

TEORIA E RICERCA IN EDUCAZIONE

COLLANA DEL DIPARTIMENTO
DI FILOSOFIA E SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
SEZIONE DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Direttore

Renato GRIMALDI

Comitato scientifico

Cristina BERTOLINO

Paolo BIANCHINI

Paola BORIGNA

Sandro BRIGNONE

Barbara BRUSCHI

Tanja CERRUTI

Cristina COGGI

Ivan ENRICI

Carlo Mario FEDELI

Maria Adelaide GALLINA

Cristiano GIORDA

Matteo LEONE

Graziano LINGUA

Daniela MACCARIO

Maria Federica MAZZOCCHI

Lorena MILANI

Sara NOSARI

Tania PARISI

Alberto PAROLA

Marisa PAVONE

Isabella PESCARMONA

Francesco PONGILUPPI

Paola RICCHIARDI

Paolo ROSSO

Simona TIROCCHI

Emanuela Maria Teresa TORRE

Roberto TRINCHERO

Federico ZAMENGO

TEORIA E RICERCA IN EDUCAZIONE

COLLANA DEL DIPARTIMENTO
DI FILOSOFIA E SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
SEZIONE DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

[...] tra una scienza e l'altra non sono obbligatorie clamorose divergenze di modelli del mondo, presupposizioni, grammatiche, linguaggi, modelli di base e compositi, [...] molti tipi di scambio di siffatte componenti tra le strutture concettuali di scienze diverse sono meno disagiati di quanto comunemente si creda.

Luciano GALLINO, *L'incerta alleanza*, 1992, p. 282

Teoria, metodo e ricerca sono alla base degli studi raccolti nella presente collana. Il linguaggio scientifico e l'interdisciplinarietà caratterizzano i lavori qui pubblicati da studiosi di differenti aree che, provenendo dalle scienze umane e dalle scienze naturali, proprio in questo spazio trovano il luogo di una feconda cooperazione intellettuale.

Tutti i testi sono preventivamente sottoposti a referaggio anonimo.

Classificazione Decimale Dewey:

362.8286 (23.) FAMIGLIE. Orientamento e consulenza

Soggetto Thema:

JBFN. Salute, malattia e dipendenza: aspetti sociali

Qualificatori Thema:

1DST. Italia

SONIA CHIARAVALLOTI

LA SALUTE BIOPSIKOSOCIALE NELLE RELAZIONI FAMILIARI

IL FAMILY HOME VISITING
A TUTELA DELLA QUALITÀ DELLA VITA
NELLE REALTÀ DEL TERRITORIO CALABRESE:
IPOTESI E CRITICITÀ





©

ISBN
979-12-218-2681-4

PRIMA EDIZIONE
ROMA 13 MAGGIO 2026

INDICE

9 Capitolo I

Salute e Famiglia

1.1. La salute oggi: attualità tra biomedicina e salutogenesi: conoscenze e competenze in prospettiva transdisciplinare a tutela della qualità della vita tra medical humanities e PNEI, 9 – 1.2. Salute e qualità delle relazioni familiari: tutela del benessere dei minori e formazione di un ambiente di prevenzione della disfunzionalità sistemica, 21 – 1.3. Educazione alla salute: il family home visiting come strumento di potenziamento delle relazioni familiari, 30.

39 Capitolo II

Family Home Visiting

2.1. Il family home visiting: l'educazione familiare come teoria di base per l'efficacia dell'intervento, 39 – 2.2. Family Home Visiting: radici storiche e teoriche, 46 – 2.3. Family home visiting: un progetto educativo per tutti, 58 – 2.4. Ipotesi progettuale – Premessa, 65 – 2.4.1. *Punti cardine del progetto*, 68 – 2.4.2. *Soggetti interessati*, 69 – 2.4.3. *Finalità generali*, 69 – 2.4.4. *Obiettivi specifici*, 69 – 2.4.5. *Target di riferimento*, 70 – 2.4.6. *Equipe di progetto*, 70 – 2.4.7. *Suddivisione del progetto in due step*, 71 – 2.4.8. *Esecuzione progettuale*, 72 – 2.4.9. *Monitoraggio e Valutazione*, 75.

