

Nénuphars, Julia Beck, 1853-1935

Julia Beck

---

## IL RUOLO DELLA PREVENZIONE E DEL BENESSERE NEL “FIUME DELLA VITA”

*Fiorenza Comincini*

La metafora del fiume è stata utilizzata da molti autori per descrivere in modo efficace le diverse modalità di approccio al tema salute. La cura delle malattie, con il suo ampio e complesso sistema di interventi sempre più specialistici, viene rappresentata come un insieme di azioni di soccorso rivolte a coloro che sono caduti nel fiume e che devono essere salvati dall’annegamento. Gli interventi per evitare che le persone cadano nel fiume sono identificati nella prevenzione che mette in guardia chi sta cadendo e organizza lavori di messa in sicurezza delle sponde, sistema cartelli e reti di protezione che indicano il pericolo, prepara e mette a disposizione personale esperto come accompagnatore.

Vi sono però altri aspetti da considerare. I soggetti sono in grado di nuotare? La società ha fornito loro gli elementi per decidere in modo autonomo se acquisire o meno questa capacità? Il soggetto apprezza il piacere di nuotare nel fiume, potenzia le sue abilità e sfrutta le risorse che la vita gli offre? (Eriksson, 2007). In definitiva, è consapevole che il suo benessere può dipendere dai suoi comportamenti?

Questa metafora offre la possibilità di cogliere due importanti approcci alla salute, il modello patogenico e quello saluto genico, la malattia e il benessere.

Il primo modello risponde alle domande “Quali sono i fattori di rischio per la salute?” “Quali sono i comportamenti/servizi per combattere/evitare le malattie?” L’attenzione è centrata sulla genesi delle malattie; per questo è necessario studiarne le cause, trovare

---

soluzioni che ne pre-vegano l'insorgenza sia attraverso l'azione di personale esperto e competente, proveniente essenzialmente dall'area della medicina, sia attraverso servizi sanitari efficienti. Fa riferimento al modello causa-effetto che implica da una parte una logica di tipo lineare e dall'altra presuppone un'idea di patologia facilmente identificabile. La rappresentazione mentale cui si riferisce è quindi un sistema che, attraverso gli elementi che lo compongono, esercita in modo più o meno sinergico delle pressioni sull'individuo o sulla popolazione a rischio.

Il secondo modello risponde alle domande “Che cosa posso fare io per migliorare la mia salute?” “Come genero salute?” “Quali risorse interne possiedo per sviluppare la mia salute?” Possiedo le competenze sociali e relazionali (life skills) per affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana?

Se il termine prevenzione rimanda prevalentemente ad interventi che hanno una ricaduta in termini di salute sulla collettività, quello di benessere si riferisce prevalentemente ad un ambito soggettivo.

Ma come spesso accade, giova di più trovare o costruire interconnessioni, contaminazioni e similitudini, piuttosto che enfatizzare le diversità e i contrasti. Vediamo allora come è possibile trovare spazi di contatto.

L'OMS, nel suo Glossario Terminologico afferma che “La prevenzione delle malattie comprende le misure per prevenire l'insorgenza della malattia come, ad esempio, la riduzione dei fattori di rischio e i metodi per fermarne l'evoluzione, riducendo le conseguenze una volta insorta la malattia”. Con prevenzione delle malattie si intende, quindi, l'azione che normalmente proviene dal settore sanitario, ed è diretta a determinate persone e popolazioni nelle quali sono stati individuati fattori di rischio, associati, molto spesso, a diversi comportamenti a rischio (Glossario OMS, 1984).

Il termine fattori di rischio indica “sia esposizioni causali, incluse nel complesso di fattori che determina una malattia, sia fattori che sono solo indicatori di esposizione, essendo associati a una o più esposizioni causali” (Faggiano, 2005). I principali fattori di rischio sono il consumo di tabacco, l'aumento della pressione arteriosa, del colesterolo, del peso, l'abuso di alcol, una dieta povera di frutta e verdura, la vita sedentaria (WHO, 2002).

