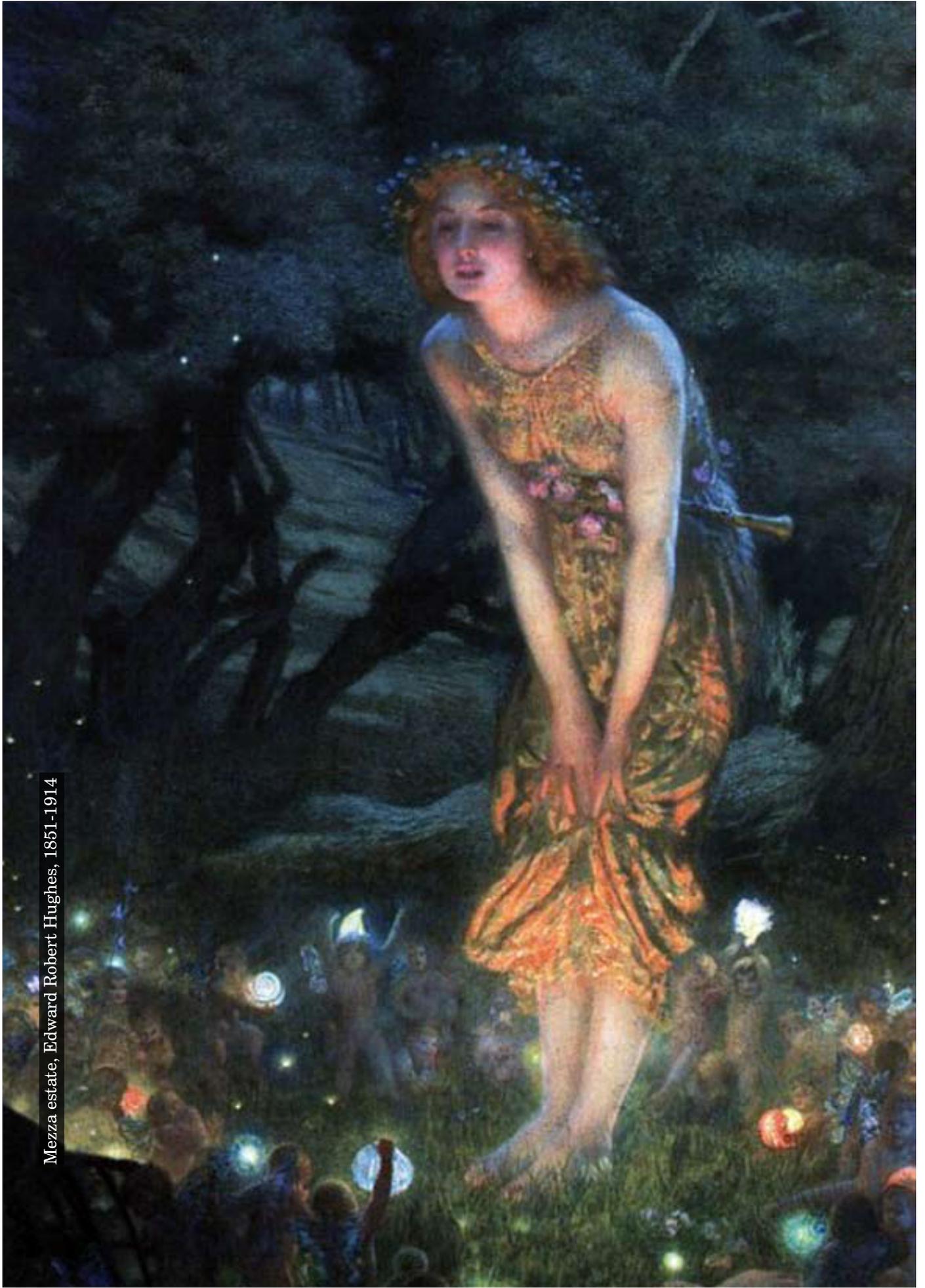


Mezza estate, Edward Robert Hughes, 1851-1914



IL CONCETTO DI BENESSERE: MITO O REALTÀ?

