

# Salute: un'architettura plastica

di *Marina Risi\** e *Liliana Trovalusci\*\**

\*Vicepresidente SIPNEI. Centro PNEI Cure Integrate, Roma  
\*\*Neuropsicologa-Psicoterapeuta. Centro PNEI Cure Integrate, Roma

## Sommario

Il modello medico dominante genera dettagliati programmi di prevenzione e promozione della salute, fondamentalmente centrati sulla prevenzione secondaria (screening) e, in generale, poco riferiti all'attenzione degli aspetti psicologici e sociali della popolazione.

Come professioniste della medicina e della psicoterapia le autrici propongono un nuovo paradigma di fisiologia umana, in una visione integrata delle potenzialità di ogni essere umano di costruire la propria salute.

## Parole chiave

Prevenzione, Salutogenesi, Promozione di salute, Allostasi, Consapevolezza dinamica, Soglie psichiche

## Summary

The leading medical model generates detailed prevention programs and health promotion, basically centered on screening and mostly not referring to the importance of the psychological and social aspects of the population. As professionals in medicine and psychotherapy the authors try to offer a new paradigm of human physiology, in an integrated vision of the potential that belongs to every human being to build their own health.

## Keywords

Prevention, Health Building, Health Promotion, Allostasis, Dynamic Consciousness, Psychic Thresholds

La scelta del titolo di un saggio è sempre un'esperienza suggestiva. E così, tra le tante possibilità, abbiamo scelto di svolgere il tema della salute a partire da un'idea di costruzione in costante movimento; la nostra sfida dichiarata è quella di tentare di tratteggiare i molteplici firmatari del progetto Salute.

Il concetto di salute implica la relazione tra un soggetto e il suo ambiente e la qualità di questa relazione determina i parametri di possibilità o impossibilità dell'esistenza stessa del soggetto. Come la morte, che pretende i suoi tempi, la vita ha le sue richieste. Vivere in salute implica soprattutto essere consapevoli della complessità propria e del mondo,

ed operare per il raggiungimento di un'interezza, un'integrità che è possibile solo grazie a relazioni armoniche con l'altro. Altro di sé e altro da sé.

Su quest'immagine di architetture plastiche pensiamo alla consapevolezza come a un processo continuo e in perenne adattamento che presuppone la capacità di percepire, conoscere, fare esperienza, fidarsi dell'essere consapevole. Già quest'ultimo passaggio introduce la pluralità dell'essere. L'istanza che mi sa consapevole e la sovraistanza che si fida di questa sapienza, un asse portante che struttura l'ampiezza dell'essere e ... sposta lo sguardo verso l'alto.

La complessità inoltre introduce il plurale e la differenza, esalta la relazione, sembra presupporre una coesistenza in accordo, un'amicizia. Amicizia dove 'tutte le cose concorrono all'uno', ma anche come bene supremo, come uscita da sé, come spinta verso l'altro e oltre l'altro (Baracchi, 2014-2016). Verso la salvezza.

## **La definizione di salute**

Partire dalla storica definizione di salute del 1948 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:

*“uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, non consiste soltanto in un'assenza di malattia o infermità”* può apparire scontato e anche un po' banale, ma è al tempo stesso doveroso per ragionare sulle critiche e le conseguenti proposte di ridefinizione-

Nel 1966 Alessandro Seppilli propone il cambiamento della parola “stato” con quello più dinamico di “equilibrio”: *“La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”*.

Ma è con la dichiarazione di Alma Ata ([www.who.int/publications/almaata\\_declaration](http://www.who.int/publications/almaata_declaration)), redatta alla conclusione dei lavori della Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria nel settembre del 1978, che viene ufficialmente posta attenzione all'importanza della prevenzione nelle politiche sanitarie. Concetto che verrà poi ampiamente svolto dalla Conferenza di Ottawa nel novembre del 1986, il cui documento finale, la famosa “Carta di Ottawa”

(<http://www.euro.who.int>) recita: *“La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo ... la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere.”* Comincia, così, a diffondersi l'idea dell'importanza dell'empowerment, termine efficace che possiamo tradurre come: conferimento di poteri. Ci sono a questo punto tutti i presupposti per assegnare finalmente al cittadino il suo ruolo di diritto: quello di protagonista della sua salute, che riceve informazioni, consigli, richieste di un vero consenso informato, insomma le basi per una alleanza salutogenica

Una ulteriore significativa proposta di modificare ed attualizzare il concetto di salute è decisamente più recente: nel dicembre 2009 si svolge a L'Aia una Conferenza OMS dal titolo: *“Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health”*

([www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl)), le cui conclusioni sono state successivamente raccolte in un corposo articolo pubblicato sul *British Medical Journal* nel 2011 (Huber M. et al., 2011). In sintesi, gli autori propongono **la definizione** della salute come la capacità di adattarsi ed autogestirsi, una formulazione, quindi, più dinamica, basata su resilienza e strategie di *coping* per mantenere e ripristinare il senso di integrità.