79 Capitolo III

Esperienze italiane di Family Home Visiting

3.1. Un quadro frammentato dell'attuale politica educativa italiana, 79 – 3.2. La povertà educativa, 83 – 3.2.1. *Italia settentrionale*, 89 – 3.2.2. *Italia centrale*, 96 – 3.2.3. *Italia meridionale*, 98 – 3.3. Progetto "Flocchi in Ospedale" Save The Children, 100 – 3.4. Il Cismai e la genitorialità fragile, 101 – 3.5. Centro per la salute dei bambini e delle bambine ONLUS, 107 – 3.6. Progetto PRIMA Abruzzo, 112 – 3.7. PLII-Emilia.Romagna Infanzia e Salute, 116.

121 Capitolo IV

Il territorio calabrese: proposte, progetti, prospettive e criticità territoriali

4.1. Dallo sguardo internazionale alle operatività territoriali, 121 – 4.2. La crisi sanitaria della Regione Calabria: l'assenza dei dati riguardanti la famiglia ed i minori, 134 – 4.3. Esiti di una ricerca sull'esistenza di una politica regionale calabrese per la famiglia, 141 – 4.4. Considerazioni conclusive: l'assenza di fatto dell'educazione nelle politiche nazionali e regionali e le sue conseguenze, 147.

157 *Bibliografia*

CAPITOLO I

SALUTE E FAMIGLIA

1.1. La salute oggi: attualità tra biomedicina e salutogenesi: conoscenze e competenze in prospettiva transdisciplinare a tutela della qualità della vita tra medical humanities e PNEI

La definizione della salute è oggi, come in passato, di grande attualità¹, ed è ancora ora una questione con notevoli implicazioni di carattere politico, sociale, sanitario nonché etico e bioetico e tale da investire le sfide che da una parte lo stato globale pone inesorabilmente per tutti, ma dall'altra espone alla responsabilità personale di autoprodurre salute.

Che cos'è oggi la salute? Un fine o un mezzo utile al raggiungimento di quel fine?² La letteratura sul tema è vasta³ e disorientante, a tratti

¹ A.A. CONTI, *Historical evolution of the concept of health in Western medicine*. Acta Biomed. 2018 Oct 8;89(3):352-354.

² S. GALEA, *Perché la salute?* Recent Prog Med 2021;112(6):413-415.

³ Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization 2005; H. GRAHAM, P.C. WHITE, *Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives*. Public Health. 2019 Sep; 174:154; F. LEONARDI, *The Definition of Health: Towards New Perspectives*. International Journal of Health Services 48.4 (2018): 735-748. J.P. KOPLAN, T.C. BOND, M.H. MERSON, K.S. REDDY, M.H. RODRIGUEZ, N.K. SEWANKAMBO, J.N. WASSERHEIT, *Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health*, Lancet. 2009 Jun 6;373(9679):1993-5; J.S. AYRES, *The Biology of Physiological Health*, Cell.,2020 16;181(2):250-269; K.L. BRADLEY, T. GOETZ T., S. VISWANATHAN, *Toward a Contemporary Definition of Health*, Mil Med. 2018 Nov 1;183(suppl_3):204-207; H. BRÜSSOW, *What is health?* Microb Biotechnol. 2013 Jul;6(4):341-8; D. CALLAHAN, *The WHO definition of 'health'*. Stud Hastings Cent. 1973;1(3):77-88; V.P. VAN DRUTEN, E.A. BARTELS, D. VAN DE MHEEN, E. DE VRIES, A.P.M. KERCKHOFFS, L.M.W. NAHAR-VAN VENROOIJ, *Concepts of health in different contexts: a scoping review*. B.M.C. Health Serv Res. 2022 Mar

tanto ampia da sfuggire ad ogni definizione accurata, a tratti inclusiva fino alla sovrabbondanza, di certo di non facile selezione e sistematizzazione.

