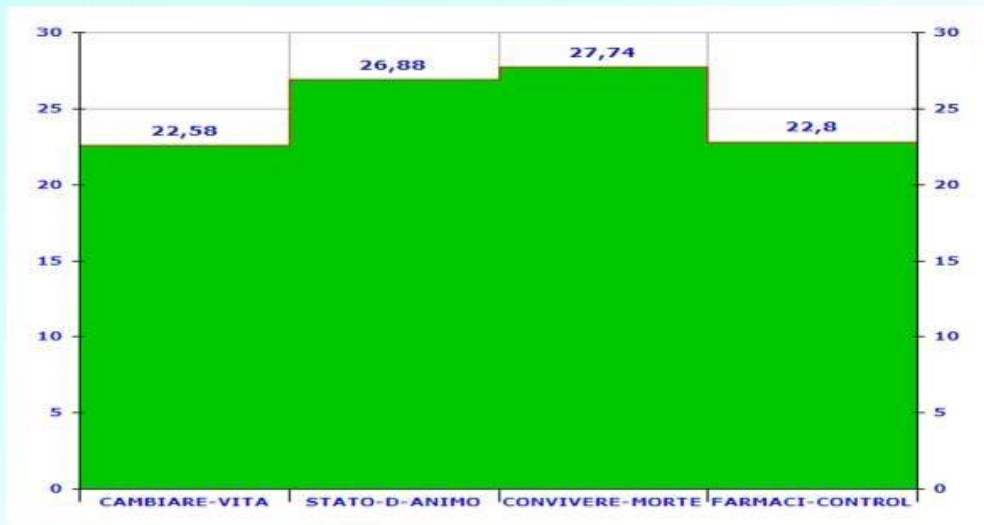
Cluster 1: "CAMBIARE VITA" L'infarto comporta sintomi e cambiamenti fisici che richiedono riadattamenti degli stili di vita non sempre facili da realizzare anche sul piano emotivo e il confronto con altri infartuati può essere d'aiuto.

Cluster 2: "STATO D'ANIMO" L'incontro con altri infartuati può testimoniare possibili traiettorie negative, perché l'impatto dell'infarto sullo stato d'animo e sulla valutazione delle proprie risorse psicologiche ed emotive sembra privilegiare un senso di perdita e riduzione di possibilità.

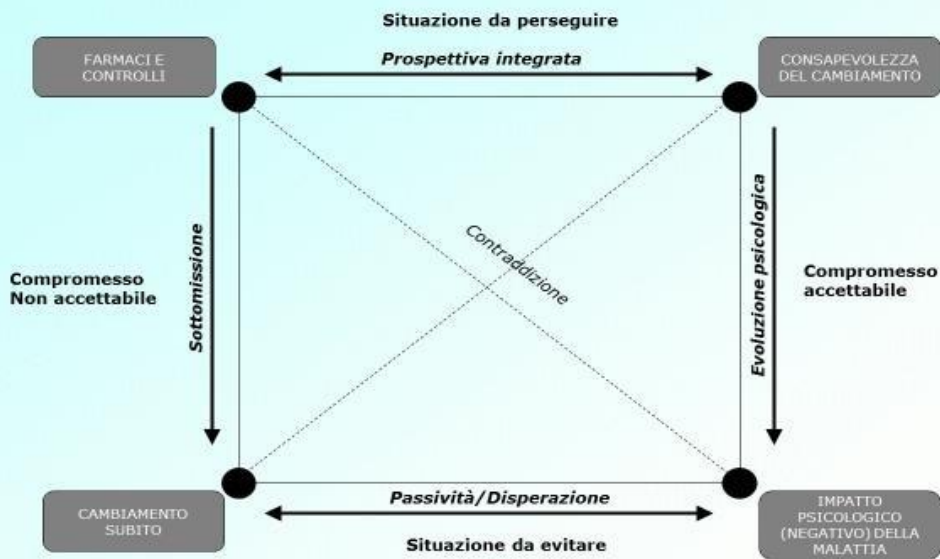
Cluster 3: "CONVIVERE CON LA MORTE" La condizione di malato e anziano accentua l'idea della morte e facilita un atteggiamento fatalista, non pessimista, in cui la morte viene vista come qualcosa che ci si aspetta e che non impedisce di entrare in contatto con aspetti positivi come l'affetto dei nipoti.

Cluster 4: "FARMACI E CONTROLLI" Il farmaco è necessario ma comporta fatiche, limitazioni e a volte effetti collaterali per cui spesso sospenderlo è una liberazione per questo raccomandano l'assiduità anche quando sembra di stare meglio.

GRAFICO CLUSTER



Criticità: Il quadrato semiotico



QUADRATO SEMIOTICO DI A.J. GREIMAS

I^ CONTRADDIZIONE

Quando mi concentro sull'assunzione dei farmaci trascuro le dimensioni psicologiche e l'impatto negativo della malattia.

