

## ***Il dibattito sulle nuove definizioni di salute: riflessioni e proposte***

di Marco Ingrosso,  
*professore di Sociologia della salute e della cura presso l'Università di Ferrara*

Attenzione: una diversa versione di questo saggio è stata pubblicata nel volume:

Marco Ingrosso

***La cura complessa e collaborativa***

***Ricerche e proposte di Sociologia della cura***

Aracne, Roma

ISBN 978-88-548-9717-5, formato 14 x 21 cm, 264 pagine, 18 euro

<http://www.aracneeditrice.it/aracneweb/index.php/pubblicazione.html?item=9788854897175>

per le citazioni, si prega di fare riferimento all'edizione originale

### **1. I territori di Salute, le mappe di Cura**

Diversi autori che si sono posti di fronte al compito di definire la salute ne hanno colto il nascondimento (Gadamer, 1993), la fuggevolezza, la sua dimensione notturna e inconoscibile, come quella di una dea (Ingrosso, 1994), la sua incontrollabilità e arrivo inatteso (Turner, 1994), magari dopo una “rottura biografica” (Bury, 1982) che ce ne ha fatto allontanare e oscurare l'immagine. Al contempo, molti hanno sottolineato il nostro desiderio e bisogno di farcene una rappresentazione, di darle un nome, di trovare un percorso che ci conduca al suo cospetto e che ci permetta di convocarci insieme per condividere la sua saggezza.

Il territorio in cui abita la dea Salute è estremamente ampio e variegato: negli spazi minuti e infinitesimali della corporeità di ogni vivente, nell'infinito e vaporoso mondo dei pensieri, desideri ed emozioni che abitano e intrecciano gli umani, nelle comunicazioni, relazioni e azioni che i terrestri costantemente inventano, nelle ampie pianure, montagne e mari in cui si dispiega la vita su Gaia e oltre, negli spazi siderali extraterrestri.

Essa assume aspetti precipui nella singolarità di ogni essere vivente (*è la mia-sua salute*), ma essa connette anche fra loro i membri della specie umana (*è una nostra-salute*: di noi associati e/o della nostra “unità di sopravvivenza”), e fa interagire tutti i viventi fra loro e col mondo fisico non vivente, con cui essi scambiano sostanze ed energie (*è una eco-salute* che prospera in un habitat). Dunque la Salute ha a che fare con “la struttura che connette” la Creatura, ma si nutre anche del Pleroma (come hanno detto Jung, 1916 e Bateson, 1979) e intreccia infiniti fili che permettono alla vita di mantenersi, prosperare, trasformarsi, evolvere.

È possibile per gli umani conoscere e comprendere la ramificazione di questi fili, la loro organizzazione, le combinazioni del loro intreccio? O si tratta di una illusione, di una *hybris*, che nasconde la volontà di controllare, spodestare e sostituire la dea stessa?

Forse una strada meno sfidante e più umile può essere quella di ricorrere a Cura, l'aiutante di Salute, di cui essa si serve per contrastare il disordine apportato da Caos che, interpretando la continua creatività di nuove forme viventi, *non si cura* dell'esistente ma lo vorrebbe riportare al più presto allo *stato nativo*. Cura ha bisogno di mappe per arrivare

nei vari punti in cui la Salute genera e mantiene i viventi, ma ha anche bisogno di appassionarsi al suo compito, di stabilire con gli umani (e non solo) una forte relazione co-generante, altrimenti Cura stessa sarebbe sterile. Anche perché solo loro possono darle accesso a quella specifica combinazione bio-culturale (bio-psico-socio-eco) che essi vivono e incarnano. Le mappe di Cura sono quindi generate non solo da porzioni del sapere di Salute, che essa le elargisce, ma anche dall'intensità delle relazioni stabilite coi viventi, affinché essi le diano accesso a quelle porzioni di territorio che essi abitano, per quanto non da soli e per quanto senza averne il pieno controllo.

È forse possibile per gli umani convincere Cura a diventare, a loro volta, suoi aiutanti, decifrandone alcune mappe, via via più ampie e complesse, ma soprattutto condividendone la relazione curante con gli altri viventi, passaggio verso i loro percorsi segreti.

È quindi con molta circospezione e umiltà che è possibile conoscere qualche mappa di Salute, diventando aiutanti di Cura, ma sapendo che “le mappe non sono il territorio” (Bateson, 1972): esse ci servono per procedere, per apprendere, per metterci in relazione con chi ha altri tasselli di queste stesse mappe, altre visioni del territorio. Le mappe di salute ci sono necessarie anche per convocarci insieme e condividere il sapere parziale che abbiamo acquisito, concordare dei percorsi comuni. Per questo è bene elaborare dei ritratti aggiornati di Salute e di Cura.

## 2. Le definizioni dell'OMS

Come ho cercato di dire nel paragrafo di apertura, usando un linguaggio metaforico, questo capitolo affronta la questione delle mappe o definizioni di Salute, nonché del ruolo dei rapporti di cura al loro interno. Da tempo sono state elaborate delle definizioni pubbliche che, caso quasi unico, hanno giocato un ruolo planetario negli ultimi settant'anni. La più nota di esse, tuttavia, è stata, nell'ultimo decennio circa, ridiscussa a fondo. Si tratta di valutare la pertinenza delle ragioni che supportano questi ripensamenti e, eventualmente, di contribuire a formulare criteri e proposte, pur sapendo che la via di una nuova definizione pubblica e condivisa sarà lunga e difficile in un mondo così articolato e così poco convergente come quello odierno.

Nell'ambito delle definizioni pubbliche e condivise di salute, com'è noto, si situa la famosa formulazione datane dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, approvata il 22 luglio del 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile del 1948 (WHO, 1948). Tale definizione, rovescia la prospettiva organicistica fino ad allora dominante – quella della “giusta” fisiologia, ossia dell'assenza di malattia - per proporre una “in positivo”: come *benessere fisico, psichico e sociale*, ma anche come *diritto umano* da garantire da parte dei costituenti Sistemi Sanitari Nazionali.

Vi è da chiedersi *in primis* come sia stato possibile in quel momento passare da un'immagine riduttiva di salute, ma rassicurante e condivisa tanto da addetti ai lavori quanto da gran parte della popolazione, ad una così ampia, ideale e utopica come già diversi autori del periodo, fra cui Talcott Parsons (1951), il fondatore della sociologia della medicina, avevano notato, soprattutto per criticarla e rigettarla. Probabilmente lo slancio riformatore e innovatore di quella fase storica è stato così potente e desiderato, dopo le macerie e la morte della seconda guerra mondiale, da poter fare emergere una mappa semplice e complessa ad un tempo, insieme scientifica e politica, al contempo comprensibile da ogni persona – si parla del benessere che ciascuno percepisce – ed estendibile a tutta la collettività, avente un carattere ideale e mobilitante, ma anche traducibile in un'ipotesi attuativa su larga scala (i SSN).

Per quanto il convergere fosse stato allora molto ampio (anche se non propriamente completo e mondiale – erano 61 i Paesi firmatari contro i circa 200 attuali -), come ci insegna la storia, la conversione dei cuori e delle intelligenze, ossia della scienza e della cultura, è stata molto più lenta e faticosa, e forse a tutt’oggi incompiuta. La medicina solo in parte e con molto ritardo ha aderito, mentre l’organizzazione sanitaria dei vari paesi aderenti solo parzialmente è riuscita a tradurre quel diritto umano alla salute in adeguate relazioni di cura per tutti e per ciascuno<sup>1</sup>.

Nel corso degli anni ’80 la stessa OMS ha lanciato, nel corso di un’assise mondiale tenuta a Ottawa (WHO, 1986), la famosa *Charta* sulla Promozione della salute che non vedeva più la salute come un punto d’arrivo finale e ottimale, ma come un incremento a partire dal presente, come un “potenziale” da sviluppare attraverso un “fare” personale, ma soprattutto attraverso uno slancio collettivo capace di costruire “ambienti favorevoli alla salute”<sup>2</sup>. Secondo alcuni interpreti si è trattato solo dello sviluppo della definizione precedente, ma, secondo altri (Kickbusch, 1987), si può parlare piuttosto di un salto culturale ed epistemologico, capace di far passare da una visione statico-olistica ad una dinamica e socio-ecologica (Ingrosso, 1989).

Anche in questo caso, la definizione si è generata in coincidenza con un passaggio d’epoca profondo che vedeva crollare dei muri storici, non solo politici ma anche del pensiero, in particolare quelli dei tanti dualismi oppositivi che dominavano l’immaginario del tempo. Tuttavia non sono mancate le resistenze, magari in nome della prevenzione (non ancora attuata e raggiunta) o dell’educazione sanitaria (ancora da impartire nelle scuole), ma soprattutto della gerarchia di saperi costituiti nei luoghi di cura e nelle organizzazioni sanitarie, ben impermeabilizzati rispetto alle utopie dei movimenti per la salute attivi in quegli anni, richiedenti ascolto e trasformazione di procedure e strategie.