La definizione ampiamente riconosciuta e ancora internazionalmente apprezzata risale al 1948, anno in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità associò il concetto di salute ad "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto alla assenza di malattia o di invalidità", e ad oggi non ha un'adeguata alternativa, ma deve essere collocata nel suo contesto culturale, sociale e politico.

L'evoluzione della ricerca medica, l'enorme progresso tecnologico della seconda metà del Novecento affiancate da valutazioni di ordine filosofico e dal sopraggiungere delle scienze psicologiche hanno evidenziato da una parte l'esperienza soggettiva del malato, intima e unica, nonché la crescente consapevolezza dell'interconnessione e dell'interdipendenza tra gli esseri umani che ha contribuito a rivolgere lo sguardo sui nessi che intercorrono tra salute, società e ambiente.

Infatti, la completezza contenuta nella definizione di salute ha esteso il benessere ad ambiti distanti dalla biologia e dalla medicina rinviando ad un concetto olistico di salute proiettato su una doppia prospettiva, una interna relativa alla responsabilità personale ed una esterna relativa all'ambiente di vita.

Il progresso scientifico e tecnologico e la trasformazione della medicina da attività professionale ad un complesso sistema di relazioni economiche culturali e logistiche tali da renderla un'impresa sociale con la conseguente trasformazione del ruolo del medico, hanno determinato una notevole trasformazione della percezione della malattia e della salute.

24;22(1):389.; K. FISCELLA, R.M. EPSTEIN, *Why the United States needs a multifaceted definition of health*, Health Aff Sch. 2023 Sep 19;1(4); F. GODLEE, *What is health?* BMJ 2011;343; I. KICKBUSH, *The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion*, Am J. Public Health 2003; 93(3):383-7; L.T. NIEBRÓJ, *Defining health/illness: societal and/or clinical medicine?* J. Physiol Pharmacol. 2006 Sep;57 Suppl 4:251-62; K. SØRENSEN, S. VAN DEN BROUCKE, J. FULLAM, G. DOYLE, J. PELIKAN, Z. SŁONSKA, H. BRAND, *(HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health. 2012 Jan 25

Seppur decisiva per il passaggio da una visione organicistica e bio-medica della salute ad una visione molto più estesa e inclusiva, l'impostazione originaria nata dal paradigma biomedico basata sulla visione meccanicistica della fisiopatologia umana e su una clinica superspecialistica si è proiettata verso una grande trasformazione culturale⁴: si può ad oggi affermare che la definizione è inequivocabilmente astratta pur riconoscendo l'ambito politico storico ed epidemiologico nel quale si è formata e ammettendo che la definizione è stata poi rinnovata in termini di Promozione alla salute⁵. Tuttavia, ad oggi è necessario scoprire e proporre nuove definizioni più adatte al contesto attuale⁶.

Forse, anche alla luce dei cambiamenti dell'umanità e delle sfide della salute globale, la necessità di individuare ancora una definizione univoca di salute adattabile all'universo intero potrebbe essere sostituita da quella di accettare un approccio multidisciplinare, che consente di individuare la definizione più adeguata a seconda dell'ambito di applicazione⁷.

Il modello biomedico che si è rivelato fondamentale per lo studio sistematico del corpo umano e la formulazione di diagnosi attraverso la raccolta dei dati, è diventato anacronistico di fronte all'importanza riconosciuta alla salute come complesso di variabili bio-psico-sociali.

Dal modello *disease centered* nel quale la malattia veniva ricondotta semplicisticamente ad un rapporto di causa-effetto garantendo una cura

⁴ F. BOTTACCIOLI, *Evoluzione del paradigma biomedico*, Ann. Ist. Super, Sanità, 1999, 35-4: 535-541

⁵ *Tuttavia la definizione OMS, attualmente ancora vigente, è oggetto di una viva discussione che si articola principalmente su questi due concetti: lo stato di completo benessere è una condizione che può essere mantenuta per brevi periodi e solo da alcuni soggetti (non dai malati cronici per esempio) e si rivela pertanto un obiettivo utopistico; la formulazione incoraggia la iper-medicalizzazione della società sia per l'assolutezza del termine "completo" sia per l'ampiezza del proprio raggio di azione (fisico, mentale e sociale)* F. LEONARDI, *The Definition of Health: Towards New Perspectives*, International Journal of Health Services 2018, Vol. 48(4) 735-748.