II^ CONTRADDIZIONE

Se non c'è piena consapevolezza del cambiamento, i cambiamenti degli stili di vita sono subiti e risultano faticosi .

I^ CONTRARIETA'

L'impatto psicologico negativo della malattia determina che le cure siano subite passivamente

II^ CONTRARIETA'

La piena consapevolezza del cambiamento delle prospettive di sviluppo anche positive, porta ad una più puntuale e convinta adesione alle cure mediche, costruendo un'alleanza terapeutica positiva

I^ PRESUPPOSIZIONI

Se subisco il cambiamento sono portato a prendere farmaci e fare controlli passivamente.

II^ PRESUPPOSIZIONI

Prendere atto dell'impatto psicologico anche negativo della malattia, può evolvere in un'accettazione più realistica di una nuova condizione e riattivare prospettive positive di cambiamento.

Discussione risultati:

Mettendo a confronto i gruppi si può notare una diversificazione di significati: il gruppo che incontra i pazienti in ospedale focalizza il proprio intervento sulla possibilità offerta al soggetto di rielaborare l'evento attraverso supporto sociale ed emotivo. Invece il gruppo che si dedica all'organizzazione delle attività in Associazione offre ai pazienti molteplici attività ricreative e di aggregazione che risultano però concentrate a ridurre il senso di minaccia della malattia ed a negare l'evento.

Utilizzando il quadrato semiotico di Greimas il gruppo di ricerca è giunto alle seguenti considerazioni: *l'importanza di offrire supporto sociale ai pazienti cardiopatici all'interno delle Associazioni che offrono attività e momenti ricreativi; l'evidenza di alcune criticità nell'organizzazione di attività mirate a permettere la rielaborazione dell'evento coronarico al fine di riprendere la quotidianità.*

La *sottovalutazione* dell'impatto psicologico, anche negativo, della malattia e la sua enfasi depressiva non adeguatamente accompagnate, possono portare a subire passivamente le indicazioni terapeutiche e i cambiamenti prodotti nella vita quotidiana avvertendone soprattutto fatica e difficoltà e portando a subire, enfatizzandoli, gli effetti negativi dei trattamenti farmacologici e i controlli, riducendo in tal modo la compliance.

Uno *sviluppo*, un'*evoluzione* che porti alla rielaborazione dell'impatto psicologico verso una piena consapevolezza delle trasformazioni determinate dalla irruzione della malattia nella vita quotidiana, nei suoi aspetti limitanti, ma anche nelle sue nuove possibilità (*adverse reaching*), può costruire un fattore fortemente facilitante per la costruzione di una alleanza terapeutica positiva e facilitare anche l'accesso e l'aderenza alle prescrizioni mediche.

Questi bisogni rilevati non ricevono sufficiente attenzione nei percorsi riabilitativi, è probabilmente per questo motivo che **la ricerca non riesce ad evidenziare un effetto della riabilitazione cardiologica ospedaliera sulle variabili psicosociali**; tuttavia, seppur in modo differenziato, i soggetti che hanno partecipato alla fase qualitativa della ricerca mostrano una **particolare sensibilità all'impatto psicologico della malattia** ed esprimono **bisogno di accompagnamento e sostegno**:

nella *modificazione degli stili di vita*,


nella *rielaborazione del vissuto emotivo*,

nel confronto con un evento che mette il soggetto di fronte alla propria *finitudine e percezione di invalidità*, sia sul piano fisico che relazionale e sociale.

Ciò rende possibile *ipotizzare* che un appropriato *intervento psicologico* su gruppi di soggetti infartuati possa:

- *offrire uno spazio di pensiero e rielaborazione dell'impatto psicologico della malattia sulla quotidianità,*
- *facilitare un riposizionamento emotivo dei soggetti nei confronti della propria esperienza di malattia,*
- *affrontare e rivedere i bias, le idee e gli atteggiamenti irrazionali verso la malattia stessa,*
- *promuovere e costruire la prospettiva di una diversa "normalità" sana attraverso un'alleanza terapeutica più solida e vissuta come un sostegno alla propria autonomia personale.*

**SCHEDA 4: LA SALUTE NELLA RAPPRESENTAZIONE DELLA
LR LOMBARDIA 23/2015 E LA CONVOCAZIONE DELLA
PSICOLOGIA**



Tra rete territoriale e polo
ospedaliero come
promuovere la salute, un
confronto tra realtà
lombarde

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE, SOCIO SANITARIE E SOCIALI

La Regione, nell'ottica dell'integrazione delle politiche sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell'ambito del SSL, attraverso il SSR:

- a) tutela il **diritto alla salute** del cittadino;
- b) garantisce adeguati percorsi di **prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione**;
- c) sostiene **le persone e le famiglie**;
- d) promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, socio sanitario e sociale, favorendo la realizzazione di **reti sussidiarie di supporto** che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socio economiche; le reti sono finalizzate a **tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia**, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da **non autosufficienza** e da **patologie cronico-degenerative**

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E IL CONCETTO DI SALUTE

- La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie.
- Tale attività (delle ASST) è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di **tutelare e promuovere la salute fisica e mentale**.
- pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a:
 - a) la centralità della **salute**, intesa come **bene comune universale** e quindi anche come **diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività**, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la **prevenzione**;
 - b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie;
 - c) l'**integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale** tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio sanitario e in particolare l'**integrazione territoriale**, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il **lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni** coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute;
 - d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica;
 - e) la **responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori**, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

LA PERSONA (E LA FAMIGLIA) COME UNITÀ DI RIFERIMENTO

- ▶ rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi
- ▶ orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso
- ▶ incentivare la responsabilità della persona e della sua famiglia;
- ▶ riconoscere la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

- ▶ modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale e che promuovano un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle sociali di competenza delle autonomie locali
- ▶ Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile, nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.
- ▶ Governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- ▶ Tale attività (delle ASST) è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

LE CURE PRIMARIE

- ▶ Assicurare un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la **personalizzazione del percorso assistenziale**, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità
- ▶ Assicurare la **continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale**
- ▶ Le azioni di **presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale** e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.
- ▶ coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per **accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria**

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

LE UNITA' DI OFFERTA SOCIO-SANITARIA

- ▶ a) modalità di presa in carico della persona fragile attraverso **un piano personalizzato di assistenza**, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- ▶ b) l'implementazione di **modalità di valutazione dei bisogni** attraverso **unità multiprofessionali UVM**, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;
- ▶ C, D, E) l'attivazione o il rafforzamento del **supporto alla persona fragile e alla sua famiglia** attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, con trasferimenti monetari, con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.



POLI DI GOVERNO, ORGANIZZAZIONE ED EROGAZIONE

- ▀ Governo clinico (Regione, ATS)
- ▀ ASST:
 - ▀ Servizio Ospedaliero
 - ▀ Rete territoriale:
 - ▀ POT
 - ▀ PRESST
 - ▀ AFT e UCCP
- ▀ Unità di offerta socio-sanitarie



La psicologia

- ▀ Nella presa in carico della persona nel suo complesso
- ▀ Nella valutazione multidimensionale dei bisogni
- ▀ Nella definizione di piani personalizzati di assistenza e di cura
- ▀ Nella promozione e tutela della «salute mentale»
- ▀ Nel sostegno psicologico entro i processi «clinici»
- ▀ Nell'integrazione dei servizi destinati alla persona
- ▀ Nella responsabilizzazione della persona e della famiglia
- ▀ Nella promozione della salute e nella prevenzione
- ▀ Nel sistema delle cure primarie
- ▀ Nella integrazione delle funzioni e dei servizi ospedalieri, territoriali, delle unità di offerta socio-sanitaria e con i servizi socio-assistenziali

La promozione della salute, fuori dai ghetti della “prevenzione”, come terreno unificante di riferimento per l’azione consulenziale dello psicologo

La complessità delle domande psicologiche che agiscono ai vari livelli in cui sono organizzate la presa in carico e le cure nei servizi territoriali, evidenzia un bisogno di integrazione e management delle cure che coinvolgono i sistemi di adattamento plurale entro cui si inscrivono le vicende di salute e malattia. La professionalizzazione dello psicologo nel Servizio sanitario, sociosanitario e sociale passa anche per la capacità di intercettare questo bisogno e di offrire pratiche consulenziali in grado di migliorare efficacia, efficienza e continuità dei processi di cura nell’arco vitale, assicurando una puntuale cura delle interfacce tra sistemi di presa in carico. collocano nel punto di intersezione e di integrazione tra le funzioni socio-sanitarie, sociali ed educative. Tutto questo rinvia anche alla capacità di convocazione dei “contesti interumani” entro i quali si collocano le traiettorie di salute e malattia e, in primo luogo, nella prospettiva di comunità.

Ma questo assume valore se si sarà in grado di costruire e rendere disponibili sistemi di significato che intreccino e rendono possibili la ricostruzione di un progetto di intervento (socio-sanitario, sociale, psicologico, educativo) nell’intreccio dei progetti di vita. La comunità, il mondo sociale costituisce la premessa e il contesto entro il quale tutto questo si rende possibile o si costituisce come fattore di resistenze o di impedimento attraverso processi di immunizzazione/normalizzazione (Esposito, 1998, 2002, 2010)? La comunità può agire promuovendo inclusione per valorizzare le diversità nei progetti di vita, per l’esercizio della titolarità e per il diritto di costruzione delle proprie traiettorie di sviluppo, che passano attraverso i processi e tensioni attorno ai *touchpoint*, i punti sensibili dello sviluppo (Brazelton, 2003).