Carmelo Scarcella

*“Non è la più forte delle specie che sopravvive,
né la più intelligente, ma quella più reattiva ai cambiamenti”*

Charles Darwin
(L'origine delle specie, 1859)

Nessuna società ha esaltato il benessere quanto quella moderna, tanto che tutto, nella vita sociale e nelle politiche pubbliche, sembra essere giustificato se e nella misura in cui contribuisce ad aumentare il benessere (Secondulfo, 2000). Gli sforzi socio-politici sembrano tesi al raggiungimento di un “benessere allargato”, onnicomprensivo di tutte le dimensioni del benessere, materiali e non-materiali, che vanno da quelle inerenti i bisogni primari (salute, abitazione, alloggio, ecc.), a quelle psicologiche (sentirsi bene in termini di stati d'animo e di soddisfazione soggettiva), a quelle culturali e sociali (avere relazioni umane positive).

Dal soddisfacimento dei bisogni primari, tradizionalmente garantiti a tutta la popolazione dallo “stato sociale”, si è passati ad una sorta di personalizzazione e sofisticazione del welfare per cui il pacchetto standard si è nel tempo allargato ad un insieme di garanzie di reddito, di istruzione, di servizi per la salute, di servizi sociali alle persone in difficoltà, di un alloggio decente, di una tassazione equa, di pari opportunità di genere, di un clima di socializzazione adeguato per i figli (Secondulfo, 2000).

Se fino ad oggi il benessere è stato concepito prevalentemente come disponibilità di beni, di utilità, di servizi, ora, si pone con forza anche come sviluppo di capacità. Se la distribuzione di risorse (reddito, servizi, tutele sociali, etc.) è stata intesa per la promozione di tale benessere, ora essa deve essere affiancata anche da politiche che promuovano opportunità, preferenze, accesso effettivo ai diritti, quali nuove condizioni di benessere (Cavicchi, 1999).

In tal senso la salute acquista una dimensione “biopsicosociale” (Massarenti, 1999), riconducibile a una condizione di “benessere completo” che la malattia riduce, non in quanto deviazione da una normalità fisiologica ideale, ma per il fatto che determina uno stato di sofferenza e frustrazione soggettivo dovuto alla perdita della capacità di raggiungere e mantenere il potenziale personale nella società. Una persona è in tal senso completamente sana se, nelle circostanze della vita comune, è in grado di realizzare le aspettative che considera fondamentali per la propria vita. Per converso, una persona è malata se non è in grado di perseguire gli scopi per lui vitali o perseguirli solo in parte.



È stata l'assunzione di questi nuovi riferimenti a far sì che la modernizzazione portasse con sé un'idea di benessere di altro tipo. La scienza, soprattutto quella medica, sembra essere andata incontro a tale necessità. I nuovi valori di riferimento sono diventati "le differenze individuali", i "casi individuali", le nuove "dimensioni soggettive delle malattie" fino a riconsiderare il ruolo dell'individualità e della singolarità ai fini della terapia più adatta. Gli orientamenti terapeutici più avanzati, proprio considerando l'importanza della variabilità individuale, si sono spinti a definire addirittura una disciplina come la farmacogenomica che concepisce la terapia non più mirata alla malattia ma alla specificità del malato. Sull'altro fronte, i pazienti pongono richieste sempre più sofisticate, ambiscono ad una medicina quasi "sartoriale", cioè sempre più "a propria misura" (soprattutto alla luce delle scoperte sul genoma umano), richiedono prestazioni sanitarie solo perché offerte ad altri, "sfidano il medico" sulla base di una presunta conoscenza della materia per lo più acquisita in Internet, decidono in assoluta autonomia come curarsi e dove curarsi, affacciandosi anche sul mercato delle prestazioni sanitarie low-cost (turismo sanitario per cure odontoiatriche, terapie termali, ecc.).