### 3. Il dibattito contemporaneo

Se le critiche a queste due definizioni – esplicite e implicite - sono stati numerose fin dal loro comparire, in tempi recenti varie autorevoli voci si sono levate per chiedere un loro superamento e riformulazione. In particolare l’articolo di Jadad e O’Grady (2008a) sul *British Medical Journal* dedicato a come definire la salute, a cui è seguito un ampio dibattito (2008b), e l’editoriale di *The Lancet* di marzo 2009 (“What is Health? The Ability to Adapt”) che sosteneva che «La salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. E nemmeno una mera assenza di disagio e infermità». Quindi, in qualificati ambienti medici, ci si è chiesti se la gloriosa definizione del 1948 debba andare presto in soffitta, senza con ciò ritornare a quella precedente.

In effetti, a seguito di queste prese di posizione, è stata convocata nel dicembre del 2009 in Olanda una rilevante “Invitation Conference” internazionale (Huber, 2010) che non solo ha formalizzato ulteriormente tali critiche ma ha altresì indicato delle direzioni di riformulazione. A tale Conferenza è seguito un ulteriore dibattito sul BMJ e altre riviste scientifiche rilevanti (Hubert et al., 2011).

---

<sup>1</sup> Si pensi ai famosi documenti sulla *Primary Health Care* di Alma Ata (WHO, 1978), ove si afferma: «I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali» e agli obiettivi della *Salute per tutti per l’anno 2000* (1977), che hanno segnato un periodo riformatore come quello degli anni settanta, ma che sono stati in buona parte disattesi.

<sup>2</sup> Nel documento di Ottawa (WHO, 1986) si afferma anche che «Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l’abitazione, l’istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l’equità».

Tale dibattito è stato ripreso in Italia da diversi autori (fra cui Vicarelli, 2013 e Leonardi, 2015) che hanno evidenziato come, nel corso del tempo, si siano intrecciate e scontrate due concezioni di salute: quella olistica, da cui il termine “completo” inserito nella definizione originaria dell’OMS, e quella “di funzionamento” nella pratica quotidiana, richiamata dal termine greco “euxeria” (forza, vitalità, resilienza), ma - aggiungiamo noi - anche dal concetto latino di “valetudo”. Secondo diversi partecipanti al dibattito si tratta di passare da una concezione sistemico-ideale ad una focalizzata-operativa, da cui la proposta della «capacità di adattarsi e autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive» (Huber, 2010, p. 8), detta anche “resilienza”, a cui diversi autori hanno fatto riferimento.

Fra le critiche all’originaria definizione OMS vi è quella di aver creato paradossalmente un mondo di “non sani”, dato che pressoché nessuno può godere di uno stato di completo benessere. Il “perfezionismo” implicitamente invocato avrebbe spinto ad una medicalizzazione della società. La critica è tuttavia solo in parte condivisibile in quanto è stato il cambiamento di contesto e culture che, eventualmente, può aver spinto in questa direzione più che gli effetti impreveduti della definizione o le realizzazioni conseguenti.

Vi sono poi ragioni di mutamento demografico. La definizione OMS rischia di penalizzare la popolazione anziana o i portatori di disabilità, che costituiscono una quota rilevante delle popolazioni attuali e future, che non sempre devono essere considerati malati cronici allorché riescono ad affrontare validamente la loro situazione.

Si aggiungono inoltre problemi di traduzione operativa, dato che le classificazioni di malattia e qualità della vita centrate sul benessere non hanno dato risultati soddisfacenti.

Un’altra obiezione è che i “funzionamenti” del campo fisico indicano una certa capacità di adattamento dell’individuo al cambiamento ambientale, trovando nuovi equilibri anche in condizioni avverse. Nel campo del mentale è possibile per un soggetto fare fronte a diversi stress intervenuti nella sua vita a partire dal “sense of coherence” (Antonovsky, 1979) posseduto<sup>3</sup>. Sul piano sociale si mette l’accento sulla possibilità di mantenere un buon inserimento sociale (e quindi benessere) pur in condizioni non ottimali sul piano fisico (“paradosso della disabilità”: Huber, 2010, p. 8). Questa interpretazione evidenzerebbe le capacità individuali di gestire varie problematiche lasciando al professionista una funzione di affiancamento e facilitazione («acts as a coach»).

A tali ragioni Leonardi (2015, pp. 29 e segg.) aggiunge quelle della non necessaria coincidenza fra benessere e salute, nei casi in cui ci si adatta ad un ambiente non adeguato; inoltre quella della contiguità fra l’idealismo di tale definizione e il finalismo olistico-religioso che può appoggiarsi o utilizzare tale definizione.

Tale ultima obiezione può essere in parte condivisibile, ma mi sembra dipendere poco dalla definizione quanto dalla sua supposta “strumentalizzazione” di certi gruppi pseudo-religiosi che appare difficilmente controllabile. Per contro l’utopismo, che non rispecchia certo l’attuale “spirito del tempo”, ha avuto una precisa ragione mobilitante e, direi, *convocante* che, per essere sostituita, ha bisogno di altri elementi mitopoietici (Ingrosso, 2010) che solitamente vengono trascurati dalle visioni utilitariste e razionaliste. Tali

---

<sup>3</sup> Per Jadad, uno dei promotori del dibattito, i termini *Wellness* (vita buona) e *Well-being* (benessere) sono da mantenere in quanto indicano la capacità di sviluppare un comportamento proattivo che favorisce il benessere. In altro articolo (Jadad, 2013, p. 288) egli scrive: «Because of its reactive nature, the reformulation of health as the ability to adapt and to self-manage opens the door for the concept of wellness as its proactive complement, which reflects our ability to fulfill our personal and collective human potential and to pursue a joyful life. Viewed through this lens, health and wellness, as complementary entities, would constitute the conceptual building blocks of well-being, which is a state, not an ability.»

aspetti sono stati scarsamente considerati dal dibattito corrente promosso da addetti ai lavori per altri esperti e professionisti pari grado, ma con meno attenzione (se non forse implicita e non discussa) per l'immaginario collettivo e le sue esigenze di *credere* per poter *vedere* ed *essere convinto*.

Da questo punto di vista, un aspetto importante del dibattito è quello epistemologico. Viene sottolineata da alcuni la non omogeneità fra le varie dimensioni della salute sia in termini ontologici che epistemologici. In particolare Turchi e Della Torre (2014) sostengono che il piano fisico va affrontato con una epistemologia realistica, mentre quello psico-sociale ha bisogno di approcci costruttivisti. Senza poter qui entrare in tale dibattito - che in anni recenti si è spostato prevalentemente su posizioni di Nuovo Realismo (Ferraris, 2012), critico degli eccessi del costruttivismo - si deve notare che anche nelle scienze fisiche la questione dell'osservatore non è certo scontata, essendo stata posta esplicitamente da molti autorevoli fisici e studiosi di primo piano (Bohr e Prigogine, per citarne alcuni). Pur essendoci chiare differenze, la riproposizione dell'equivalenza fra materia (Pleroma) e biologia (Creatura) - e la conseguente premessa dell'assenza di "mente" (in termini batesoniani) nel vivente - è perlomeno discutibile ed evidenzia un dualismo mai risolto e ulteriormente riproposto.

Per contro è indubbio che una visione sistemica prima maniera è oggi improponibile e che ogni anello o circuito organizzativo si appoggia a propri processi e canali di funzionamento che hanno proprie specificità. Un eventuale olistismo ripensato non solo deve tener conto dell'osservatore e del necessario convergere di molti osservatori (come detto, aspetto ben poco riflettuto e dato per scontato), ma anche pensare ad un modello articolato per differenze e rapporti-trasformate di differenze. Se ciò non fosse, come mai processi fisici generano aspetti mentali (psico-sociali) e viceversa? E come mai un soggetto può sì divaricare funzionamenti fisici, psichici e sociali, ma questa mancata coerenza porta poi a tensioni e fragilità che minano l'adattamento e la stessa resilienza? Non a caso questo concetto sembra essere pensato da molti interpreti come uno stato interno all'individuo piuttosto che una buona combinazione di trasformate di differenze fra vari circuiti e soprattutto come effetto di una qualche combinazione fra supporti socio-ambientali e autonomia soggettiva.