---

La classificazione delle attività preventive, come proposta da Caplan nel 1964, suddivide tradizionalmente la prevenzione nelle seguenti componenti:

- prevenzione primaria, che si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo il controllo dei determinanti di malattia ed è volta a ridurre l'incidenza delle malattie;

- prevenzione secondaria, che si rivolge alla sola popolazione a rischio ed ha come obiettivo la massima anticipazione diagnostica di una patologia;

- prevenzione terziaria, che si rivolge alla sola popolazione malata ed ha come obiettivo la riduzione dell'impatto negativo di una patologia, ripristinando le funzioni, riducendo le complicazioni e le probabilità di recidive.

Questa classificazione degli interventi di prevenzione evidenzia come schema concettuale di riferimento il modello bio-medico, dove l'esperto, prevalentemente sanitario, fornisce indicazioni e offre servizi. Non emerge il ruolo attivo e centrale che la persona e la comunità devono avere all'interno del progetto salute.

Con l'aumento della prevalenza delle patologie croniche, registrato dalla fine degli anni sessanta, i risultati di successo ottenuti con le malattie infettive subiscono una battuta d'arresto. Riescono ad avere sempre più credito coloro che cercano di dimostrare come i cambiamenti avvenuti nelle condizioni igieniche, nell'alimentazione e il mutato assetto urbanistico, prima ancora della scoperta di terapie specifiche, abbiano avuto un'importanza fondamentale nella riduzione dei livelli di mortalità osservata nel corso del secolo (Lemma, 2005). È un processo che si sviluppa in tempi rapidi, su un terreno fertile ormai pronto ad accogliere cambiamenti.

Nel 1974 Marc Lalonde, ministro della Salute e dell'Assistenza del governo canadese, in quello che viene citato come il Rapporto Lalonde, introduce il concetto di "campi di salute" dalla cui influenza dipendono il persistere della salute o l'insorgere della malattia: i fattori biologici, le influenze ambientali, gli stili di vita individuali e la presenza e capacità di risposta dei servizi sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la dichiarazione di Alma Ata prima (WHO, 1978) e con la Carta di Ottawa poi (WHO,

---

1986), descrive la promozione della salute come un complesso di azioni che svincolano la salute dalla medicina clinica, focalizzando l'attenzione su nuovi fattori e nuovi attori. Lo sviluppo delle capacità personali, il ruolo della comunità, la creazione di ambienti favorevoli, un nuovo orientamento dei servizi per la salute e la costruzione di una politica pubblica per la salute, focalizzano l'attenzione sulla necessità di affiancare al più tradizionale obiettivo della prevenzione delle malattie, quello dello sviluppo di nuove politiche per promuovere la salute. Lo studio dei comportamenti come fattori di rischio vede lo sviluppo di due approcci: quello epidemiologico e quello psicologico.

Il primo individua, con sofisticate teorie statistiche, gli aspetti quantitativi e qualitativi del fenomeno, contribuendo a fare luce sul peso che comportamenti e situazioni ambientali hanno nel variare della distribuzione dei fenomeni sanitari emergenti. Gli esperti di questo approccio hanno tardato ad accettare che l'aumento delle conoscenze da parte degli individui sulla pericolosità di taluni comportamenti non si traducesse in un immediato mutare degli stili di vita.

L'approccio che trae spunto dalla cultura d'area psicologica si è interrogato sugli elementi che producono il cambiamento dei comportamenti a livello individuale e al modo in cui questo si afferma all'interno di una comunità. Negli anni sono stati compiuti molti studi che hanno cercato di far luce su questi processi; l'Health Belief Model o modello sulle credenze della salute, l'apprendimento sociale di Bandura (che focalizza l'attenzione sull'auto-efficacia<sup>1</sup>), il modello dei cinque stadi del cambiamento dei comportamenti di Prochaska e Di Clemente (Prochaska, 1982).

Queste teorie sono ormai riconosciute all'interno di tutte le aree culturali, e prese in considerazione in ogni progettazione d'intervento che si proponga di promuovere migliori livelli di salute.

---

<sup>1</sup> "L'auto-efficacia percepita si riferisce alla fiducia che gli individui hanno nella propria capacità di agire in modo tale da influenzare gli eventi della propria vita" (Bandura, 2000). La fiducia nella propria auto-efficacia determina il modo in cui le persone si sentono, pensano, motivano se stessi e agiscono. Questo è dimostrato da quanto impegno mettono e quanto a lungo persistono nell'affrontare gli ostacoli e le esperienze avverse (WHO, 2006).