L'affermazione di valori post-materiali, con un accento sull'autonomia individuale, sull'introspezione e sulla realizzazione della propria personalità, ha indirizzato la sensibilità e l'interesse delle persone verso nuove pratiche salutistiche riconducibili, in senso lato, al concetto di salute "olistica", di cura del corpo e dell'anima, contrapposte all'approccio tradizionale medico-biologico. Nel tempo, accanto ai medici "convenzionali" si sono affermate nuove figure di professionisti della salute, tra cui omeopati, naturopati, iridologi, agopuntori, massaggiatori shiatsu, pranoterapeuti, osteopati e kinesiologi, e così via. Si è assistito alla fioritura di terapie "alternative", recupero di saperi più o meno antichi, che tornano, spesso dopo essersi "occidentalizzati" spogliandosi del loro bagaglio spirituale e metafisico, ad allargare le vie di fuga dal disagio del vivere (Secundulfo, 2000). Anche nei loro nomi - medicina alternativa, medicina integrativa, medicina delle energie, medicina corpo-mente, medicina naturale - sottolineano una propria specificità, diversa e contrapposta, alle vie della salute tracciate dalla medicina convenzionale. Si è, inoltre, assistito ad una forte spinta consumistica verso l'utilizzo di una vera e propria costellazione di integratori alimentari, prodotti di origine più o meno naturale venduti come integratori di un benes-

sere ideale che i media pubblicizzano come alla portata di tutti ma che, proprio perché ideale, rimane irraggiungibile.

Al paziente-consumatore i media, e in particolare il mondo di Internet, propongono sullo stesso piano un panorama ampio e variegato di offerta di benessere, che va dalla medicina convenzionale a tutto ciò che le si contrappone.

Particolarmente vulnerabili a questi rischi sembrano essere alcune fasce della popolazione, come ad esempio gli adolescenti, tanto che nel 2006 Smith et al. introdussero il termine di “cyberchondriacs”, sostenendo che coloro che cercano informazioni sulla salute in Internet, non solo corrono il rischio di trovare informazioni inesatte e provare un’inutile ansia, ma anche di essere “sfruttati” economicamente.

Va tenuto in considerazione, però, che la contrapposizione tra le diverse medicine e la discordanza delle informazioni sulla salute derivate dai media, possono essere sanate dal comportamento auto-direttivo e autonomo del paziente-consumatore. Questo è il risultato di vari fattori tra cui il processo di responsabilizzazione dei pazienti, la diffusione globale e bloggale di informazioni di salute sul web, il passaggio dal venditore tradizionale di prodotti per la salute, il farmacista, al supermercato, l’accreditamento di numerosi operatori della salute alternativi al medico. In altre parole, mentre le varie “medicine” si contrappongono o si ignorano, molti pazienti-consumatori, già da tempo, nelle scelte curative individuali, oppure in risposta a bisogni del momento e a mode, si spostano fluidamente dall’una all’altra medicina operando strategie sempre più sinergiche e poco curandosi, nella pratica, delle eventuali incompatibilità tra i vari “rimedi” seguiti. Nonostante la conoscenza limitata delle varie tipologie di medicine, in assoluta autonomia scelgono la cura da seguire in base alla gravità percepita del sintomo, in una sorta di bilancio costo-benefici in cui il costo spesso è ignorato e i benefici creduti certi, se non altro perché se il rimedio alternativo “non fa bene, comunque male non fa”.

Risulta evidente come ormai sia stato abbandonato il bianco/nero della dicotomia salute/malattia e come l’attenzione ora sia rivolta al grigio dello spazio che le separa, continuum di stati psicofisici, più o meno gradevoli, che congiungono i due estremi, e all’interno dei quali scorre gran parte della vita di ciascuno. È in quest’area

“grigia”, in cui il malessere può essere fatto anche di stati d’animo e non solo di stati fisici, che si esplica larga parte dell’azione del mercato del benessere. Un mercato in continua espansione nel quale si possono operare strategie di marketing vere e proprie, come la declassazione di farmaci ad integratori alimentari per aumentarne le vendite e per poter sfruttare la pubblicità, vietata per i farmaci. Un mercato in cui si esplica l’azione di pazienti “sperimentalisti ed innovativi” e di quella che viene chiamata la “medicina del quotidiano” (Secundulfo, 2000).