Vi è inoltre da chiedersi se questa asserita divaricazione fra visione globale (o olistico-sistemica) e visione operativa-funzionale, spesso facente capo ad un individuo a sé stante, sia utile e necessaria. La visione olistica deve rimandare a connessioni fra parti, piani e processi che non devono essere trascurate se si vuole arrivare ad esprimere funzionamenti e capacità rilevanti per la sopravvivenza e l'esplicazione delle capacità vitali. La visione olistica dovrebbe però comprendere anche i processi di scambio vitale fra essere vivente, gruppo sociale e ambiente naturale. In questo senso non ha senso un olistismo senza dinamicità relazionale e processuale. Un olistismo normativo e predefinito risulterebbe rigido e poco adattivo di fronte alla variabilità co-generata dalla relazione composita con l'intorno ambientale. In questo senso, una visione statica e nomotetica, con un punto di ottimo già conosciuto, ha poco a che fare con la sopravvivenza e l'esplicazione delle potenzialità di adattamento degli esseri viventi, e di quelli umani in specifico. D'altra parte, un funzionamento senza olistismo, corre il rischio di ipostatizzare qualcosa che "funziona" di per sé a cui un "ambiente" (comunque definito) "risponde" o non risponde. L'olismo processuale ci ricorda invece la co-generazione, il rimando, la circuitazione fra essere vivente e i vari ambienti che lo generano, lo nutrono, lo curano (e viceversa). Si tratta quindi di pensare l'olismo non in versione struttural-funzionalista ma dinamico-processuale-relazionale se si vuole mantenere insieme i due poli della definizione di salute, qualunque essa sia.

A tal proposito, si può rilevare che già la elaborazione “promozionale” del 1986 metteva l’accento prevalentemente sulla dimensione funzionale ed evidenziava la rilevanza generale del soggetto ad interpretare la propria salute e le sue capacità di *coping* da favorire e sostenere (Kickbusch, 1987). Tuttavia la stessa definizione conteneva alcuni elementi, come quello del “controllo” (individuale, ma anche tecnico-scientifico) sulla salute, che rischiavano di riproporre nuove forme di volontarismo e una possibile iper-responsabilizzazione soggettiva non più di stampo etico-morale ma tecnico-operazionale. Tali ambiguità o debolezze hanno forse spianato la strada a possibili derive di individualismo radicale - con i suoi risvolti di utilitarismo etico anticollectivista (come gli atteggiamenti punitivi verso gli obesi, gli alcolisti, gli anziani, ecc.) - che sono fortemente ricomparsi nelle visioni neoliberaliste contemporanee.

Tali ambiguità e derive politico-culturali in atto pongono il problema di una adeguata e coerente articolazione del rapporto fra le dimensioni di *autos* psico-somatico (o chiusura organizzativa) e quelle mentali-identitarie (ossia fra corporeità e soggettività), da una parte, e quelle di scambio aperto di tipo socio-relazionale ed eco-ambientale, dall’altra, che, per non riproporre implicite premesse dualiste, avrebbero bisogno di qualche ulteriore riflessione preliminare simile a quella che aveva generato il dibattito epistemologico sulla complessità (Bocchi e Ceruti, 1985).

Dunque è probabilmente giusto riprendere in mano tali definizioni storiche che risentono del contesto socio-culturale in cui sono state generate e che presentano numerosi limiti da tempo sottolineati anche fra i loro sostenitori. Si tratta tuttavia di prestare attenzione a non declinare la salute in termini puramente individuali, materialistici e utilitaristi, come l’immaginario collettivo contemporaneo potrebbe essere tentato di fare. Ciò infatti contrasterebbe con almeno due necessità ineludibili dell’attuale fase storica: quella del riequilibrio ecologico oggi urgente e quella della generazione di adeguate risorse capaci di rispondere al deficit quali-quantitativo di cura. Senza un ambiente sociale attrezzato a sostenere le capacità, responsabilità e dignità personali, queste difficilmente si sviluppano e si esplicano. Che l’attuale ambiente sanitario, nella sua configurazione sempre più razionalizzata e managerializzata, sia sostanzialmente inadeguato e da solo mai sufficiente a sostenere questi compiti è un dato di fatto ampiamente documentato che dovrebbe costituire una sfida collettiva di primaria importanza. Non è però certo privando tale ambiente, come da tempo sembrano fare le politiche di stampo neoliberalista e neoutilitarista, che se ne sollecita una rigenerazione, ma piuttosto sviluppando un ampio e innovativo lavoro culturale e organizzativo dentro e fuori dei sistemi sanitari atto a sviluppare nuove risorse e relazioni di cura.

#### **4. Criteri epistemologici per una ridefinizione**

Relativamente ai criteri per ripensare la definizione di salute, il già citato saggio di Leonardi (2015) individua due tendenze: da una parte, il convergere relativo (di molti ma non di tutti) verso un’idea di salute come adattamento-resilienza rispetto all’ambiente; per un altro verso, l’abbandono dell’ipotesi di poter produrre e convergere su un’idea onnicomprensiva e esaustiva. Ciò in quanto la salute non è tanto un concetto che poggia su fatti definiti una volta per tutte ma piuttosto che si può provare a cogliere dentro definite configurazioni teoriche: «La salute può essere vista come un insieme di eventi potenzialmente infinito, all’interno del quale si possono ritagliare tante configurazioni teoriche differenti in funzione delle matrici teoriche che si utilizzano, configurazioni teoriche che saranno più o meno utili a seconda degli scopi conoscitivi e operativi che si perseguono» (*Ib.*, p. 37).

La salute non è dunque una qualità oggettiva misurabile ma un espediente esplicativo (come affermano anche Jadad e O'Grady, 2008a) che mette in luce eventi ed esperienze ritenuti significativi. Tali spiegazioni però devono dimostrare una loro utilità e appropriatezza rispetto agli scopi conoscitivi e operativi degli ambiti clinici.

Su tale affermazione si può in grande misura convenire, con alcune avvertenze. In primo luogo, già diverse analisi sociologiche e antropologiche avevano messo in evidenza il variare delle rappresentazioni sociali di salute in dipendenza delle variabili culturali e di quelle sociali, ossia dell'immaginario e della stratificazione sociale del tempo (Herzlich, 1969). Qui ci si riferisce però più specificatamente a definizioni teoriche, rispondenti ad un quadro di riferimenti. Resta comunque aperta la questione di una definizione che sappia trovare un ampio consenso in una società culturalmente plurale e socialmente molto articolata. A meno che, come qualcuno ha affermato, non si rinunci a questo obiettivo, il che tuttavia non è indolore per poter dialogare insieme – convergere – su un assetto mondiale e cosmopolita di salute.

Vi è poi il criterio di utilità e appropriatezza delle definizioni accettabili: anche qui si può convenire ma con alcuni distinguo. Bene appoggiarsi alle conoscenze scientifiche presenti, ma queste non possono coprire tutto dell'esperienza umana. Vi è tutta una parte di territorio abitata dai soggetti in relazione che parlano di “mia” e “nostra” salute in cui le valutazioni di “senso” esperienziale o i riferimenti metaforici e etico-religiosi non sono espungibili e sostituibili. Come detto all'inizio, abbiamo bisogno di una Cura che sappia navigare fra ampie conoscenze condivise, da un lato, e territori interpersonali dotati di “senso”, dall'altro, per arrivare ad essere effettivamente appropriata e non passare sulla testa di curati e curanti.

## 5. La capacità di adattamento

Relativamente ai concetti impiegati, molti dei partecipanti al dibattito hanno posto l'accento non sulla presenza/assenza di malattie o di benessere, ma sulle “capacità di adattarsi e autogestirsi” (Hubert et al., 2011) o, come propone, Leonardi (2015, p. 53) sulla “capacità di affrontare e gestire le proprie condizioni di malessere e/o benessere”<sup>4</sup>. In altri termini, diversi partecipanti hanno colto in questa qualità emergente (denominata, di volta in volta, adattamento, resilienza, capacità di coping, ecc.) il segno della salute.

Uno degli aspetti positivi di questa impostazione, che già mettevo in evidenza in passato (Ingrosso, 1987), era quello di pensare che la salute è presente in vari stati, situazioni ed esperienze. Non è assente quando vi è una malattia in quanto l'organismo e la persona possono affrontare il disordine e la minaccia nella misura di cui lottano, sviluppano un corpo a corpo, mantengono capacità vitale, sanno prendersi cura di sé. Lo stesso dicasi per la disabilità, quando questa permette ancora l'espressione delle capacità vitali e di almeno una parte delle potenzialità individuali. Quindi la salute non è opposta alla malattia e non si esprime solo col benessere.

Il limite che vedo nella parola “capacità” (almeno con gli occhi di oggi) è quella di pensarla in modo troppo volontarista e iper-responsabilizzante (quindi con un implicito giudizio moralistico su chi non la possiede). Le capacità sono quelle di energia e flessibilità che l'organismo può mettere in campo in quel momento (magari perché si è sperimentato prima o è stato vaccinato), così come quelle che il soggetto possiede in termini emozionali, ma anche di apprendimento e abilità. In questo senso bisognerebbe fare una esegesi del termine capacità per alludere *sia alla capacità di adattamento*

---

<sup>4</sup> Leonardi evidenzia come questa idea si ritrovi già nel nascente movimento della promozione della salute degli anni ottanta e sia stata espressa da Ingrosso (1987, p. 82) già in quegli anni.