Occorre:

- impegnare e ricostruire scenari partecipati, condivisi e di inclusione sociale
- sviluppare un’intenzionalità condivisa e operazionalizzata tra le diverse titolarità (ownership) che si rendono riconoscibili nei diversi progetti di vita e nelle diverse titolarità
- lavorare sull’esercizio e il riconoscimento reciproco delle diverse titolarità, sulla riflessione condivisa e sui modi in cui le diverse titolarità sono convocate nel progetto di vita, muovendo verso la costruzione di una *community ownership*, negli interventi che faciliti l’incontro tra i progetti e i bisogni delle diverse titolarità.

Negli ultimi decenni molti psicologi hanno trovato uno spazio d’azione nei ampi della prevenzione e della promozione della salute, sviluppando importanti e autorevoli prospettive di miglioramento nella tutela della salute, non sempre sufficientemente evidenziate, valutate e apprezzate.

Nel medio periodo questa azione ha finito con l'indebolirsi, senza riuscire a prendere una consistente autorevolezza ed autonomia nei sistemi, soffrendo di una relativa marginalità negli organigrammi organizzativi dei servizi. Questo è dovuto in parte al fatto che il sistema degli obiettivi di prevenzione/promozione della salute è scarsamente operazionalizzabile in sistemi di risultati e di evidenze chiaramente misurabili e univocamente attribuibili agli interventi effettuati. Una ragione risiede forse anche alla relativa semplicità tecnologica degli interventi, che non richiedendo apparati e presidi sofisticati capaci di mobilitare attenzioni, investimenti di capitale e risorse e che non richiedono neppure complessità organizzative in grado di farsi sentire e valere a livello di sistema. Questo anche perché la promozione della salute non è in realtà riuscita a collocarsi nel proprio luogo specifico, tra la progettazione dei "sistemi" di salute e la partecipazione attiva dei diversi livelli di soggettività alla costruzione e alla gestione delle "politiche" di salute. Questo livello è presidiato piuttosto da una cultura burocratica o, nella migliore delle ipotesi, manageriale. In tal modo la prevenzione e la promozione della salute si sono (o sono state) rinchiusse entro la prospettiva più angusta degli interventi singolari, più o meno intelligenti e appropriati, ma quasi sempre sullo sfondo senza riuscire realmente a penetrare nell'immaginario, nella cultura diffusa, come parte fondante dei sistemi di salute e godendo, all'interno dei servizi e spesso nella rappresentazione degli operatori, di un prestigio marginale rispetto ai presidi professionali della diagnosi e della cura. Infine, non da ultimo, la prevenzione e la promozione della salute agiscono in contesti fortemente multidimensionali, prima ancora che multidisciplinari o multiprofessionali. Ciò rende più difficile delineare con precisione la specificità di un apparato tecnicoprofessionale privo di una titolarità sostantiva, di prima mano, sui processi a cui gli interventi dovrebbero essere destinati. Un esempio è certamente caratterizzato dal rapporto sempre molto complesso tra servizi e scuola rispetto ai processi di promozione-educazione alla salute, prevenzione e alla loro inevitabile intersezione con i percorsi e i processi educativi e di intruzione-apprendimento. La promozione della salute richiede una progettazione a partire dalle risorse effettivamente presenti e disponibili nel contesto. La mobilitazione deve quindi avvenire attorno a obiettivi operazionali concreti, nel tentativo di riannodare il contratto tra Scuola e servizi per dispiegare i potenziali educativi. Il documento "Costruire la salute" regola la predisposizione delle risorse e richiede l'individuazione di contenitori progettuali che si configurino come occasioni di relazione tra esperti di salute all'interno di azioni non prescrittive.

La co-costruzione di traiettorie di salute non può essere assimilata a un'operazione di "consenso informato" per un intervento agito dall'esterno: questa si configura come la regolazione burocratica di una relazione ed è permeata da un atteggiamento difensivo. Non è neppure un'adesione alle indicazioni dell'esperto. La promozione della salute non può essere dogmatica: la salute chiama in causa i concetti di autonomia, libertà, responsabilità. Punto chiave della promozione della salute è, in questa direzione, il concetto di "Ownership", che potremmo tradurre come "titolarità condivisa".