Benché le possibilità offerte per raggiungere il benessere appaiano davvero tante, variegata e più o meno reali, i modelli sociali attuali sembrano però andare nella direzione opposta, in una realtà, soprattutto in campo giovanile, caratterizzata ancora da un forte disagio, da tante forme di dipendenza, da nuove forme di violenza e da comportamenti a rischio, che fanno dubitare sulla reale volontà di perseguire il benessere. Sembrerebbe quasi che il malessere accompagni inevitabilmente i processi di modernizzazione, come se la società moderna si reggesse, strutturalmente e culturalmente, sul paradosso di cercare il benessere e di produrre, contemporaneamente, il malessere (Secundulfo, 2000). L’esistenza ordinaria che si vive sembra essere pervasa da un malessere sottile, o quantomeno dalla insoddisfazione diffusa per un benessere che appare come un miraggio. Questo spiegherebbe il fatto che solo un italiano su cinque dichiara di essere pienamente soddisfatto della vita che conduce (Eurobarometer Surveys, 2001).

Si comprende, quindi, come lo “stare bene” possa non coincidere con il “sentirsi bene” e come, in questo senso, gli indicatori tradizionali di salute forniscano solo una descrizione parziale della salute di una popolazione. Per una valutazione realmente completa, la percezione dello stato di salute rappresenta un importante riferimento in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute, come stato di “completo benessere fisico, mentale e sociale”, così come l’aveva inteso, fin dalla sua costituzione, l’Organizzazione Mondiale della Sanità. La relazione tra salute e qualità della vita percepita è stata, sin dagli anni Ottanta, oggetto di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi, quali la mortalità e la morbosità (Studio "PASSI", 2005). L’auto-valutazione dello stato di salute si è dimostrato essere un predittore di mortalità

importante anche rispetto alla presenza di oggettivi problemi di salute e di fattori di rischio biologici o legati allo stile di vita (Pisinger, 2009). Lo stato di salute percepito risulta infatti spesso correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche, sia ai loro fattori di rischio.

Fallito, quindi, il modello di “massificazione del benessere”, dove la “produzione” del benessere si è identificata con il raggiungimento di elevati livelli di consumo di fasce sociali sempre più ampie e con la disponibilità globale di prodotti e servizi, forse è giunto il tempo di percorrere la strada inversa e pensare ad impostare un modello di benessere fatto su misura dell’individuo. Non un benessere uguale per tutti, quindi, ma strumenti tali per cui tutti risultino avere uguali probabilità di perseguirlo, in modo diverso secondo le proprie esigenze e le proprie caratteristiche.

Di certo è giunto il tempo di pensare alla salute della popolazione anche come salute percepita, introducendo, accanto ai più comuni indicatori sanitari, anche strumenti di misurazione del benessere soggettivo. Questi dati potrebbero indirizzare sia le politiche sanitarie sia quelle non sanitarie, essendo ormai chiaro che il benessere dei cittadini è una responsabilità complessa che coinvolge tutti i settori e che prevede anche l’attivazione di politiche del lavoro, previdenziali, redistributive, assistenziali e ambientali (Sconza, 2005)

Bibliografia

Cavicchi I. *Benessere: un'idea da modernizzare*. Keiron, Farindustria, 1999

Constitution of the World Health Organization, 2006, www.who.int

Eurobarometer Surveys, 2001, http://ec.europa.eu/public_opinion/cf/index_en.cfm

Massarenti A. *Una normale felicità*. Keiron, Farindustria, 1999

Pisinger C. et al. *The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population. The Inter99 study*. *Preventive Medicine* 2009; 49: 418–423

Sconza F. et al. *Studio "PASSI" - Lo stato di salute percepito*. *Bollettino Epidemiologico Nazionale - Notiziario ISS - Vol. 18 - n. 12, Dicembre 2005*

Secondulfo D. (A cura di). *Trasformazioni sociali e nuove culture del benessere*. Francoangeli, 2000

Smith P.K., Fox A.T., Davies P., Hamidi-Manesh L. *Cyberchondriacs*. *Int J Adolesc Med health* 2006; 18(2):209-13