*corporeo sia agli apprendimenti in termini di competenza nella cura di sé, oppure utilizzare due termini distinti.*

Un'alternativa è il termine "adattamento" che sembra meno connotato, ma contiene tuttavia un'ambiguità opposta: quella di partire da un ambiente visto come variabile indipendente a cui adeguarsi; inoltre quella di alludere all'evoluzione organica e di specie ma con difficoltà e ambiguità agli apprendimenti soggettivi che sono utili per "vivere la vita" e prendersi cura in modo relativamente adeguato di sé stessi.<sup>5</sup>

Questi due concetti rischiano di favorire letture unidirezionali, soprattutto in un contesto iperindividualistico, come quello attuale, o, all'opposto, ipertecnicistico e procedurale. La correzione di quest'ambiguità o limite intrinseco può venire:

- a) mettendo l'accento sulla doppia transazione verso l'ambiente che, per l'essere vivente, avviene principalmente nella direzione *bio vs eco* e in quella *psiche vs mondo sociale*;
- b) sottolineando il rapporto con l'intorno ambientale (naturale, sociale, relazionale), in particolare in termini di supporto per mantenere adeguati stili di vita e per affrontare le perturbazioni intervenienti nel corso della vita, soprattutto grazie a forme di cura organizzata.

Su questi punti l'impostazione sistemico-relazionale può dare un contributo rilevante e forse decisivo. Infatti il limite implicito di molte definizioni oggi proposte sta nel non cogliere la salute come gioco interattivo bi-direzione fra soggetto e ambiente (sociale ed ecologico), mentre, come si dirà più avanti, il pensiero sistemico di seconda generazione assume una prospettiva relazionale previa ("la relazione viene prima" di Bateson). Come può infatti un essere vivente venire al mondo e sopravvivere senza che vi sia un ambiente generativo, che, in particolare, si prenda cura di lui? E come potrà questo ambiente rigenerarsi se i suoi abitanti sono in conflitto permanente fra loro e sfrutteranno senza misura le risorse ambientali da cui dipendono, senza prendersi cura della casa comune?

Si può dunque ritenere che la salute sia una espressione non solo o tanto di qualità soggettive (di cui si ha merito o meno), ma piuttosto di una relazione complessa (ordinante e disordinante insieme) fra i soggetti e i loro con-testi ossia quelle nicchie socio-ambientali in cui essi sopravvivono, si riproducono e "vivono".

## **6. Resilienza e coping**

Per resilienza si può intendere una capacità di resistenza flessibile e adattabile di fronte ad avversità e situazioni a forte implicazione emotiva (Rutter, 1985; 1987). Il concetto è imparentato con quello di *coping* elaborato pochi anni prima (Antonovsky, 1979) e già utilizzato nell'ambito della nascente promozione della salute (Ingrosso, 1987). Si tratta di un concetto di fatto relazionale e dinamico-processuale, anche se mette l'accento solo su una parte di tale scambio: quella che parte dal soggetto per impattare sull'ambiente lasciando implicita quella reciproca.

Tali concetti, imparentati fra loro, avevano avuto un precedente (scarsamente citato) in una definizione elaborata da Ivan Illich nel suo famoso libro (almeno negli anni settanta del secolo scorso) intitolato *Nemesi medica* (1976). Infatti, oltre alla critica degli effetti perversi suscitati dalla medicina tecnologica sulla cultura diffusa, su cui si era prevalentemente appuntata l'attenzione al tempo, l'autore formulava anche una parte

---

<sup>5</sup> Il termine "resilienza", molto utilizzato in ambito psicologico, può forse assumere il compito di mediare fra processi di tipo organico e quelli di tipo psico-sociale. Tuttavia esso non fa parte del linguaggio comune e quindi potrebbe essere poco adatto a costituire un ponte fra cultura e scienza, fra curati e curanti.

costruttiva, ossia la proposta di sviluppare una abilitazione-formazione dei soggetti a farsi carico dei rapporti con l'ambiente e dei passaggi della propria vita, compresi quelli più problematici. Egli infatti scriveva: «La salute è la capacità di adattarsi ad un ambiente che cambia, la capacità di crescere, di invecchiare, di guarire, in caso di necessità di soffrire e di aspettare la morte in pace. La salute tiene in considerazione il futuro, cioè suppone l'angoscia, e contemporaneamente le risorse interiori per vivere con l'angoscia e superarla».

In questa definizione non viene immediatamente specificato il significato di adattamento all'ambiente che cambia, probabilmente per adottare una espressione a connotazione metaforica di ampio significato, seguita immediatamente dalla capacità di affrontare il normale corso della vita, compreso il soffrire e il morire, aspetti che sembrano molto lontani dalla più diffusa percezione di salute e che, in ogni caso, si preferisce non nominare. La considerazione dello sviluppo biografico e delle potenzialità affidate al futuro passa attraverso la capacità di affrontare l'angoscia esistenziale (si possono qui intravedere specifici riferimenti psicodinamici ed esistenzialisti) evitando, si direbbe, l'involuzione e la depressione.

Al di là del merito e del valore storico, si può notare che questa definizione utilizza un linguaggio piuttosto comprensibile, anche se con vari riferimenti teorici impliciti, per parlare di ciò che oggi viene evocato utilizzando uno o più termini della triade adattamento-resilienza-coping. La definizione cerca implicitamente di andare in controtendenza rispetto ai trend tecnici e culturali prevalenti del tempo: più che il consenso cerca di suscitare una riflessione, e anche questo può essere uno scopo di una definizione di salute.

Si deve quindi andare verso una pluralità di definizioni soggettive, potenzialmente infinite, o verso un pluralismo teorico interno a specifici gruppi scientifici e professionali, oppure verso una definizione ampia e astratta su cui trovare un consenso? Probabilmente non è necessario porre le tre ipotesi in alternativa: esse possono avere scopi differenziati e compatibili. Ad esempio, come fa Leonardi, le prime possono servire a creare una negoziazione e un ponte fra terapeuta e paziente o essere alla base di un progetto di cura di sé, mentre, nel secondo caso, si potrebbero voler evidenziare alcuni aspetti qualificanti di un approccio teorico, come implicitamente fa lo stesso Illich e altri autori.

Resta la questione del consenso ad una definizione generalista che in passato si è ottenuto in coincidenza di rilevanti passaggi storico-culturali e che oggi è richiesto da evidenti "vuoti" contemporanei. Vi è anche da dire che le motivazioni di molte proposte sembrano alludere a certe situazioni epidemiologiche relativamente diffuse nella contemporaneità, in particolare nei paesi a maggiore invecchiamento della popolazione, ma non si pongono il problema di un *continuum di ciclo di vita* che vada dalla nascita alla morte (a cui Illich sembra alludere) e, ancor meno, di quali caratteristiche di abitabilità, custodia e cura debbano avere gli ambienti per permettere una "buona" vita umana e un adeguato equilibrio ecologico.

## 7. Il contributo del pensiero sistemico-relazionale

Giunti a questo punto, mi chiedo quale contributo possa venire dal pensiero eco-sistemico-relazionale o della complessità al tema che ci interessa<sup>6</sup>. È evidente che il tema è

---

<sup>6</sup> Tale domanda è stata posta anche da Rambihar V.S. e Rambihar V. (2009) partecipando al dibattito sulla *BMJ* e proponendo "a complexity-based medicine and a complexity-based approach to medicine and health."

piuttosto ampio e non semplice. In questa sede si tratta di indicare alcune piste di lavoro formulando proposte che sono necessariamente provvisorie e parziali, ma sperabilmente utili per aprire un cammino.

In primo luogo si può dire che il pensiero sistemico formulato fra i primi da von Bertalanffy (1968), si è proposto di riportare all'attenzione degli studiosi la questione dell'*informazione* e quindi dell'*organizzazione* nell'ambito dei sistemi viventi. Non più solo materia ed energia come costituenti della materia corporea ma piuttosto scambi informativi-organizzativi che caratterizzano i sistemi viventi e le loro proprietà. In più, con l'affermazione che "il sistema è più delle sue parti costituenti", esso ha cercato di modificare il progetto riduzionista per affermare l'esistenza di *effetti emergenti* non spiegabili con le proprietà delle parti.

Mentre la prima sistemica ha messo l'accento sulla dimensione gerarchica dei sistemi e le loro necessità funzionali, gli sviluppi della cibernetica, e in particolare la considerazione dei circuiti di controllo, ha sottolineato gli aspetti processuali e dinamici dei sistemi stessi, di particolare importanza per sviluppare interazioni flessibili e forme di calibrazione fra un sistema e il suo ambiente.