Del resto, il termine salute deriva dalla parola sanscrita *sarva*, che vuol dire integro, salvo.

L'approccio del gruppo di Huber è articolato ed innovativo; contempla la possibilità di perseguire strategie di successo per raggiungere una auto-percezione di benessere anche in presenza di compromissioni funzionali (il paradosso della disabilità) e suggerisce la prospettiva futura di poter iniziare ad individuare strumenti di misurazione della forza della resilienza fisiologica.

Termini come prevenzione e promozione della salute, salutogenesi, senso di coerenza, costruzione di salute sono relativamente recenti, tanto è vero che risultano chiari e ben definiti solo agli addetti ai lavori; la divulgazione medico-scientifica rivolta alla popolazione è fondamentalmente calibrata sulla magica promessa dell'aumento di predittività delle malattie.

Ne consegue che la prevenzione è probabilmente l'unico termine che poggia su un qualche riferimento culturale, ma per la maggior parte delle persone è identificata con i programmi di screening *tout court*; lo slogan: "Prevenire è meglio che curare" ha semplicisticamente svolto la funzione di un binario su cui far viaggiare la pubblicità di proposte di aumento del carico degli esami diagnostici in persone spesso soggettivamente in buona salute e la vendita di prodotti vagamente utili a ridurre il tasso di colesterolemia. Non è certo questo l'ambito in cui riferire i più che controversi risultati dei programmi di *screening*, che gli epidemiologi tentano invano di portare all'attenzione dei tavoli in cui si decidono le politiche sanitarie, ma è certo che qualche decennio di continue proposte e imposizioni di prevenzione secondaria abbiano aumentato l'incidenza e la prevalenza di patologie e la nascita di una nuova "condizione patologica": la sovradiagnosi (Welch, 2013). Come dire che la medicina è talmente progredita che nessuno di noi può più considerarsi sano, siamo tutti degli "ammalati in pectore". Onestamente, di questo tipo di *empowerment* possiamo anche farne a meno; ci sembra piuttosto un'istigazione alla paura, alla concettualizzazione della vita come una condizione a prognosi sfavorevole, ad uno stato di allarme senza tregua che può essere solo temporaneamente placato da un risultato a noi favorevole che le tecnologie, le nostre potenti divinità, ci hanno benevolmente concesso. La trappola sta nella frase con cui immancabilmente si conclude un referto diagnostico: "Necessari ulteriori controlli seriati nel tempo", ovvero: "Per ora puoi andare, ma ...". Sembra riecheggiare la frase-viatico con cui tutte le madri del mondo hanno da sempre accompagnato l'uscita di casa del figlio: "Mi raccomando, eh!"

Ma se la riluttanza della madre alla conquista dell'autonomia e della fiducia in sé del figlio può essere, in qualche modo, comprensibile, ben più inquietante risulta essere la ferrea morsa del controllo sulla salute delle persone che il modello biomedico dominante avoca esclusivamente a sé.

I danni che ne risultano sono immensi e su vari piani: prima di tutto, viene corrosa la naturale competenza di ogni essere umano sull'autopercezione del proprio stato di salute.

Quante volte, nella nostra pratica clinica, alla nostra domanda “Come sta, come si sente?” ci sentiamo rispondere: “Non lo so, me lo deve dire lei come sto”! E allora come la mettiamo con il “senso di coerenza”, che Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1979) ha così mirabilmente codificato circa quaranta anni fa?