⁶ M. INGROSSO, *Nuove definizioni di salute e loro implicazioni formative*, Sistema Salute, 59, 3, 2015: 425-440

⁷ L. LEONARDI, *The Definition of Health: Towards New Perspectives*. Int J Health Serv. 2018 Oct;48(4):735-748

efficace ed efficiente della malattia⁸, come il modello biomedico, si passa ad un modello *patient centered* nel quale le variabili biological (gender, age, genetics, physiologic reactions, tissue health), psychological (mental health, emotional health, belief and expectations) and sociological (interpersonal relationship, social support dynamics, socioeconomic) diventano elementi necessari per la cura della persona nel suo complesso e non solo per la cura della malattia.

Tale complessità del concetto di salute nella società contemporanea pone l'accento sul ruolo di protagonista dell'individuo nella costruzione del proprio benessere, così come l'importanza del ruolo del professionista sanitario.

Per questo l'approccio biopsico sociale che mantiene inalterato l'approccio alla malattia del modello biomedico pur ampliandone gli obiettivi, fa' rientrare all'interno delle competenze del medico anche le dimensioni più strettamente psicologiche e sociali, anche perché la medicina non è solo una scienza naturale, ma anche una scienza umana, oltre che un'arte.

L'approccio biopsico-sociale favorisce l'integrazione del medico con altri professionisti sanitari e sociali, garantendo un lavoro di equipe multiprofessionale nella gestione del paziente attraverso l'*assessment* dei bisogni multidimensionali⁹, una valutazione complessa dei bisogni del paziente, per la quale è stato ideato uno strumento validato e trasversale alle varie professioni ossia l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), proposto dal WHO⁹, un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati¹⁰. L'ICF comprende tutti gli aspetti della salute umana, rapportandoli a quattro componenti: funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali.

La crescita verso il bisogno di un sapere umanizzante e di un concetto di salute come risultato di un confronto tra individui in grado di

⁸ G. COSMACINI, *La religiosità della medicina, dall'antichità ad oggi*, Laterza, Bari, 2007, 12

⁹ OMS (2002) ICF. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute*. Edizioni Erickson, Gardolo (TN)

¹⁰ ICF, WHO 2001, 3

cogliere sintomi e stati soggettivi del paziente, prima ritenuti secondari, e così implementare lo stato di benessere, è risultato anche attraverso il supporto della relazione tra persone oltre i ruoli che la circostanza di malattia richiede, nella necessità umana di evolversi rispetto alla condizione iniziale di partenza di entrambi.

La netta demarcazione tra discipline scientifiche e umanistiche, tra il paradigma della *Evidence Based Medicine* e quello della *Narrative Based Medicine* viene lentamente affievolendosi.

È qui che nascono le Medical Humanities^{11 12} che osservano non solo la malattia ma anche il paziente e, più ampiamente, la persona, cogliendo le sue caratteristiche uniche a livello culturale sociale e personale, così da favorire l'instaurarsi di una relazione proficua e un'alleanza terapeutica efficace.

Il legame tra discipline tanto diverse dal punto di vista epistemologico è la riscoperta dell'*humanitas*, la parte più nobile della professione medica, che si apprende dalla e nell'esperienza, trascendendo il mero sapere, attraverso un esercizio di vita quotidiano in cui si confondono il saper professionale con il saper essere che pervade tutta la vita della persona, con le sue scelte valoriali ed etiche nella professione, come in tutti i suoi rapporti di senso.

La salute promossa dall'approccio delle MH, intesa come unità di scienze naturali ed umane, ha una prospettiva multidisciplinare e consente di ripensare alla teoria, alla ricerca empirica, alle loro interconnessioni come anche ad una adattabilità concreta in termini di formazione, comunicazione e organizzazione nella comunità sociale in cui l'evoluzione è orientata in tal senso¹³.