La visione relazionale di G. Bateson (1972; 1979), tale per cui un corpo (e un'ecologia) non è limitato dal suo involucro, ma si configura come un'unità dinamica *organismo-nel-suo-ambiente*, ha dato un impulso notevole allo sviluppo di una teoria della comunicazione non semplicemente di tipo tecnico ma più propriamente relazionale, ossia come "danza di parti interagenti", che sta alla base sia della costruzione della soggettività sia della generazione della realtà sociale, ma anche dell'evoluzione del rapporto con l'ambiente che non è lineare ma procede piuttosto per cambiamenti, salti e apprendimenti.

Gli aspetti epistemologici hanno avuto un forte accento, com'è noto, in quest'area di pensiero sia in quanto implicati nella dimensione autopoietica e autonoma dei sistemi sia in quanto intervenienti nella considerazione degli sviluppi temporali e contestuali degli enti interagenti visti da parte di un osservatore naturale e/o scientifico. In questo senso, Morin (1977; 1980) ha parlato di sistemi *eco-auto-organizzati*, mentre Maturana e Varela (1980), sviluppando i concetti di "chiusura organizzativa" e "accoppiamento strutturale", osservano che "ogni cosa è detta da un osservatore ad un altro osservatore".

Com'è noto, questo orientamento di pensiero, da alcuni definito "sistemica" (Telfner e Casadio, 2003), ha avuto innumerevoli sviluppi in diverse aree delle scienze del vivente e delle scienze sociali: dalle teorie della conoscenza all'evoluzionismo, dalla psicoterapia all'antropologia e sociologia, dalle neuroscienze alla formazione, che non è possibile qui richiamare.

Per il tema che qui ci interessa, si può affermare che questo orientamento si è prevalentemente focalizzato su diversi livelli organizzativi dei sistemi viventi, pensati come distinti e intrecciati insieme, strutturati e insieme dinamici, con forti capacità interattive e adattive, in termini di adattamento, apprendimento e cambiamento. Di qui la formulazione che fa riferimento alle dimensioni biologiche, psichiche, sociali ed ecologiche per designare dei circuiti informativi e comunicativi di tipo "mentale", secondo l'indicazione di Bateson, cioè da considerare legati e interagenti<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Anche il già citato Editoriale di *Lancet* (2009) sostiene che si deve fare riferimento alle "congiunzioni" fra questi quattro domini (anche se fa una distinzione fra la totalità del mondo vivente e il mondo inanimato): «That said, the conjunction of the physical, psychological, and social remains powerfully relevant to this day. Indeed, this framework should be extended in two further dimensions. First, human health cannot be separated from the health of our total planetary biodiversity. Human beings do not exist in a biological vacuum. We live in an interdependent existence with the totality of the living world. The second dimension

La grande differenza che fa il pensiero sistemico nel concepire questi circuiti è quella di passare da una premessa interno-esterno, prevalente nel pensiero centrato sulle singolarità e gli individui, a forme di connessione che immediatamente travalicano tale confine e mettono in stretta interazione e co-generazione le due parti: ad esempio, nel caso delle emozioni vi è chi le considera ponte di passaggio fra bio e psico, ma vi è anche chi le vede come direttamente strutturanti la vita sociale e da essa emergenti attraverso meccanismi di confronto e influenza reciproci (v. ad es. Dumouchel, 2008; Doni e Tomelleri, 2011). L'altro caso classico è quello della differenza fra cervello e mente: mentre il primo sembra far parte del circuito organismico, la seconda mette in stretta relazione psiche e vita sociale. Ad altri livelli si potrebbe vedere l'intreccio fra dimensione eco e dimensione socio-economica nella realtà contemporanea, dove, pur nella differenza, prevale l'influenza reciproca ormai inestricabile.

In questo senso risulta chiaro che i confini e le differenze fra i vari piani e processi di processi sono tracciati da noi osservatori per disporre di mappe orientative, che tuttavia devono connettere, se si vuole capire qualcosa dell'insieme, e non solo disgiungere per "guardare dentro", come nel progetto riduzionista che si ferma alle parti o ai meccanismi elementari.

## 8. Un'immagine per pensare la salute

Tenendo conto di quanto detto, si può assumere che la salute, proprio per il suo carattere esteso, polisemico e connettivo, sia un concetto che, nel contesto della cultura contemporanea (perlomeno di quella scientifica e "occidentale"), può essere rappresentata sinteticamente come *una combinazione di insiemi di processi che hanno dei punti di intersecazione strutturati ma insieme flessibili e non obbligati*. Di qui una immagine (o modello) come quella della Fig. 1 che vuole evidenziare e differenziare i quattro circuiti individuati sottolineando le dimensioni di *adeguatezza* di ciascuno, di *trasformazione e coerenza* nei punti di intersecazione, di *adattamento reciproco* fra i vari circuiti.

L'immagine invece che andare dalla dimensione micro a quella macro, come spesso succede nelle rappresentazioni della vita biologica e sociale, evidenzia delle forme ruotanti che mantengono un potenzialmente precario equilibrio nella misura in cui i punti di connessione riescono a combaciare in alcuni snodi e a trasdursi gli uni negli altri: se non vi è coerenza co-implicativa e un linguaggio transitivo adeguato, la figura rischia di sciogliersi e deflagrare. Ciò vuole alludere agli equilibri dinamici ma anche instabili e precari che la vita contemporanea, particolarmente fluida o "liquida" (Bauman, 2007) propone per gli esseri umani.

Al contempo la figura si può vedere come l'effetto di un variegato gioco di cerchi che un giocoliere può cercare di mantenere in equilibrio acquisendo abilità e destrezza (e forse senso del gioco e dell'arte), ma anche variare nel corso dell'esercizio (e quindi della vita) realizzando diverse configurazioni.

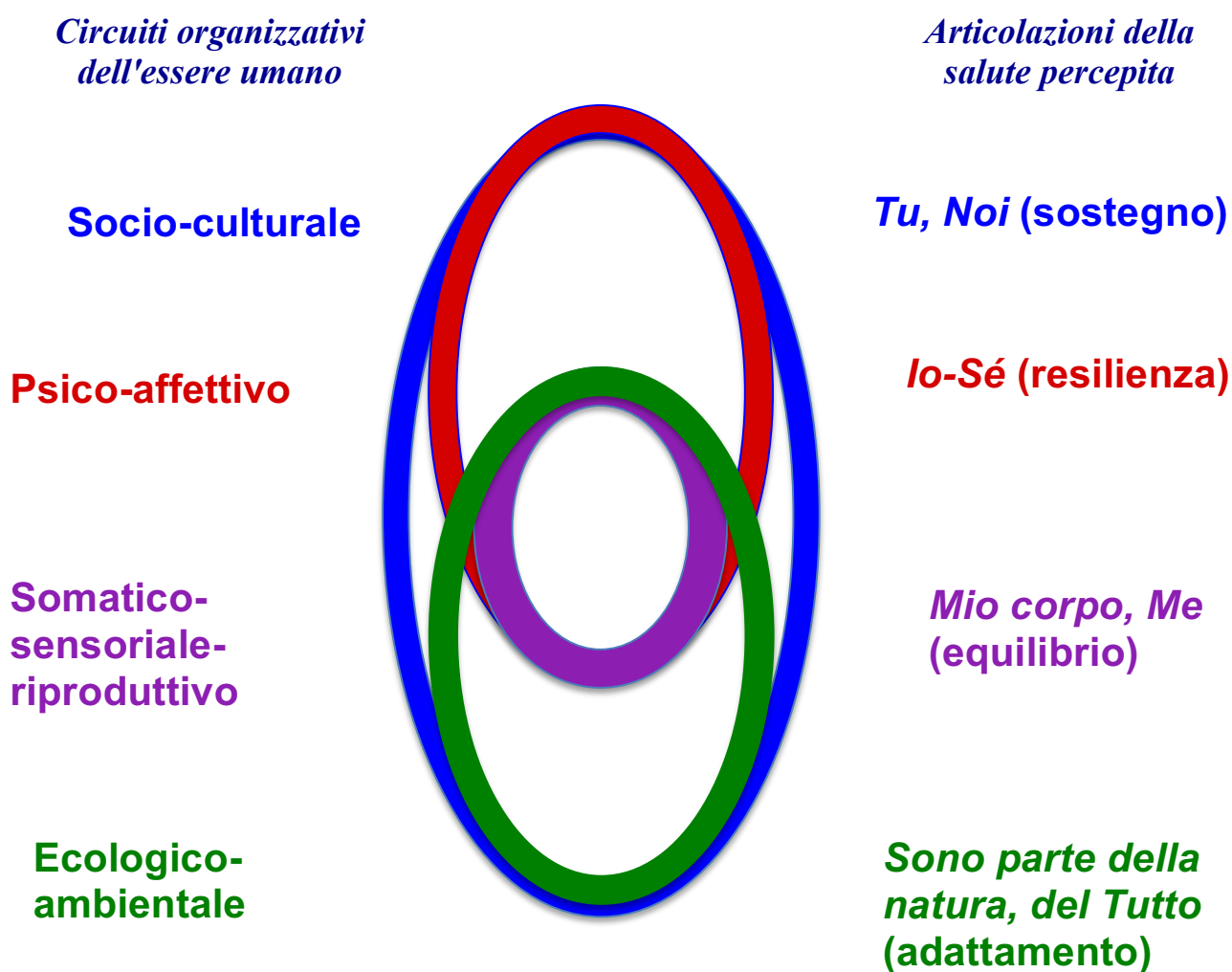
La figura ha poi due facce o due prospettive di lettura: da una parte quella percettiva e soggettiva che corrisponde a quella identitaria personale. In questo caso la salute è la "mia salute" in tutte le sue estensioni. Dall'altra, essa è osservata con l'occhio di un osservatore capace di distinguere e valutare l'adeguatezza dei circuiti, interpretare le intersezioni,

---

is in the realm of the inanimate. The living world depends upon a healthy interaction with the inanimate world.»

ragionare sulle coerenze. Un osservatore capace di utilizzare paradigmi e metodologie appropriate ad esprimere queste differenze e i loro diversi linguaggi operativi.