---

La strategia “Guadagnare salute”, messa a punto nel 2006 dall’OMS, Comitato regionale per l’Europa per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, accanto ad esempi che mettono in risalto il successo di interventi che puntano sul controllo dei fattori di rischio, afferma che gli interventi preventivi devono essere associati al rafforzamento dei fattori protettivi per la salute, che possono favorire la capacità di recupero delle persone e la loro resistenza ai fattori di rischio e alle malattie.

Ribadisce quindi che il maggior successo nel miglioramento dello stato di salute potrebbe essere garantito da una strategia integrata che promuova contemporaneamente la promozione della salute a livello di popolazione e i programmi di prevenzione, individuando i gruppi e gli individui ad alto rischio e ottimizzando l’accesso della popolazione a trattamenti e cure efficaci.

La Strategia Europea per le malattie croniche prevede che l’azione sia fondata su sei messaggi chiave:

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



Il quadro di riferimento per l'azione contro le malattie croniche (Fig. 1) prende spunto da due importantissimi programmi già esistenti, la Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato (OMS, 2005) e il programma dell'OMS sui sistemi sanitari, combinando la promozione della salute con la prevenzione delle malattie e l'assistenza sanitaria. Il quadro di riferimento all'azione è anche ispirato e coerente con i programmi attuativi proposti dal rapporto globale "Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale" (OMS, 2000) e dalla Visione Cindi (OMS, 2005).

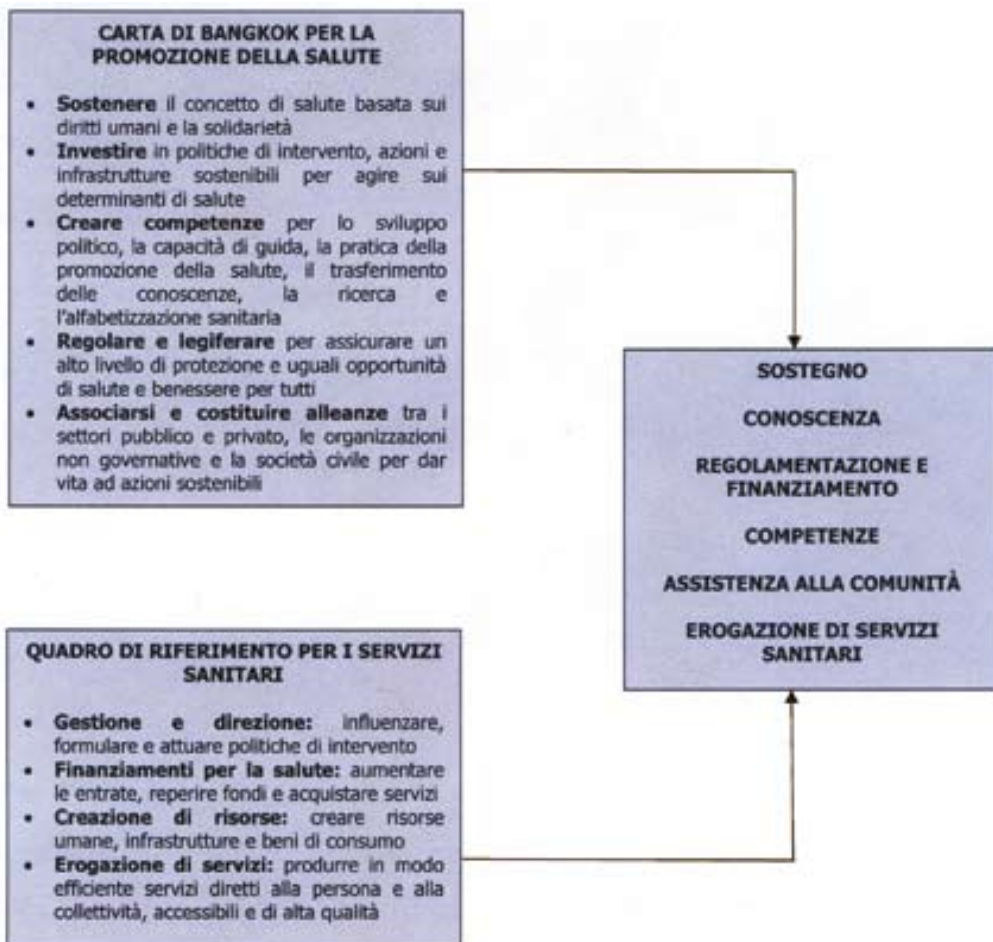


Fig. 1. Quadro di riferimento per l'azione contro le malattie croniche (tratto da *Guadagnare salute: La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*, WHO Comitato regionale per l'Europa, 2006)