La titolarità ultima della salute sta nel soggetto la cui salute è in questione, ma è presente in ogni nodo della rete, seppur in maniera differenziata, e intreccia le

titolarità familiari, sociali, territoriali, educative e dei servizi. Condurre un'azione appropriata di promozione della salute comporta innanzitutto, allora, un'appropriata analisi (psicologica) delle titolarità, al fine di evidenziare il nesso tra titolarità e soggettività e di valorizzare la componente consulenziale degli interventi. Questi ultimi, infatti, non possono consistere nella fornitura pura e semplice agli "utenti finali" di informazione sui fattori di rischio, né in interventi sostitutivi/supplenti delle varie titolarità in gioco (ad esempio bypassando la responsabilità e le competenze proprie degli insegnanti nei contesti educativi), ma devono innanzitutto valorizzare insieme i punti di vista, le valenze, le competenze, le risorse e le soggettività che caratterizzano i diversi contesti. Ciò significa agire da moltiplicatori di prevenzione e promozione della salute attraverso l'individuazione, l'analisi e la sollecitazione consulenziale risorse nella comunità sulle problematiche della salute e dello sviluppo personale e sociale.

Anche nel campo della scuola, affinché avvenga una riappropriazione della titolarità sulla salute sono quindi necessari una riflessività sulle azioni e un riposizionamento delle competenze dei soggetti all'interno del processo educativo. La promozione della salute si muove su un territorio complesso, che prevede una titolarità plurima, che va declinata richiamando ogni soggetto alle proprie responsabilità in merito alla salute.

La responsabilità va convocata, affinché sia possibile una restituzione di titolarità. La delega che spesso viene operata da parte dei soggetti (vedi paziente verso il medico o docente verso l'esperto esterno), si configura contraddittoriamente come un esercizio di titolarità e una contemporanea cessione ad altri della titolarità. E' quindi necessario ricercare il reciproco e adeguato posizionamento rispetto alle diverse titolarità. La cocostruzione, la partecipazione alla costruzione di progettualità sollecita l'assunzione di reciproche titolarità. Il processo consulenziale ha l'obiettivo di rendere esercitabile la titolarità della salute da parte dei soggetti.

In questo contesto anche gli psicologi debbono essere allora protagonisti di una forma diffusa di "apprendimento situato" entro la "comunità di pratica" degli operatori, verso l'assunzione di una comune responsabilità "co-consulenziale", a partire dal confronto sulle strategie e sulle modalità di realizzazione di concreti processi di promozione della salute nel territorio. Il posizionamento verso cui occorre muovere è di tipo consulenziale, a partire dalla costruzione di una "domanda di consulenza" condivisa e in grado di rispecchiare i bisogni e le problematiche che si incontrano sul terreno concreto della collaborazione con gli agenti di promozione della salute nel territorio.

La Legge Regionale Lombardia 23/2015 che riordina il sistema sanitario e sociosanitario, e la Delibera del 16/6/2016 che istituisce l'Area dipartimentale della Salute Mentale prevedono la sperimentazione, anche in Lombardia di forme di collaborazione tra medici di Medicina Generale e psicologo, delineando la nuova figura dello psicologo di base. Di fatto, attualmente questa figura, variamente denominata come "psicologo di base", "psicologo delle cure primarie" o "psicologo di territorio" non è presente nell'ordinamento e non è chiaramente prevista tra le consolidate mansioni assegnate agli psicologi nel servizio sanitario, sociosanitario e sociale. Sono tuttavia in atto alcune sperimentazioni in varie regioni (Lazio, Piemonte, Puglia, Veneto) e una sperimentazione è attiva anche nella provincia di Bergamo dall'anno 2013.

Da un'analisi della recente letteratura nazionale e internazionale, emerge come la psicologia di cure primarie possa orientare il proprio sguardo focalizzando i seguenti imprescindibili obiettivi (Solano, 2008, 2012, 2016, Bertini 2010, Liuzzi 2010, Braibanti e Caffi 2013):

- Allestire scenari di prevenzione e promozione della salute, in particolare costruendo e progettando percorsi specifici, indirizzati alla popolazione che si trova ad attraversare i touch point più significativi entro la propria traiettoria di vita e di sviluppo.
- Costituire un filtro per i livelli secondari di cure, ovvero orientare la persona verso la cura, la struttura, il percorso più efficace presente sul territorio di riferimento, sulla base delle specifiche esigenze dell'utente stesso.
- Intercettare i bisogni di benessere psicologico che talvolta rimangono inespressi dalla popolazione o non riescono ad essere verbalizzati e compresi, ovvero sollecitare una consapevolezza rispetto alla domanda di salute e promuovere consapevolezza di sé.
- Realizzare una sinergica integrazione con i servizi sanitari, sociali e assistenziali presenti sul territorio, ossia creare una rete di relazioni fra strutture, figure, associazioni sul territorio per favorire una presa in carico condivisa e ad ampio raggio degli assistiti.
- Progettare interventi di prevenzione in continuità e raccordo con i servizi presenti nel territorio, al fine di focalizzare i bisogni e le risposte relative ai processi di salute e di malattia e promuovere uno stile di vita orientato al benessere della persona.
- Valorizzare e promuovere stili e modalità relazionali tra medico e utente maggiormente funzionali e che facilitino tutte le fasi del processo di cura.