**Fig. 1 – Immagine della salute di un essere vivente-nel-suo-ambiente: percezione soggettiva e visione sistemica**



Dunque, la figura evidenzia sul fianco destro che i vari circuiti sono percepiti in termini identitari e di appartenenza da parte di un soggetto interagente o relazionale, mentre sul lato sinistro sono nominati i circuiti o i processi caratterizzanti visti da un osservatore. Il circuito somatico-sensoriale-riproduttivo è percepito soggettivamente come il “mio corpo” o il “Me” del soggetto, mentre egli ha consapevolezza di essere un “Io” e/o un “Sé” grazie agli effetti emergenti del circuito psico-affettivo.

Il circuito socio-culturale apporta un'altra dimensione identitaria e più propriamente relazionale: evidenzia i “Tu” significativi e le appartenenze, ossia le identità collettive.

L'Altro è essenziale nella costituzione del Sé, così come, attraverso l'Altro generalizzato, nella strutturazione dell'ordine sociale e della regolazione personale. A loro volta, le norme prendono "senso" e direzionalità attraverso le *Appartenenze*, e quindi le identità collettive, o la fiducia in personaggi (reali o immaginari) a cui riferirsi. Infine, la dimensione ecologica è avvertita da parte del soggetto con un senso di sconfinamento in una dimensione complessiva, globale, come un prendere parte ad un Tutto che relativizza i confini dell'Io.

La figura evoca quindi sia una dimensione analitica, attraverso cui i vari circuiti possono essere indagati e descritti, sia una dimensione personale-sociale-culturale che è necessaria e complementare alla prima. Due punti di vista, due mappe che cercano di parlarsi, di trovare un linguaggio per comunicare, visto che possono e devono convergere in cooperanti processi di cura, come si dirà in seguito.

## 9. Una proposta di ridefinizione

Tirando le prime somme dalla discussione precedente si può dire che avremmo bisogno per il presente e futuro:

- a) di una *definizione dinamica e processuale della salute*, dato che essa va concepita come una relazione sempre operante e preesistente fra gli esseri viventi e il loro ambiente naturale e antropizzato, così come rispetto alla vita sociale interumana. Un ambiente che è meno stabile e prevedibile del passato e con cui interagire senza cadere in un'ottica securitaria o di controllo, ma piuttosto attraverso "funzionamenti" e autotrasformazioni resi possibili dalla capacità di apprendimento e plasticità di adattamento posseduta dagli esseri umani;
- b) un secondo criterio può essere quello dell'*abbandono di una concezione dualistica rispetto alla malattia*, a favore di una compresenza interagente. La salute agisce sia nei periodi di benessere percepito sia di malessere e malattia, ma questi, in alcuni casi, comportano una minaccia disorganizzativa che va arrestata e compensata, se possibile.
- c) un terzo criterio ci pare quello della sua *valenza in tutto il corso della vita*, nel senso di coprire le diverse età e condizioni di vita, e dunque i passaggi biografici nelle loro varie espressioni;
- d) inoltre, essa deve utilizzare un *linguaggio comprensibile*, anche se può avere alle spalle un lavoro e una impostazione teorica riconoscibile;
- e) sul piano epistemico-conoscitivo, la definizione deve essere *adeguata per visione percettivo-soggettiva di salute*, ma essere anche compatibile con un'analisi dei molteplici processi somatici, sociali ed ecologici che co-generano la salute personale; essa deve rendere possibile un dialogo fra diverse mappe e visioni della salute;
- f) non va posto l'accento solo sulla dimensione individuale dei funzionamenti, ma vanno *esplicitati gli aspetti sociali* che ogni salute personale e collettiva comporta; in altri termini, le condizioni ambientali e relazionali del suo darsi, nonché la rilevanza delle relazioni di cura che la mantengono operante;
- g) ci sembra inoltre importante sottolineare che, senza connotare la salute in termini etici, utopici o religiosi, essa possa tuttavia essere indicata come un *riferimento comune su cui convergere*.

Sulla scorta di questi criteri, la proposta che intendiamo formulare è di questo tipo: «*La salute consiste nella capacità (per gli esseri umani) di mantenere il proprio equilibrio vitale, di affrontare gli eventi della vita, di adattarsi ai cambiamenti del proprio ambiente. La salute necessita di ambienti favorevoli alla vita umana, di adeguate relazioni sociali e di opportune forme di cura reciproca e organizzata. Le condizioni che permettono ad un gruppo sociale e ai suoi membri di mantenere e sviluppare la salute costituiscono un bene comune da promuovere e tutelare.*».

Come si vede, la definizione consta di tre parti: la prima considera un essere vivente complesso in relazione con vari contesti di vita; la seconda evidenzia le dimensioni sociali ed ecologiche necessarie per preservare la vita umana; la terza sottolinea una dimensione etico-politica coerente con la formulazione dei due punti precedenti.

Nella prima parte si allude a tre aspetti: a) la dimensione di autonomia e autopoiesi organismica ma anche mentale operante attraverso processi che devono trovare un equilibrio; b) la dimensione della soggettività di fronte ai cambiamenti biografici e sociali che la investono; c) la risposta dell'essere vivente nella sua completezza (non solo consapevole) di fronte ai mutamenti e alle sfide ambientali.

La seconda parte è simmetrica e ricorda che la vita umana ha bisogno di ambienti adeguati, vivibili, meglio ancora “favorevoli” (un termine molto utilizzato dalle elaborazioni della promozione della salute); inoltre di adeguate relazioni sociali (il cosiddetto “benessere sociale” emergente da tali relazioni: v. Keyes, 1998; Ingrosso, 2003); infine la vita umana necessita costantemente di cure “opportune” (ossia adatte, adeguate alle varie situazioni, possibilmente anche efficaci ma qui non intendo solo cure tecniche) sia di tipo reciproco (il prendersi cura familiare e fraterno) sia di tipo organizzato (ossia di *care* e di *cure* professionale e coordinato).

La terza parte può sembrare più opzionale, ma mi sembrava necessario richiamare il “diritto” soggettivo evocato dalla definizione del 1948 e dalla Costituzione italiana attraverso una formulazione di tipo diverso che comprendesse tutte le condizioni che sono utili a mantenere e sviluppare la salute - quindi anche le dimensioni sociali, ecologiche e di cura necessarie e “favorevoli”, oltre che naturalmente quelle personali di partecipazione alla propria cura - che richiamano ad un impegno collettivo per la loro protezione e valorizzazione. L'opzione etico-politica reintroduce un livello (o una formulazione) che non necessariamente tutti possono condividere. D'altra parte anche chi non ne parla ha spesso ipotesi implicite nel cassetto. Si deve considerare, a tal proposito, che la salute, in una visione sistemica, necessariamente comporta un impegno a 360°: non basta certo definirla o studiarla, ma bisogna custodirla, nutrirla, curarla. Infatti la salute emerge per una capacità della vita di riprodursi, guarirsi e rigenerarsi, ma senza un impegno attivo di soggetti e gruppi umani, in particolare in un mondo abitato da 7 miliardi di persone, vi è il rischio di far collassare molti meccanismi che la vita sulla Terra aveva sperimentato e messo a punto in milioni di anni (anche se a prezzo di enormi “genocidi di massa”, come la storia evolutiva insegna).

Vi è anche da dire che qui il concetto di “bene comune” non allude principalmente ad aspetti giuridici né evoca solo o tanto la gestione pubblica dei servizi, come molte elaborazioni tendono a fare. Qui si tratta di un *bene comune immateriale e insieme concreto*, emergente dalla partecipazione di singoli, organizzazioni, comunità, tecniche, norme, sistemi di cura. Si evoca un cambiamento culturale prima che direttamente politico o normativo, anche se ovviamente questi ne derivano. Essi però possono conformarsi in modi anche profondamente diversi e certamente non vetero-statalisti. Il bene comune è prima di tutto un “nostro bene”, un senso di appartenenza, una responsabilità personale e condivisa da rendere operante con criteri di saggezza e concretezza.