L'approccio pedagogico delle MH è evidente se si guarda alle MH come strumento per raggiungere non solo individui formati in medi-

¹¹G. BONIOLO, *Medical Humanities: per una filosofia delle biomedicine*, 2017: 215-232

¹²Dietrich von ENGELHARDT, *La Storia della Medicina nella prospettiva della "Medical Humanities"*. Medicina, chirurgia e politica nell'Ottocento toscano: l'archivio di Ferdinando Zanetti. -(Strumenti; 2) (2003): 1000-1014

¹³P.M. FIOCCO, *Sociologia della salute e discipline affini*. In C. Cipolla (Eds.), *Manuale di sociologia della salute*. Teoria 2004, 95-106. Franco Angeli, Milano

cina ma altresì “educati in medicina”, attraverso una crescita individuale come futuri operatori che si mettano interamente in gioco nella loro professionalità. L’incontro con altri linguaggi, paradigmi e culture, offre l’opportunità di aprirsi al confronto con altri modelli di senso e mettere in discussione il proprio¹⁴.

Le Medical Humanities, guardando alla realtà del soggetto ammalato e di ciò che lo circonda attraverso uno sguardo capace di cogliere la complessità di tale realtà consente di raggiungere un duplice fine, dal punto di vista pedagogico e da quello sociosanitario. Si afferma in tal modo una pedagogia che tenta di coniugare pratiche di cura centrate sulla persona con un consapevole riguardo verso i processi di ottimizzazione delle risorse.¹⁵

D’altronde, a livello internazionale vi è una richiesta di humanities relativamente ai cambiamenti dettati dalla medicina di precisione e personalizzata; alle possibilità prospettate dall’ingegneria genetica; alla natura delle patologie complesse e alla multi-morbilità; alle metodologie di raccolta e valutazione delle evidenze scientifiche; alla ripetibilità e riproducibilità dei risultati; al problema del conflitto di interessi; all’interpretazione dei dati statistici e alla loro rilevanza clinica.¹⁶

Le componenti fondamentali delle MH sono tre e comprendono: l’ambito disciplinare delle scienze umane, delle scienze sociali e delle arti, che concorrono alla formazione medica dei professionisti sanitari assieme alle scienze naturali e alle discipline cliniche e assistenziali¹⁷: dalle modalità di integrazione delle diverse componenti sono sorte due diverse concezioni, la prevalente, definita “additiva”, in quanto considera l’introduzione delle Medical Humanities come l’aggiunta di ele-

¹⁴ A. BEVILACQUA, *Il processo di implementazione delle Medical Humanities in Italia: progetto di ricerca sullo stato attuale*, Formazione e Insegnamento, IX-2-2011.

¹⁵ A. BEVILACQUA, *Dal curare al prendersi cura. La valenza pedagogica delle medical humanities*. Per un’impostazione pedagogica finalizzata ad azioni di cura e all’ottimizzazione delle risorse nei contesti sociosanitari 2011, Vol.58 n.3, 27-43

¹⁶ G. BONIOLO, R. CAMPANER, V. COCCHERI, *Medical Humanities: una proposta interpretativa e didattica* n.83, 2019, 3697-370

¹⁷ G. GIARELLI, *Le Medical Humanities nelle Facoltà di Medicina: una prospettiva internazionale*. Medicina e Morale 69.4 (2020): 435-452

menti “soft” agli elementi “hard” e la seconda di tipo integrativa nella quale c’è un perfetto completamento tra gli ambiti e nessuna prevaricazione.

La malattia come dato scientifico standardizzato, propria dell’EBM e il vissuto di malattia come esperienza soggettiva unica ed irripetibile, propria del NBM, rappresentano gli elementi base per la formazione dei professionisti della salute del futuro, una formazione che rende più adatta alle problematiche attuali il ruolo del sanitario e più soddisfacente la posizione del paziente.

Le competenze di tipo narrativo si possono acquisire attraverso le MH, ossia attraverso una formazione che valorizza il potere del racconto, in particolare dei racconti autobiografici che orientano lo sguardo sulla salute sull’interesse della persona frutto di una ricercata e strutturata relazione medico paziente.