Un ulteriore svantaggio del cieco affidamento alla prevenzione secondaria è, come abbiamo già accennato, la sovradiagnosi, che si verifica quando ad una persona viene diagnosticata (e trattata) una condizione clinica per cui non avrebbe mai sviluppato sintomi e non avrebbe mai rischiato di morire. Vale la pena di prendere ad esempio il caso dello screening del cancro alla prostata tramite dosaggio del PSA (l'antigene prostata-specifico): Richard Ablin, il ricercatore che l'ha scoperto nel 1970 ha pubblicamente chiesto scusa a tutti gli uomini del mondo, scrivendo, in un editoriale sul New York Times del marzo 2010: *“Non ho mai desiderato che la mia scoperta portasse ad un tale disastro. La comunità medica deve rinunciare all'uso inappropriato del PSA nello screening. ... Il test non è più affidabile del lancio di una moneta ... Uomini con un basso valore del test possono essere colpiti da un tumore pericoloso, mentre quelli con alti valori del test possono essere completamente sani”* (Ablin J.R., 2010). E già l'anno prima Otis Brawley, responsabile medico dell'American Cancer Society, aveva affermato che *“Con il test del PSA avete 50 volte più probabilità di rovinarvi la vita che di salvarla”* (Parker-Pope T., 2009).

Il nucleo del problema dovrebbe essere ricercato in una cascata di equivoci: la diagnosi precoce ha assunto il significato di medicina preventiva, quest'ultima ci garantisce l'aumento dell'aspettativa di vita e migliore efficacia dei trattamenti (“ il male lo prendiamo in tempo”), ergo: un buon medico è colui il quale indirizzerà i pazienti verso un più ampio spettro di indagini “preventive”; la logica deduzione è che chiunque non abbia ricevuto una diagnosi sufficientemente precoce sarà imbestialito nei confronti del proprio medico. Non è facile parlare degli effetti deleteri della sovra diagnosi all'epoca della medicina difensiva (per la cronaca: in Italia la spesa per il surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del contenzioso è attualmente di circa 10 miliardi di euro all'anno, pari allo 0,75% del PIL. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) ).

Ma dobbiamo ricordare che nel dizionario etimologico al termine prevenzione non corrisponde: diagnosticare precocemente, ma anticipare, porre in essere le misure atte ad evitare danni.

Come vedremo in seguito, sarebbe molto efficace affidare la funzione di predittività al nostro cervello, basta dargli le informazioni giuste!

Il patto che lega un terapeuta e un paziente dovrebbe essere ispirato ad un sano principio di realtà, che si compone di molti dati scientifici e tanta incertezza condivisa, alla co-responsabilità, all'alleanza e alla libera informazione, invece che a un delirio di onnipotenza del primo e alla sottomissione del secondo. Patrimonio culturale dell'umanità, fin dall'infanzia, dovrebbe essere la fisiologia: come funzioniamo in salute e malattia?

Lo studio della fisiologia è sostanzialmente basato sul concetto di omeostasi, termine coniato da Walter Cannon (Cannon W., 1929) che indica la tendenza dell'organismo a mantenere la sua stabilità tramite la costanza di parametri biologici, riprendendo ed ampliando il modello della stabilità dell'ambiente interno, proposta da Claude Bernard, considerato come il padre della medicina sperimentale (Bernard C., 1878). E partendo da questo modello di riferimento, la medicina assegna la salute esclusivamente alle persone che dimostrano di avere valori biologici misurabili nella normalità del *range* stabilito, derivando da ciò che ogni deviazione debba essere considerata malattia presente, prossima o futura.

Lungi dal criticare questo principio cardine, che ha contribuito ad enormi e necessari progressi scientifici, una revisione critica a distanza di circa 100 anni era doverosa, anche in considerazione del radicale cambiamento del carico globale del tipo di patologie nelle popolazioni delle due epoche storiche. Come ci fa giustamente notare l'epidemiologo Roberto Volpi *“L'insieme delle maggiori cause di mortalità degli inizi del secolo scorso non arriva a rappresentare l'1% del totale delle morti di oggi. Il quadro eziologico ha subito una rivoluzione tale che non c'è più alcuna somiglianza tra la popolazione di allora e quella dell'Italia di oggi: come se la continuità biologica avesse subito un cortocircuito...”* (Volpi R., 2008, pag. 19).

Negli anni 70 dello scorso secolo Peter Sterling e Joseph Eyer, il primo studioso di neuroscienze e l'altro biologo, si incontrano nell'Università della Pennsylvania non solo per motivi di lavoro, ma soprattutto perché condividono una passione: l'attivismo sociale. Ed è grazie al loro comune impegno nella lotta all'ingiustizia sociale che iniziano a correlare evidenze epidemiologiche di maggiori incidenze di accidenti cardiovascolari e di ipertensione arteriosa con varie forme di destrutturazione sociale: segregazione, disoccupazione, migrazione e divorzio.