La Strategia proposta dal documento “Guadagnare salute” ha il merito di superare le contrapposizioni tra prevenzione, intesa come azione che, agendo sui fattori di rischio, mira a ridurre la probabilità del verificarsi di un disturbo, e la promozione della salute, volta invece a creare le condizioni per un potenziamento della salute stessa attraverso lo sviluppo di fattori di protezione, quali, ad esempio, nuove competenze e risorse.

L'integrazione tra prevenzione e promozione della salute, viene vista come una carta vincente per guadagnare salute.

Anche il recente Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2013, ha ritenuto opportuno rivedere alcune categorie, ampliando gli ambiti



---

della promozione e soprattutto del ruolo della persona e della collettività:

- *prevenzione come promozione della salute.*

Rientrano in essa gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali;

- *prevenzione come individuazione del rischio.*

Comprendono sia gli screening di popolazione sia la medicina predittiva;

- *prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze.*

In riferimento all'adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio.

Ritornando alla metafora del fiume diventa quindi necessario aiutare le persone ad imparare a nuotare (OMS Europa, 2004), coinvolgendole attivamente nello sviluppo di un processo di empowerment<sup>2</sup>.

La Carta di Ottawa (WHO, 1986) individua la promozione della salute come "il processo che rende gli individui e le comunità capaci di aumentare il controllo sui determinanti di salute", per migliorarla e consentire una vita sana attiva e produttiva. Importante è il riconoscimento della persona come principale risorsa per la sua salute.

L'individuazione e lo sviluppo delle risorse sociali, spirituali, economiche, umane e ambientali che creano le condizioni per la promozione della salute individuale e collettiva, assumono rilievo per la comprensione dei fattori salutogenici (Fig. 2).

---

<sup>2</sup> Il processo di empowerment si costruisce intorno all'attribuire a se stessi le capacità di controllare i problemi quotidiani della propria vita, di modificare la condotta di altri che sono a noi simili, di dare forma alle proprie percezioni e al malcontento, riconoscendo l'esistenza di uno scopo nelle cose.