Tutte queste azioni devono essere orientate dal principio guida della promozione della diffusione di una cultura attenta alla dimensione psicologica della salute e del benessere.

Entro la sperimentazione avviata da quasi quattro anni nella provincia di Bergamo (comuni di Adrara S. Martino, Adrara S. Rocco, Viadanica), la figura dello psicologo della salute è stata pensata come una presenza diffusa ed integrata, in grado di occuparsi, in ottica promotiva, della costruzione dei contesti di salute, della cura delle relazioni con i dispositivi del territorio, dell'intreccio delle istanze socio-sanitarie, della formazione degli attori coinvolti, con un occhio attento alle dimensioni culturali entro le quali tali elementi si collocano. In altre parole, entro il modello perseguito, le cure primarie sono pensate all'interno di un concerto di attenzioni che chiedono fortemente di essere unificate attorno al concetto di promozione della salute, auspicando la costruzione di un'équipe multidisciplinare in cui tutte le componenti coinvolte restituiscono unitarietà alla domanda e, in ultimo, alla presa in carico del soggetto.

In linea con ciò, la prospettiva muove dalla necessità, da un lato, di accogliere una domanda psicologica da parte della popolazione generale che non riesce a giungere in genere ai servizi specialistici di salute mentale e, dall'altro e più in generale, di prestare attenzione alle istanze psicologiche e psicosociali strettamente interconnesse con la richiesta di prestazioni sanitarie di base e alla loro integrazione con i servizi sociosanitari e socioassistenziali. Essa sposta il proprio focus d'interesse da un'attenzione del medico di assistenza primaria sul singolo caso a seguito della comparsa di una particolare sintomatologia, muovendo verso la centralità del soggetto e dei suoi processi di salute nell'arco vitale. Il medico di assistenza primaria, punto di riferimento stabile e presente in modo continuativo nel corso del tempo, rappresenta, in quest'ottica, il perno attorno a cui ruota la presa in carico del soggetto, in quanto detentore delle conoscenze relative alla traiettoria di vita, ai processi evolutive e alle dinamiche di salute e malattia proprie dell'assistito. Solo a partire da ciò la sintomatologia acuta o la vicenda puntuale di malattia può acquistare significato, in quanto inscritta entro la più complessa traiettoria dei processi di salute che impegnano il soggetto fin dalla nascita, allontanando dal rischio di costruire il significato solo a partire dal sintomo manifesto e predisporre un trattamento di natura riparativa. Tale momento riparativo, seppur essenziale nella cura immediata del sintomo, deve rappresentare un incidente temporaneo e volgere, progressivamente, verso uno scenario differente, che vede l'interlocuzione complessa e plurale tra professionisti collocata entro una continuità ed un accompagnamento coerente nelle traiettorie di vita. Ciò consentirebbe di spostare il proprio focus d'azione da modalità emergenziali verso assetti in cui comprendere la possibilità di potenziare i fattori protettivi e sollecitare spazi di cura di sé, con l'obiettivo di favorire un processo di cambiamento che porti a maggior consapevolezza e capacità di gestione della vita quotidiana e della propria presenza nell'itinerario di cura.

In quest'ottica, che ridefinisce l'assistenza primaria ancorandola alle dinamiche di salute entro la traiettoria evolutiva, può essere compresa la relazione forte del Medico con la figura dello Psicologo (e in tendenza, anche con l'Assistente sociale) e, in modo via via più ampio e complesso, con i contesti sociali, relazionali e culturali in cui la persona vive e si sperimenta.

L'attenzione, oltre che al soggetto assistito, è posta soprattutto ai sistemi di relazione familiare, e la famiglia costituisce l'unità di analisi del servizio proposto, volto a costituire un punto di riferimento di base, significativo e competente, per aiutare la famiglia a trovare le risposte più appropriate ai diversi bisogni incontrati nel ciclo evolutivo e che spesso sono sottesi alla manifestazione del disagio organico e della malattia o alla richiesta di intervento del medico. I professionisti dovranno muovere, congiuntamente, nello sforzo di consolidare la responsabilità di cura di sé dei soggetti, accompagnando questi nell'orientarsi entro l'intreccio tra momenti educativi e promotivi di salute, entrambi parte di una medesima traiettoria. Ciò col fine ultimo di favorire l'integrazione tra servizi e professionisti, entro una logica che faciliti la riappropriazione di persone e comunità relativamente ai processi di salute, garantendo consapevolezza e responsabilità collettiva.

Gli organizzatori dell'agire psicologico, in tale pensiero, muovono nella direzione di contribuire al riposizionamento del medico in una traiettoria di salute, in grado di accogliere e prendere in carico la domanda dell'assistito in modo globale e complessivo.