Il passo successivo fu quello di ricercare i possibili mediatori biologici in grado di predire il rischio cardiovascolare stress correlato. A questo punto può essere utile riassumere le conoscenze dell'epoca sulla fisiologia della risposta di stress: un braccio nervoso, il cosiddetto sistema attacco-fuga (sistema nervoso simpatico-midollare surrenale o SAM) destinato alla produzione di catecolamine e un braccio neuroendocrino o asse Ipotalamo- Ipofisi-Corticale surrenale o HPA, la cui attivazione determina la produzione di corticosteroidi (cortisolo nell'essere umano); dunque, sino ad allora il ruolo del cervello nella risposta di stress era confinato al locus ceruleus, punto di partenza della stimolazione del SAM, situato nel tronco dell'encefalo, e all'ipotalamo, come dire le aree cerebrali “basse”, quelle più automatiche. Ma le ricerche di quegli anni iniziarono a dimostrare che la regolazione del sistema nervoso autonomo era ben più complessa e integrata dal cervello in toto: solo per citare uno studio fondamentale, Edwin Blalock documenta la presenza sulla membrana dei linfociti di recettori per neurotrasmettitori cerebrali, per peptidi neuroendocrini e ormoni ipotalamici e che a loro volta producono neurotrasmettitori simili a quelli cerebrali, dimostrando così l'esistenza di una complessa rete di connessioni, ovvero che il cervello in toto ha accesso praticamente ad ogni cellula somatica (Blalock E., 1984)

La grande intuizione di Sterling ed Eyer fu quella di rendersi conto che la fissità dei parametri biologici non è il vero scopo della regolazione fisiologica, piuttosto

l'organismo è teso a ricercare una continua stabilità adattativa, una stabilità non più attraverso la costanza, ma tramite un continuo cambiamento, una fluttuazione dinamica e più predittiva possibile, in base alle esperienze acquisite e alle richieste dell'ambiente interno ed esterno. I due autori coniarono così il termine **Allostasi**, che conobbe non pochi detrattori al suo ingresso nella comunità scientifica, ma che ormai è stato ampiamente incluso e approfondito da ulteriori studi. E' ormai evidente che le modificazioni che il sistema-organismo mette in atto non sono necessariamente patologiche:

*“Se il cervello regola sia la fisiologia che i comportamenti che la supportano, ne deriva che le terapie che bloccano tale meccanismo vanno in contrasto con l'adattamento. Allora, piuttosto che, per esempio, abbassare farmacologicamente la pressione arteriosa ..., non sarebbe meglio ridurre le cause psicosociali che hanno indotto lo stato di allarme che provoca l'ipertensione arteriosa?”*

(Sterling P., Eyer J., 1988, pag. 632). Le nostre soglie di regolazione fisiologica vengono tarate a partire dalla vita intrauterina (fetal programming, Barker DJ, 2002); in particolare lo stress, l'alimentazione, la composizione del microbiota intestinale, i comportamenti e gli stili di vita della madre in gravidanza si traducono in segnature epigenetiche in grado di determinare la predisposizione alle malattie (Developmental Origins of Health and Disease [www.dohadsoc.org](http://www.dohadsoc.org)) e la resilienza allo stress (Younson N.A. and Whitelaw E., 2008) del nascituro. Queste influenze saranno determinanti per tutta la vita; certo, più sono precoci e più ampio sarà l'effetto psicologico e biologico, ma se rimaniamo ancorati ad un principio allostatico saremo in grado di valutare eventuali deviazioni dalla norma come un meccanismo adattativo e non semplicemente patologico.

Se l'allostasi è capacità di promuovere stabilità attraverso il cambiamento, in termini psicologici si traduce nella capacità di abitare nei vari luoghi psichici, dai palcoscenici dell'Io agli anfratti più nascosti dell'anima, dai forti volumi delle emozioni alle intermittenze ritmiche degli umori variabili, dai riflettori della coscienza che misura ai sussurri nebbiosi delle atmosfere oniriche che sfumano ogni senso della realtà

Riuscire a percepire il corpo con le sue ragioni e i suoi tempi mediando tra i suoi bisogni e quelli delle emozioni fino a quelli del pensiero stesso é un'arte di difficile apprendimento tanto che più che a noi stessi, molto spesso si risponde ad un'idea di noi stessi, calzata per aderire ad un modello esterno suggerito da un indotto familiare, culturale.