Disease, illness e sickness rappresentano i tre stati di sofferenza che una persona porta con sé nella malattia e, la presa in carico globale di tutti questi aspetti interconnessi garantisce una panoramica della persona in senso integrale.

Il concetto di malattia in senso biomedico integrato con l’esperienza soggettiva dello star male e la connotazione sociale della malattia sono aspetti di una unica narrazione che integra i diversi punti di osservazione di tutti coloro che intervengono nel processo di cura.

La medicina narrativa, supportata dalla scienza pedagogica, garantisce valore terapeutico alle parole che divengono cura e promuovono il processo di “empowerment”, attraverso il quale è possibile trasformare la realtà circostante in funzione soprattutto di una migliore qualità della vita¹⁸.

Se quindi l’approccio della Medicina Narrativa è di natura qualitativa e si basa sulla volontà e abilità di ascoltare ed elaborare storie, l’approccio della medicina evidence based è di natura quantitativa. Mentre

¹⁸A. LOPEZ, *Empowerment e pedagogia della salute*, Progedit, Bari 2004, 20-70

la prima si rifà al pensiero narrativo, l'altra invece al pensiero logico-analitico.

Il sapere scientifico, le competenze tecniche e specialistiche vengono trasfuse nel gesto di cura verso l'individuo portatore di unicità e meritevole di attenzione, ma questo sapere richiede inevitabilmente il legame con altre discipline afferenti alle scienze umane, alle scienze sociali e alle arti, orientate a riesaminare la formazione dei professionisti sanitari e la pratica clinica secondo una prospettiva interdisciplinare dei saperi.

D'altronde lo stato di salute si muove in un continuum tra un piano di completo benessere e un piano di accesso alla malattia, ciclicamente si allontana o si avvicina ai punti estremi di salute e di malattia. Tale evoluzione naturale può incepparsi e può essere affrontata a partire da due differenti modi di vedere la salute, un modello detto patogenesi e uno detto salutogenesi. La patogenesi concerne l'insorgere della patologia e le modalità con la quale può essere contrastata. In questo senso occuparsi della salute delle persone significa, sviluppare azioni di prevenzione in grado di indirizzare gli stili di vita e le caratteristiche dell'ambiente, in modo da anticipare le cause della malattia oltrechè offrire le cure più adeguate al caso specifico.

Al contrario chiedersi "quali sono le origini della salute", ponendo al centro dell'attenzione la possibile produzione di benessere al posto di "qual è l'origine della malattia?", indaga le componenti del malessere e diventa cruciale nella relazione medico-paziente, mutando nettamente la prospettiva sulla natura della salute stessa. Da queste considerazioni sono nati due paradigmi: l'approccio patogenico e l'approccio salutogenico¹⁹: nel primo il rapporto tra salute e malattia è omeostatico, tanto che l'organismo esclude tutto ciò che non conosce garantendo il controllo su ciò che già gli appartiene, mentre nel secondo è eterostatico, ossia l'organismo accetta l'elemento nuovo e la possibilità del conflitto con esso allargando la possibilità di evoluzione in esso insita.

¹⁹ A. ANTONOVSKY, *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey Bass Social and Behavioral Science Series, San Francisco, (CA), 1987

La necessità di tener lontano lo stress porta l'organismo a mantenere costantemente il suo personale senso di equilibrio è proprio dell'approccio patogenico, mentre nel secondo caso lo stress può essere un elemento positivo se valutato e regolato in base alle proprie risorse interne ed esterne.

Secondo la salutogenesi non sono gli accadimenti che aggrediscono l'organismo, tra i quali anche la malattia, a determinare il mantenimento o meno della nostra salute, bensì i significati che vengono attribuiti agli accadimenti, definiti senso di coerenza.