Primo obiettivo è dunque quello di intercettare bisogni psicologici all'interno della domanda di salute primaria rivolta al medico di medicina generale, destinata a rafforzare la capacità del soggetto di gestire la salute, le situazioni di malattia proprie e dei propri familiari, fornendo supporto psicologico all'interno delle vicende di salute e malattia che implicano, ad esempio, il miglioramento dell'aderenza alla cura e alle prescrizioni mediche, ila possibilità di attivare forme di supporto sociale, sostegno psicologico nel decorso delle malattie croniche e al caregiving, sostegno delle capacità di coping nella malattia grave, integrazione con le cure domiciliari con il sostegno psicologico ai familiari.

Ad un secondo livello, si pone la disponibilità dello psicologo della salute a percorsi di consultazione in favore degli assistiti che, nel corso della visita medica ed in condivisione con il medico stesso, ne facciano richiesta. Qui il ruolo dello psicologo muove nella direzione di promuovere un confronto con il senso della salute e il suo significato nella costruzione della biografia di ogni soggetto in cura che riguardi non solo la malattia, ma anche la necessità di far fronte ad eventi critici della vita nel corso dello sviluppo proprio e della propria famiglia. La vicenda di malattia è infatti solo uno degli aspetti che coinvolgono direttamente la richiesta di intervento di cura: riflessi sulla salute riguardano vicende di vita come, ad esempio, la perdita del lavoro, le tensioni delle nuove nascite, il pensionamento, l'insuccesso scolastico e lavorativo, le tensioni coniugali e intergenerazionali che talvolta implicano forme sottili di violenza diretta o assistita, situazioni di stress, la menopausa e molti altri eventi che non sempre riescono a configurare una domanda esplicita a servizi dedicati, ma che possono trovare una prima risposta accogliente presso l'ambulatorio del MMG con psicologo e assistente sociale.

Ad un terzo livello di intervento dello psicologo della salute nel contesto dell'assistenza primaria è collocato entro la prospettiva e il confine di una medicina territoriale, in cui il professionista della salute muove verso un più ampio obiettivo di tutela e promozione dei processi e delle traiettorie di salute della collettività.

Si tratta da un lato di ricongiungere i momenti della cura e della presa in carico con quelli della promozione della salute e della prevenzione, ma dall'altro lato si tratta di costruire momenti di responsabilità sociale sulla salute e sullo sviluppo personale e sociale che prevedano ad esempio:

la promozione di gruppi di genitori per la promozione della genitorialità, in continuità con i gruppi nascita, lungo tutto l'arco del percorso educativo e scolastico (in collaborazione anche con i consultori e le scuole); gruppi di promozione dell'attività motoria e dell'aggregazione sociale per le persone ad ogni livello d'età; gruppi di familiari per la gestione sana del tempo libero per tutti e per la promozione di forme "leggere" di accoglienza dei minori in difficoltà; gruppi di attività per la gestione dello stress; gruppi di intervento per la prevenzione del decadimento cognitivo. Tutte queste attività, in collaborazione con le iniziative di diversi soggetti nel territorio, costituiscono una risorsa anche per persone che vivono momenti di difficoltà nel corso della propria vita sociale e familiare.

Qui lo psicologo del territorio può rappresentare il filo che unisce i nodi di quella rete complessa di persone, servizi, sguardi e attenzioni, impegnato a sollecitare le risorse del territorio, valorizzando la cultura locale e promuovendo posizionamenti personali attivi, consapevoli e autonomi, capaci di ampliare i gradi di libertà e i livelli di responsabilità personale nel più ampio contesto di comunità. In quest'ottica il gruppo, mediato e facilitato dalla presenza dello psicologo, organizzato attorno a tematiche d'interesse che si interconnettono con i touch point dello sviluppo, potrebbe costituire un contenitore di salute, utile per sollecitare la risorsa del "mutuo aiuto" e collocare in una dimensione collettiva la domanda inerente la salute e il riposizionamento personale.

Qui vuole risiedere l'originalità della nostra esperienza in costruzione nel territorio della provincia di Bergamo. Essa ha una propria consistenza intrinseca nella rispondenza a un bisogno di integrazione dell'attenzione alla salute che si qualifica per la partecipazione protagonista del territorio e della sua espressione politica nell'Assemblea dei sindaci e dell'Ambito, per la costruzione di una prospettiva progettuale, attraverso una riflessione con i dirigenti della Azienda sanitaria locale, anche in sintonia con le ipotesi di riorganizzazione in atto dei servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio della Lombardia, in cui viene dato ampio spazio (salvo vedere nel concreto quali dispositivi verranno messi in atto) alla prevenzione e alla promozione della salute e alla costruzione di figure e momenti di integrazione tra servizi .