In conclusione, sono consapevole che ogni termine utilizzato potrebbe generare equivoci o ambivalenze e che si potrebbero trovare diverse altre formulazioni. Mi sembra però che la struttura di questa definizione sia abbastanza chiara nei suoi presupposti e ciò permetta una discussione pubblica e, mi augurerei, una formulazione ulteriore che permetta di aggregare un significativo consenso soprattutto in vista di una innovazione culturale, epistemica e operativa che diventa sempre più utile e necessaria.

## 10. L'agire medico e quello promozionale

Come si è detto nel par. 4, una definizione ha rilevanza non tanto o solo per la sua dimensione teorica, ma per gli stimoli all'azione che esplicitamente o implicitamente suggerisce. La definizione proposta combina termini come “mantenere l'equilibrio”, “affrontare gli eventi”, “adattarsi ai cambiamenti” per suggerire che nel corso della vita si succedono situazioni di ordine instabile-disordine evolutivo-possibile nuovo ordine adattivo.

L'equilibrio nelle medicine antiche richiama la giusta combinazione dei flussi di umori o delle energie, mentre l'analisi dei processi fisio-patologici ci ha abituato a considerare dei valori soglia entro cui mantenerci per essere sani. La versione dell'OMS, da parte sua, ha messo l'accento sull'ottimalità delle varie tipologie di benessere (*well-being*). La definizione qui proposta riprende il concetto di equilibrio (meglio: *capacità di equilibrio*) per indicare le condizioni di interscambio e di coerenza fra le varie dimensioni della salute. Ciò comporta delle conseguenze sulla promozione della salute e la cura di sé, ma anche sulla medicina del futuro che si auspica sempre più sistemica, multidimensionale e insieme personalizzata. Un passaggio che comincia ad essere intravvisto come possibile, ma che ancora richiede molti sforzi teorici e cambiamenti operativi (Pristipino, 2014). Infatti si tratta di tenere conto delle diverse facce della salute e delle loro combinazioni che portano a vari assetti possibili e sostenibili, a forme di equilibrio o squilibrio differenti, complesse e, in qualche modo, “personali”.

Sul piano della formazione alla cura di sé, si può ipotizzare un ascolto e una conoscenza che il soggetto progressivamente elabora su di sé e che si combina con proposte esperte di promozione della salute disponibili. Si tratta di sviluppare una mappa delle varie componenti del sé da far evolvere nel corso della vita, ma soprattutto di elaborare un “senso di autos” attivo (o di “coherence”, come dice Antonovsky, 1979) stimolato non tanto dal piacere-benessere ma *dalla prospettiva di mantenimento in equilibrio di sé-nel-contesto*. Un sé non chiuso, separato, difeso, ma in interscambio con il proprio ambiente relazionale, sociale, ecologico.

Tale prospettiva suggerisce di passare dalla guida eteronoma degli esperti all'autonomia relazionale supportata; dall'immagazzinamento di “informazioni sane” ad una giusta attenzione alle trasformazioni sociali e ambientali; dalla prevenzione dei rischi e adozione di buone abitudini (in campi prefissati) allo sviluppo di competenze di *wellness* favorevoli un equilibrio dinamico che si accompagna con la capacità di mettere in atto adeguate reazioni auto-trasformative e adattive.

Molti possono essere i supporti esperti all'evoluzione di questa capacità di equilibrio, ma anche gli aiuti allorché l'equilibrio venga meno e debba essere ripristinato. Nel primo caso si deve pensare ad una serie di risorse formative, comunicative, tecniche disponibili nei vari territori, adatte alle varie fasce d'età e condizioni, nel secondo ad una evoluzione delle cure primarie capaci di interfacciarsi sia col settore promozionale, sia con quello delle cure secondarie. Il *medico di fiducia della persona* (oggi MMG) potrebbe avvalersi di strumentazioni tecniche decentrate, équipe di professionisti della cura e riabilitazione,

consulenze specialistiche per supportare i percorsi riequilibrativi. Nei casi più impegnativi, il trasferimento a centri ad alta intensità terapeutica continuerebbe ad essere seguito dal medico della persona, specie per il cammino riabilitativo e convalescenziiale. In definitiva, il mantenimento dell'equilibrio si sviluppa estensivamente nel corso della vita, mentre il "centro medico primario" può affiancare il soggetto in qualunque momento aiutandolo ad affrontare situazioni in cui il disequilibrio si manifesta in forme fuori controllo.

Rispetto alle condizioni di "disordine evolutivo" e squilibrio nelle quali intervengono i servizi e gli operatori professionali primari e secondari, assume rilevanza il secondo capoverso centrato sulla capacità di affrontare gli eventi della vita. Non si sostiene più che ci meriteremo il paradiso della salute se manterremo stili di vita sani, ma piuttosto che dobbiamo attrezzarci a prenderci cura di noi stessi e degli altri di fronte ai vari passaggi che la vita propone: salti biografici, stress lavorativo, malattie impreviste, crisi sociali ed ecologiche. Nessuno è sufficientemente attrezzato per queste sfide, ma molto si può fare per non essere totalmente impreparati. Soprattutto i vari eventi suppongono, anche qui, apprendimenti, mobilitazione di energie e conoscenze che deve essere fatta in situazione, nel contesto specifico. Quindi, interventi e pratiche come: la formazione nel corso della vita, il supporto e il counseling di fronte ad eventi complessi, l'attivazione del self-help, la narrazione biografica, il sostegno alle risorse energetiche e psicologiche personali, la personalizzazione delle relazioni e dei percorsi di cura, sono tutte misure utili in tale prospettiva.

Da parte dei professionisti della cura è necessario interfacciarsi con la persona necessitante terapie attraverso rapporti di cura multidimensionali e complessi, che comprendono dimensioni affettive, comunicative, organizzative adeguate. L'organizzazione è poi la mediatrice con i terzi relazionali che intervengono sulla scena della cura (media, management, raggruppamenti professionali, produttori di tecnologie, ecc.: v. cap. V e VII). Dunque, il disordine evolutivo da affrontare rimanda non solo alla malattia organica o psichica, ma ad un *passaggio psico-somatico-sociale complesso* che può evolvere in un nuovo assetto, magari non ottimale, ma sostenibile e foriero di apprendimenti.

Considerando la terza affermazione (adattamento ai cambiamenti ambientali sociali ed ecologici), si evidenzia un ambiente che cambia, in buona parte incerto e imprevedibile. L'adattamento è anche qui inteso in senso multidimensionale, in quanto implica l'organismo e insieme tutta la persona che è in grado di apprendere, abituarsi, trasformarsi, proteggersi. L'adattamento necessita di una forte attenzione all'ambiente (esplicitata anche nella seconda parte della definizione), ma comporta soprattutto un percorso soggettivo non lineare e prevedibile rispetto alle strade da percorrere e alle risorse da utilizzare. Non dunque prevalentemente una pre-visione dei rischi e delle ottimalità stabilite una volta per tutte. In tal modo, il forte atteggiamento securitario che oggi prevale sulla scena collettiva, inteso come attenzione a tutte le misure utili all'evitamento del rischio, viene relativizzato e sostituito da un investimento sulla flessibilità soggettiva e sull'attenzione alla rigenerazione ambientale.

Sul piano sociale ciò richiede una visione ambientale della salute. La vita sociale ha bisogno di interventi atti a sviluppare ambienti favorevoli di vita e compensare le criticità più disturbanti e rilevanti. Al contempo l'ambiente urbano e quello ecologico più complessivo hanno bisogno di una progettazione e cura costanti, dotate di risorse adeguate.

## 11. Le infrastrutture ambientali e di cura

La seconda parte della definizione riprende ed esplicita tre focus di intervento che richiedono un complesso di infrastrutture sociali organizzate ed efficaci. Gli ambienti sani sono, in primo luogo, quelli della vita quotidiana (case, scuole, centri di cura, ambienti di tempo libero, ecc.) da far diventare dei veri e propri *habitat* (Ingrosso, 2011); in secondo luogo quelli urbani e di vita comune, da rendere abitabili e a misura d'uomo; in terzo luogo quelli naturali e degli ecosistemi, da rendere sostenibili e rigenerabili. Si tratta di accoppiare interventi progettuali attivi, a politiche di rispetto e evitamento delle interferenze perturbanti sui climax ecologici.