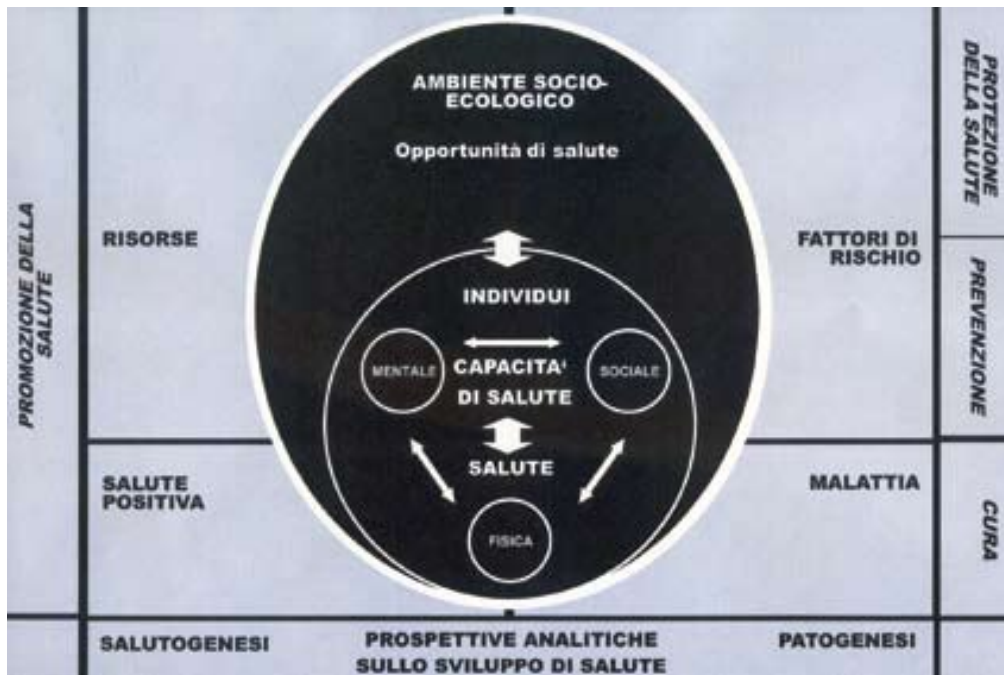


Fig. 2. Modello di sviluppo della salute: approcci di un intervento in sanità pubblica (tradotto da Bauer, 2006)

Il recente contributo scientifico di Aaron Antonovsky consente oggi di disporre di una nuova chiave di lettura: l'approccio salutogenico. Tale approccio sonda caratteristiche e modalità di generazione della salute e va ben oltre i tradizionali approcci di matrice patogenica stimolando una rivisitazione dei nostri schemi mentali e rappresentazionali. Non raffigura il rovescio della medaglia dell'orientamento patogenico; mentre pensare in maniera patogenica significa occuparsi della prevenzione delle malattie, della loro insorgenza e della cura, il pensiero salutogenico parte dal presupposto che tutte le persone siano più o meno sane e contemporaneamente più o meno malate.

Secondo Antonovsky le persone rimangono sane perché sviluppano ciò che egli chiama un "sense of coherence", caratterizzato da un pervasivo e duraturo senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e che c'è un'alta probabilità che le cose riusciranno nel modo che ci si può ragionevolmente attendere. Esso si esprime nella capacità di comprensione della realtà circostante (dimensione cognitiva), di dare significato alla propria vita (dimensione motivazionale) e di agire per adattarsi alle difficoltà (dimensione comportamentale), ad ogni fattore di stress, utilizzando molteplici e variegati strategie di

---

resistenza. Antonovsky elaborò, infatti, anche il costrutto General Resources of Resistance che si riferisce “alla proprietà di una persona o di una collettività di attuare un coping positivo rispetto ai fattori di stress innati nell’esistenza umana”. Il concetto di General Resources of Resistance comprende fattori biologici (sana costituzione), materiali (denaro) e psico-sociali (conoscenze, autostima, capitale culturale, intelligenza, ecc.), che rendono più facile il consolidamento di forze di resistenza utili per affrontare i problemi dell’esistenza umana.

In definitiva, il concetto di salutogenesi ha contribuito allo sviluppo del concetto di promozione della salute in quanto ha favorito lo studio dei fattori che generano salute piuttosto che malattia (Antonovsky, 1987).

Lindstrom ed Eriksson, partendo dall’approccio salutogenico, presentano una originale interpretazione della metafora del fiume. Il fiume della vita è un modo semplice per dimostrare le caratteristiche della scienza medica (cura e trattamento) e della salute pubblica (prevenzione e promozione), cambiando la prospettiva e spostando il focus dalla medicina alla salute pubblica e alla promozione della salute della popolazione.

L’obiettivo ultimo della promozione della salute è creare i pre-requisiti per una vita felice. Ed è nel fiume della vita che si devono individuare i determinanti dei soggetti e delle comunità che possono generare salute, migliorare la qualità della vita e contribuire allo sviluppo del benessere.

Nel linguaggio comune il benessere fa riferimento ad una condizione di vita determinata da percezioni positive interne ed esterne nelle quali la persona mostra di apprezzare la propria situazione di vita e manifesta determinate capacità utili per vivere in modi ritenuti soddisfacenti e buoni. In una condizione di benessere le potenzialità e capacità personali si esprimono e generano sensazioni di felicità e di ottimismo.

Il concetto di benessere può essere applicato a diversi aspetti della vita: possiamo parlare di benessere soggettivo, economico, psicologico, sociale. Il benessere soggettivo si riferisce alla valutazione personale del proprio livello di vita in rapporto alle proprie speranze

---

ed aspettative ed agli stati d'animo vissuti come positivi e negativi. Se la componente affettiva ed emozionale sperimentata dal soggetto nella quotidianità e nei diversi ambienti di vita supera il senso di rabbia, di nervosismo e di frustrazione possiamo dire che il livello di benessere è alto.