La salutogenesi presuppone che le esperienze di vita determinino il senso di coerenza²⁰ caratterizzato da tre dimensioni coordinate tra loro: la significatività ovvero 'attribuzione di significato agli eventi che funge da motivazione al proseguire nell'evoluzione e libera dalla immobilità, la gestibilità, ovvero la consapevolezza di avere potere sugli eventi poiché ricchi di risorse utili allo scopo e la comprensibilità²¹, la capacità di attribuire un senso agli accaduti e di riordinare gli avvenimenti all'interno di un quadro coerente. Il tutto confluisce in *"un orientamento globale che esprime la misura in cui si ha una pervasiva, duratura ma dinamica sensazione di fiducia che gli ambienti interni ed esterni siano prevedibili e che esiste un'alta probabilità che le cose vadano come ci si possa ragionevolmente aspettare"*²².

Poiché i fattori e i processi che influiscono sul senso di coerenza sono molteplici, è richiesto un approccio multidisciplinare e sistemico per comprendere quale sia la predisposizione alla salute di un organismo, ma è vero altresì che ciascun individuo possiede tutte le risorse salu-

²⁰ A. ANTONOVSKY, *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, Health Promotion International, 1996 Vol. 11(1), 11-18

²¹ G.F. BAUER, M. ROY, P. BAKIBINGA, P. CONTU, S. DOWNE, M. ERIKSSON, G.A. ESPNES, B.B. JENSEN, D. JUVINYA CANAL, B. LINDSTRÖM, A. MANA, M.B. MITTELMARK, A.R. MORGAN, J.M. PELIKAN, L. SABOGA-NUNES, S. SAGY, S. SHOREY, L. VAANDRAGER, H.F. VINJE. *Future directions for the concept of salutogenesis: a position article*. Health Promot Int. 2020 Apr 1;35(2):187-1

²²A. ANTONOVSKY, *Health, stress and coping*, 1979, Jossey-Bass, San Francisco (CA)

togeniche interne ed esterne che ci permettono di affrontare i fattori di stress e che sono definiti *General Resistance Resources* (GRR).

Gli *assests* personali sono rappresentati dalle abilità cognitive, emotive, relazionali dell'individuo stesso, mentre gli *assests* ambientali sono rappresentati dalle risorse economiche, sociali e culturali.

Pertanto, la creazione e l'espansione dello stato di salute non è solo questione di carattere medico, ma legata ad innumerevoli fattori diventando così oggetto di studio interdisciplinare, dalla medicina alla pedagogia, dalla sociologia alla psicologia con il fine di ottenere una visione olistica dell'individuo all'interno di un contesto più ampio di quello al quale è stato per secoli relegato, ovvero quello della malattia ed ecco perché l'educazione medica può integrare gli ambiti disciplinari mancanti nella formazione attuale.

Infatti, dopo un secolo, dominato dall'approccio patogenico, la strategia salutogenica riconosce nella salute un percorso di crescita attuabile concretamente tramite l'ampliamento delle conoscenze, il consolidamento delle capacità e l'apprendimento di abilità di gestione dello stress, di relazione e comunicazione, stima e cura di sé, consapevolezza dei propri bisogni e della volontà di divenire ciò che si è realmente.

È quindi possibile auto- produrre e auto - promuovere salute: se la prevenzione primaria ha il fine di prevenire la patogenesi, la promozione della salute implica la salutogenesi, ossia la promozione negli individui di comportamenti salutogeni, vale a dire di compiere scelte di salute riconoscendo le proprie capacità e risorse e compensando quelle mancanti.

La promozione della salute²³ in chiave salutogenica ha l'obiettivo di implementare la qualità della vita, ridurre le disuguaglianze di salute, diminuire i costi del sistema sanitario, aumentare l'efficacia e l'efficienza

²³ 1978 International Conference on Primary Health care, Alma-Ata – "Health for All by the Year 2000" accettato da 150 nazioni- nascita del movimento della Promozione della salute; 1986 Ottawa. I International Conference on Health Promotion Ottawa Chart; 1997- Jakarta: esame degli obiettivi raggiunti e progetto health 21; 2008, Carta di Tallinn su Health System, Health and Wealth: Sistemi sanitari ben funzionanti contribuiscono non solo alla salute, ma anche al benessere e allo sviluppo economico

dei servizi superando l'anacronistica concezione secondo la quale l'ereditarietà e l'ambiente sono fattori determinanti per lo sviluppo umano, e riconoscendo valore ad un altro fattore, quello della relazione umana, tanto affascinante quanto poco approfondito e soprattutto reso vivo nella realtà (questa tematica sarà meglio approfondita nei paragrafi successivi).