Il secondo focus d'attenzione è quello relazionale e sociale allargato, si potrebbe oggi dire "glocale" (la relazione locale-globale). Tale sottolineatura evidenzia che gli ambienti sociali conflittuali, astiosi e privi di fiducia, se non portano a giuste soluzioni e scelte attente al bene comune, sono alla lunga deleteri, sviluppano malessere sociale di nuovo tipo (Ingrosso, 2003) e rendono più difficile l'adattamento e il mantenimento dell'equilibrio personale. È necessario quindi sviluppare capacità di intervento collettive volte a contribuire al benessere e riequilibrio sociale, specie nelle situazioni di alta tensione e conflittualità, come in quelle di forte ineguaglianza e marginalizzazione. Sono tutte situazioni con un forte impatto negativo sul benessere sociale tanto collettivo quanto personale.

Parallelamente, è possibile sviluppare supporti, tecniche, gruppi capaci di proteggere la persona da una serie di stress e emozioni negative provenienti dal proprio ambiente. In questo senso, la formazione per la salute e il benessere ha bisogno, nella situazione odierna, di andare molto al di là della triade canonica "alimentazione-movimento-evitamento di rischi" per allargarsi alle capacità di protezione e rigenerazione rispetto ai tossici ambienti sociali contemporanei.

Infine, la definizione richiama all'investimento in forme di cura, sia di tipo *reciproco* interpersonale sia di tipo *organizzato* e socialmente programmato, che raggiungano dimensioni, articolazioni, capacità opportune e adeguate. Si tratta di un richiamo ad invertire l'attuale trend di disinvestimenti e razionalizzazioni di tipo puramente economicistico, scarsamente interessate all'efficacia e qualità delle relazioni di cura. Si tratta però anche di un richiamo alla combinazione di tutte le risorse di cure in modo collaborativo e integrato.

## 12. Le condizioni generative della salute come bene comune

Il discorso sulle infrastrutture sociali è preliminare alla terza parte della definizione che, come si è visto, riguarda la consapevolezza delle condizioni sociali necessarie alla salute personale e collettiva. Le infrastrutture vengono infatti costruite, alimentate e sentite come proprie se è soddisfatta una condizione socio-culturale generale: quella che riguarda il consenso e la considerazione in cui sono tenute le dimensioni etiche e simboliche della salute. Senza una cultura della salute e della cura condivisa e continuamente rigenerata non si creano le condizioni sociali adatte alla produzione di azioni e infrastrutture. La fase contemporanea porta delle evidenze relativamente a questo assunto: infatti ad una etica diffusa debole e incerta fa riscontro la mancanza di un'etica e una politica pubblica adeguate. In questo clima, gli investimenti sulla salute e la cura si contraggono e soprattutto non sono innovativi e adattivi. Ciò porta ad un deficit delle risorse di cura, ad una crescita di diseguaglianze nell'accesso a quelle disponibili, ad una crisi di rapporto fra curanti e curati.

Nasce quindi il bisogno di pensare ad una *nuova cultura della salute*. A sua volta, questa deve essere intesa, in una società multietnica e plurale, come convergenza fra diversi generatori culturali capace di sostenere un senso di “salute comune” del genere umano, una nuova forma di mitopoiesi. In questa direzione la recente enciclica di Papa Francesco dà un contributo molto rilevante, anche di metodo, che dovrebbe essere colto da molti per portare ad una rinnovata “cura della casa comune” (Papa Francesco, 2015).

Ovviamente questa condizione dialogica presuppone una opzione costante per la pace e la giustizia, per politiche inclusive e di sviluppo sociale: queste le altre condizioni generali necessarie. Infatti senza un senso di “essere parte” di una casa comune è difficile che il “bene comune” venga perseguito.

Al contempo, si deve sottolineare che i laboratori educativi rimangono decisivi per sperimentare (direi *respirare*) un clima dialogico multiculturale (che, ovviamente, a bisogno di regole comuni e non solo di tolleranza), da una parte, un apprendimento alla cura di sé, dall'altra. Quindi l'educazione e formazione nel corso della vita costituiscono sia delle condizioni generative che di mantenimento di una nuova cultura della salute adeguata alle esigenze contemporanee.

In conclusione, sono molteplici gli spunti che una tale definizione può suggerire per un significativo riorientamento delle azioni, delle infrastrutture, delle pratiche educative e auto-formative nel corso della vita. Un ripensamento di cui vi è particolarmente bisogno di fronte agli scenari sociali e culturali odierni che propongono vecchie fratture e nuove sfide a cui siamo collettivamente piuttosto impreparati, ma su cui è necessario impegnarsi per costruire al più presto adeguate proposte e risposte.

## Riferimenti bibliografici

- Antonowsky A. (1979), *Health, Stress and Coping*, Jossey Bass, San Francisco.
- Bateson G. (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.
- (1979), *Mente e Natura*, Adelphi, Milano, 1984.
- Bauman Z. (2007), *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- Bertalanffy L. von (1968), *Teoria generale dei sistemi*, Isedi, Milano, 1978.
- Bocchi G., Ceruti M. (1985), a cura, *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- Bury M. (1982), Chronic Illness as biographical disruption, in *Sociology of Health and Illness*, 2, pp. 167-182.
- Doni M., Tomelleri S. (2011), *Giochi sociologici*, Cortina, Milano.
- Dumouchel P. (1999), *Emozioni. Saggio sul corpo e il sociale*, Medusa, Milano, 2008.
- Editorial (2009), What is health? The ability to adapt, *The Lancet* 373: 781.
- Ferraris M (2012), *Manifesto del nuovo realismo*, Laterza, Roma-Bari.
- Gadamer H. G. (1993), *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano, 1994.
- Herzlich C. (1969), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris.
- Huber M. (2010), Report to Invitation Conference “Is Health a state or a ability? Towards a dynamic concept of health”, <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/>.
- Huber M., Knottnerus J.A., Green L., Horst H., Jadad A.R. et al. (2011), How should we define health?, *BMJ*;343: d4163.
- Illich I. (1976), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977.
- Ingrosso M. (1987), La promozione della salute nel quadro di un paradigma ecosistemico, in M. Ingrosso, *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Franco Angeli, Milano.
- (1989), Socio-ecological model and ecosystemic perspective in community health promotion, in J.W. Salmon e E. Göpel, eds, *Community Participation and Empowerment Strategies in*

- Health Promotion*, University of Bielefeld (Rft), (ed. it. in *Educazione sanitaria e promozione della salute*, XIII, 1,1990).
- (1994), a cura, *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
  - (2003), *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*, Angeli, Milano.
  - (2010), Alle sorgenti della cura. Ricerca di idee guida per le società della salute, *La società degli individui*, 38, 2.
  - (2011), Educazione alla cura e promozione della salute, *Educazione sanitaria e Promozione della salute*, 4.
- Jadad A.R. (2013), On Living a Long, Healthy, and Happy Life, Full of Love, and with no Regrets, until Our Last Breath, *Verhaltenstherapie*, 23:287–289.
- Jadad A.R., O'Grady L. (2008a), How should health be defined, *BMJ*, 337: 1361-1364.
- (2008b), A global conversation on defining health, *BMJ Group Blogs*, December 10, 2008b. <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/12/10/alex-jadad-ondefining-health>.
- Jung C.G. (1916), *Septem sermones ad mortuos*, Arktos ed., Torino, 1989.
- Keyes C.L.M. (1998), Social Well-being, *Social Psychology Quat.*, 61, 2.
- Kickbusch I. (1987), Promozione della salute: verso una nuova salute pubblica, in Ingrosso M., a cura, *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Franco Angeli, Milano.
- Leonardi F. (2015), *Il grande paradosso della salute*, Felici Ed., Pisa.
- Maturana H., Varela F. (1980), *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia, 1985.
- Morin E. (1977), *Il Metodo. Ordine, disordine, organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 1983.
- (1980), *La vita della vita*, Feltrinelli, Milano, 1987.
- Parsons T. (1951), *Il Sistema Sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965.
- Papa Francesco (2015), *Laudato si' . Enciclica sulla cura della casa comune*, Edizioni San Paolo, Milano.
- Pristipino C. (2014), La nascita della medicina sistemica fra vincoli e possibilità, *Riflessioni sistemiche*, 11.
- Rambihar V.S., Rambihar V. (2009), Complexity science may help in defining health, *BMJ*, Jan 9: 338.
- Rutter M. (1985), Resilience in the face of adversity, *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
- (1987), Psychosocialresilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsichiatry*, 57: 316-331.
- Telfner U., Casadio L. (2003), a cura, *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Turchi G.P., Della Torre C. (2014), *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Armando, Roma.
- Turner B. S. (1984), *The body and society*, Blackwell, Oxford.
- Vicarelli G. (2013), Verso nuove configurazioni di benessere, in Vicarelli G., *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, Geneva.
- (1977), *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva.
  - (1978), *Alma-Ata 1978. Primary Health Care*, Geneva.
  - (1986), *Ottawa Charter of Health Promotion*, Geneva.