Il benessere soggettivo è condizionato da fattori interni se riguardano il temperamento, la personalità, oppure esterni se derivano da variabili socio ambientali, da condizioni di vita oggettive, da comparazioni con il benessere di altre persone, dalle amicizie, dall'amore verso altre persone, dai sentimenti religiosi, dalle condizioni di lavoro e sociali (Lindstrom, 2006).

L'OMS ha definito il benessere "lo stato ottimale di salute di singoli individui e di gruppi di persone". Due sono gli aspetti fondamentali: la realizzazione delle massime potenzialità di un individuo a livello fisico, psicologico, sociale, spirituale ed economico, e l'appagamento delle aspettative del proprio ruolo nella famiglia, nella comunità, nella comunità religiosa, nel luogo di lavoro e in altri contesti" (Simonelli, 2010).

Come già nella definizione di salute del 1948, dove il completo benessere fisico, mentale e sociale auspicato non aveva in sé dei concreti criteri di riferimento, anche nel Glossario del 2006 l'OMS utilizza termini come "ottimale, massime potenzialità, appagamento delle aspettative", che rimandano ad uno "stato" ideale, al quale non si può realisticamente guardare come ad una condizione raggiungibile se interpretata esclusivamente come un fine e non come un processo.

A prima vista può sembrare che un ottimo stato di salute sia indispensabile per raggiungere lo stato di benessere o che uno stato di benessere corrisponda ad un buon stato di salute, ma non è sempre così. In molti casi si può riscontrare una condizione di benessere nonostante uno stato di salute precario ma controllato o, viceversa, esistono moltissime persone in condizioni di benessere economico e sociale che tuttavia non godono di buona salute.

Malattia e benessere non vengono allora più rappresentati come due poli dello stesso asse, ma come due assi che si incrociano tra di loro ad angolo retto (Fig. 3), a delimitare uno spazio dove situazioni di relativo benessere sono descrivibili anche in presenza di patologie

e condizioni di bassi livelli di benessere si possono accompagnare ad assenza di malattia (WHO, 2006).

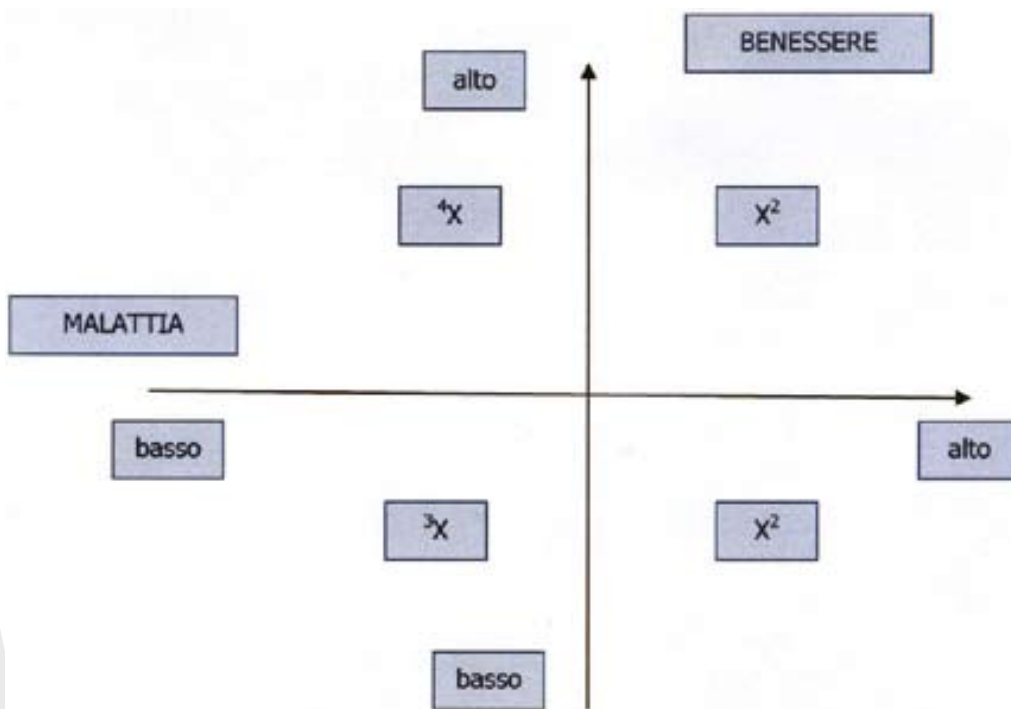


Fig. 3. Una nuova rappresentazione grafica per il concetto di salute (Downie, 1996)