L'esperienza muove nel quadro di una relazione strutturale dell'Università di Bergamo col territorio e, in particolare, con alcuni Ambiti territoriali, mediante accordi di partenariato, su ulteriori pilastri strutturali che affiancano e integrano l'esperienza della collaborazione tra medici di medicina generale e servizio sociale:

- collaborazione per il rafforzamento e la qualificazione integrata del servizio di segretariato sociale, come luogo di rilevazione e promozione della domanda sociale di salute;
- promozione di un ruolo di collaborazione dello psicologo col servizio di assistenza sociale più centrato sulla costruzione di sinergie con le diverse realtà che

operano sul territorio nel settore sociale, letto in termini allargati (comprendendo anche le aree culturali, istruzione e sport), per la costruzione di comunità solidali;

- potenziamento del ruolo di costruzione dei progetti personalizzati e accompagnamento dei cittadini in condizione di fragilità sociale nel percorso di superamento della situazione di svantaggio; sviluppo di azioni di sensibilizzazione della comunità locale sull'evoluzione della domanda sociale nel territorio attraverso la rilettura delle specificità dei singoli comuni;
- integrazione di prestazioni psicologiche finalizzate all'accompagnamento sia nella fase di lettura del bisogno che di rielaborazione della condizione di disagio sociale;
- potenziamento della funzione di presa in carico personalizzata con assunzione di un ruolo, da parte dello psicologo e dell'assistente sociale, di regia della fase di progettazione e attuazione e con la messa a disposizione di figure professionali diversificate in base al bisogno sociale accolto.

Fondamentale al riguardo sarà l'attivazione di "gruppi di progetto personalizzato" che oltre all'utente vedano anche la partecipazione delle risorse professionali e territoriali (medico, psicologo, educatori) a fianco e nel coordinamento col servizio di assistenza sociale.

Queste iniziative si collocano in una collaborazione strategica orientata a fornire una base intenzionale di intervento e di supporto alla *governance* che, per esempio, sia in grado di costituire una rete intenzionale tra i diversi soggetti istituzionali, e territoriali che concorrono, nei diversi livelli, alla definizione delle politiche sanitarie e sociali:

- contribuire a condurre una corretta analisi della domanda, in grado di rilevare il panorama delle risorse, delle aspettative, delle "culture locali";
- elaborare strumenti di sollecitazione e di maturazione dei processi partecipativi, in modo da rendere disponibili risorse sociali diffuse, riconoscendo un ruolo di primo piano agli stakeholder e, in prospettiva, promuovendo una cittadinanza co-protagonista e co-intelligente di un itinerario in cui gli obiettivi sono comuni e condivisi, anche se i ruoli e le responsabilità sono mantenute rigorosamente distinte;
- affiancare a una doverosa analisi dei bisogni, condotta con strumenti tecnici appropriati, un piano di "promozione sociale" della domanda, anche attraverso la messa in azione di dispositivi metodologici puntuali in grado di valorizzare risorse importanti della convivenza sociale, quali il senso di comunità, l'*empowerment*, la rete comunicativa, il supporto sociale. Seguendo questa strategia che mira insieme alla valutazione e alla valorizzazione delle risorse della comunità, si può favorire la maturazione di una "comunità competente", in grado cioè di promuovere una migliore qualità della vita;
- valutare sistematicamente l'impatto positivo o negativo degli interventi relativi alla pianificazione territoriale, degli interventi assistenziali e sociosanitari, integrati nelle politiche sanitarie, abitative, del lavoro e della formazione, sul le

relazioni sociali e sui profili della comunità, cioè sul “*landscape*” personale, sociale e culturale che caratterizza il territorio;

- valutare e monitorare, a breve e lungo termine, i risultati degli interventi sia in termini di efficacia sia in termini del contributo che gli interventi sono in grado di apportare sulla coesione sociale e sul vissuto soggettivo dei cittadini.
- Lo psicologo di base/territorio deve costruire progressivamente una propria traiettoria professionale nell’assistenza primaria così integrata e ampliata nella territorializzazione dei sistemi sanitari e socioassistenziali e agire in essi la prospettiva della promozione della salute e dello sviluppo di comunità. Occorre cioè ridisegnare, in uno sforzo di progettazione e di riflessione partecipata con i soggetti di sistema, la collocazione professionale dello psicologo e la sua fisionomia istituzionale.

Lo psicologo di base deve costruire progressivamente una propria traiettoria professionale nell’assistenza primaria così integrata e ampliata nella territorializzazione dei sistemi sanitari e socio-assistenziali e agire in essi la prospettiva della promozione della salute e dello sviluppo di comunità. Occorre cioè ridisegnare, in uno sforzo di progettazione e di riflessione partecipata con i soggetti di sistema, la collocazione professionale dello psicologo e la sua fisionomia istituzionale. Da qui probabilmente occorrerebbe partire per una riflessione di sistema e non dalla ricerca di improbabili equilibri tra posizioni consolidate in un panorama ormai obsoleto e di retroguardia.

i

[ⁱ BIBLIOGRAFIA PAG. 430](#)