La visione dell'organismo umano come un sistema che possiede una natura olistica intrinseca in connessione con l'ambiente esterno è oggetto di un paradigma biopsicologico che si definisce PNEI, vale a dire Psiconeuroendocrinoimmunologia: l'interazione bidirezionale tra i sistemi neuroendocrino e immunitario è di fondamentale importanza per il mantenimento di uno stato di salute globale dell'organismo ma è strettamente collegata alle condizioni ambientali nelle quali l'organismo è inserito e che possono influenzare i livelli di stress.

La PNEI integra il sistema immunitario, nervoso ed endocrino con il sistema relazionale dell'individuo, collegando la dimensione micro con quella macro: la psiche e l'ambiente si influenzano reciprocamente usando molecole che, al tempo stesso, possono fungere da neurotrasmettitori, ormoni e citochine. La PNEI ha il pregio di aver definitivamente superato i riduzionismi esistenti tra medicina e psicologia e la distinzione tra corpo e mente e rimodellato il concetto della salute secondo parametri e schemi più adeguati al contesto attuale.

Ecco allora che alla luce dei cambiamenti storici e politici e dei progressi della scienza, delle nuove teorie elaborate e dei nuovi paradigmi, la definizione di salute potrebbe essere "la capacità di adattarsi ed autogestirsi"²⁴, che si costruisce attraverso l'esercizio costante e continuo delle relazioni umane che, grazie a questa nuova definizione di salute, si elevano a livello di competenza di pregio per la costruzione di una salute individuale e sociale.

Com'è di agevole constatazione, il rapido allentamento dalle relazioni di prossimità sostituite da connessioni virtuali, rapide e fram-

²⁴ Editorial. *What is health? The ability to adapt.* Lancet 2009; 373: 781; Huber MACHTELD *et al.*, *How should we define health?* BMJ 2011;343: d4163

mentate ha sfaldato la rete di appartenenza dell'individuo rendendola superflua, ha inoltre deteriorato i processi di inclusione e appartenenza alla comunità riducendo la percezione del benessere sociale a vantaggio dello star bene individuale²⁵. La scarsità di relazioni di qualità è un fattore di rischio rilevabile ai fini della salute che incide in modo evidente sulla possibilità di prevenire malattie cardiocircolatorie, demenza senile, malessere psichico, obesità, ed aumenta le probabilità di sopravvivenza in caso di cancro²⁶. La spiegazione del benessere prodotto dalle relazioni è connessa alla produzione degli ormoni della felicità, in particolare l'ossitocina che abbassa la frequenza cardiaca inibendo il rilascio di cortisolo, che al contrario è l'ormone dello stress, che indebolisce il sistema immunitario e al contempo conduce al rilascio della serotonina, ormone fondamentale nella coagulazione del sangue, nella gestione del sonno e dell'umore e nel rafforzamento della fiducia nelle proprie e altrui capacità affettive.

L'esistenza di un nesso reale tra relazioni sociali e marcatori biologici di longevità è un esempio di rilevanza positiva della socialità sulla salute poiché è stato dimostrato che i soggetti con i massimi punteggi nella valutazione dell'integrazione sociale sono anche coloro che hanno i valori più bassi negli indici d'infiammazione, mentre nei soggetti più isolati si riscontrano gli indici d'infiammazione più elevati. Nell'adolescenza così come nella terza età tale correlazione è emersa maggiormente, poiché l'indice d'infiammazione risulta direttamente proporzionale alla mancanza di attività fisica e alla scarsità di legami sociali²⁷.

²⁵ M. INGROSSO, *Senza benessere sociale*, 2003, 12-13 Franco Angeli, Milano

²⁶ R. WALDINGER, M. SCHULZ, *The good life*, 2023

²⁷ Y.C. YANG, C. BOEN, K. GERKEN, T. LI, K. SCHORPP, K.M. HARRIS. *Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2016 Jan 19;113(3):578-83