Diventa quindi prioritario non solo prevenire problemi di salute evitabili, ma anche migliorare la qualità di vita; aspetto particolarmente rilevante quando si tratta di soddisfare le esigenze degli anziani, dei pazienti cronici, dei malati terminali e dei disabili. Secondo il Glossario della promozione della salute dell'OMS, la qualità di vita consiste nella percezione che ogni individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto del sistema culturale e di valori esistente nel luogo in cui egli vive e in relazione agli obiettivi, alle aspettative, agli standard e agli interessi che gli sono propri. Si tratta di un concetto molto vasto che implica, in modo complesso, la salute fisica di una persona, la condizione psicologica, il livello di indipendenza, i rapporti sociali, i valori personali e il modo di rapportarsi con le caratteristiche salienti dell'ambiente (Downie, 1996).

Questa definizione sottolinea la concezione secondo cui la qualità di vita si riferisce a una valutazione soggettiva, con implicazioni sia positive sia negative, inserita in un contesto socioculturale e ambientale.

---

L'OMS ha identificato sei ambiti atti a descrivere, in modo interculturale, gli aspetti fondamentali della qualità di vita: un ambito fisico (ad es. l'energia, la fatica), un ambito psicologico (ad es. i sentimenti positivi), il livello di indipendenza (ad es. la mobilità), i rapporti sociali (ad es. un concreto appoggio sociale), l'ambiente (ad es. l'accessibilità dell'assistenza sanitaria) e le credenze personali/la spiritualità (ad es. lo scopo nella vita). Gli ambiti riguardanti la salute e la qualità di vita sono complementari e sovrapponibili.

La qualità di vita riflette la percezione che le persone hanno del livello di soddisfazione dei propri bisogni, e l'impressione che non siano loro negate le opportunità per essere felici e sentirsi realizzati, indipendentemente dallo stato di salute fisico o dalle condizioni socioeconomiche. Richiama quindi gli aspetti qualitativi del concetto di benessere, rientrando sempre più negli obiettivi della prevenzione e della promozione della salute individuale e della comunità.

### **Bibliografia**

Antonovsky A. *Unravelling The Mystery of Health*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987

Bandura A. *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Erickson Trento, 2000  
Bauer G., Davies J.K., Pelikan J. *The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators*. Health Promot Int 2006; 21(2):153-9,

Downie R., Tannahill C., Tannahill A. *Health Promotion. Models and Values*. Oxford University Press, Oxford, 1996

Eriksson M. *Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The Evidence Base of the Salutogenic Research as Measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Research Report 1. Abo Akademi University Vasa, Turku, 2007

Faggiano F., Donato F., Barbone F. *Manuale di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2005

Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Edizioni Unicopli, Milano, 2005

---

Lindstrom B., Eriksson M. *Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health*. Health Promot Int 2006; 21(3): 238-244

OMS. *Glossario Terminologico*. Ginevra, 1984

OMS. *Forum Mondiale sulla Salute*. Ginevra, 1996

OMS. *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*. Ginevra, 2005

OMS, Comitato regionale per l'Europa. *Guadagnare salute: la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*, 2006

Prochaska J.O., Di Clemente C.C. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. American journal of health promotion 1982; 12(1):11-12

Simonelli I., Simonelli S. *Atlante concettuale della salutogenesi*. Franco Angeli, Milano, 2010

WHO. *Charter adopted at an international conference on health promotion. The move towards a new public health*. November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada

WHO. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, 2000

WHO Europe. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The Cindi vision*, Copenhagen, 2004

WHO. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, 2005

WHO. *Health Promotion Glossary: new terms*. Geneva, 2006

WHO. *Reducing risk, promoting healthy life. The World Health Report*, Geneva, 2002