L'intento è quello di assumere una postura esistenziale disposta all'accoglienza della molteplicità di sé. Raggiungere e mantenere un equilibrio di direzione, di rispetto per ciò che si è, richiede la possibilità di cambiare residenza nel proprio essere per contemplare tutto quello che si è e trascenderne al contempo. Questo permette di non identificarci mai completamente, ma favorisce lo spaesamento che attiva l'apertura al nuovo, al diverso, all'inaspettato e ci rende mobili, agili, pronti e al contempo fuori dal mondo, fuori tempo, come diceva Oscar Wilde, sempre un po' 'improbabili'.

Resta aperta la domanda di come declinare allora questa improbabilità: come disadattamento o come 'fuori da ogni statistica', come unicità simile, ma sempre diversa. A se stessa e all'altro.

L'asserzione di Sterling, secondo il quale 'la costanza non è una condizione fondamentale per la vita', ci porta a reinterpretare quindi un'apparente fragilità (così definita da miti culturali che ci incollano a stereotipi di forza, stabilità, sicurezza, compiutezza...) per abitare il divenire e indurci a spostare continuamente gli architravi del nostro progetto architettonico.

Sembra quindi fondamentale la capacità di acquisire quell'ambivalenza di cui parla Winnicott

(Winnicott D., 1995), di abitare gli opposti, visitare tutto il repertorio dell'umano. Ciò ci rende liberi e vicini alla natura, meravigliosa con le sue morti e rinascite, così distante dalle fissità sintetiche degli attaccamenti mentali. Con essa ristabiliamo quel rapporto di continuità, di appartenenza arcaica.

Camminiamo allora sulla strada della consapevolezza, mantenendo quello stupore che la conoscenza non ha potuto corrompere perché quel che si è vissuto, si è vissuto per davvero, ma si può lasciare andare perché possa essere trasformato in qualche altra cosa che sarà. Stendiamo ponti tra conscio e inconscio, mettendo in continuità stati dell'essere. Attraversiamo e abitiamo soglie (Coppo P., 2013) fino a diventarne 'i signori' come suggeriva Ernesto De Martino (De Martino E., 1995). E ci fermiamo, ci sediamo sugli accomodamenti e osserviamo con indulgenza l'opera che siamo.

Stare sulla soglia significa dunque mettersi in continuità con l'alterità, aprirsi al trascendente. Che sia onorare il proprio mandato, stando in contatto e in ascolto del proprio dàimon, per dirla come Hillman (Hillman J., 1989), oppure relazionarsi al mondo degli invisibili (Coppo 2007), la forza dinamica di queste relazioni ci aiuta ad accedere al senso più antico della salute, nell'accezione di 'salvo'. Salvezza che implicita il sacro, il numinoso. Ed è proprio in questa tensione di stare sulla soglia di ciò che è inconoscibile che apriamo a vie di conoscenza altra, di apertura a percezioni e a nuove immaginazioni (Grof S., 2000). Moltiplichiamo la possibilità di vita, generiamo salute.

Il compito del terapeuta dovrebbe quindi essere non più quello di aggiustare un "pezzo fallato, un meccanismo rotto", secondo la metafora meccanicista dell'essere umano come macchina, ma di valutare quanto l'anomalia sia funzionale all'adattamento di quel particolare soggetto, eventualmente promuovendo un cambiamento "sostenibile" per prevenire il vero rischio di malattia, ovvero il carico allostatico (McEwen B.S., 2012). La condizione di maladattamento, che si verifica quando il sistema non è più in grado di compensare gli squilibri indotti da stressors ripetuti o eccessivi richiede un intervento terapeutico probabilmente farmacologico, ma necessariamente mirato a ridurre le influenze patogene: gli stili di vita quotidiani, il rispetto dei ritmi biologici, la gestione dello stress, la qualità delle relazioni affettive e sociali, l'espressione creativa sono determinanti di salute e non possono non coinvolgere la persona stessa.

Ma come possiamo pensare di coinvolgere una popolazione nella costruzione della propria salute, se il modello dominante di medicina sostiene modelli culturali che depotenziano la naturale competenza umana di salutogenesi, che allerta le persone sane a non ritenersi tali, che trascura e oscura la fisiologica correlazione tra biologia e psiche e viceversa?

Viviamo una contemporaneità in cui la nostra cultura ci immobilizza in assetti difensivi e preventivi. I pazienti vivono la relazione di cura sostanzialmente come una relazione di potere (Di Lernia F., 2008) a cui soggiacciono passivamente o reattivamente e tendono ad abdicare dal proprio percepito affidandosi ai parametri medicalizzati che decretano lo stato di salute o malattia.

I curanti si difendono dall'aumento e dalla complessità delle richieste con la sterilizzazione dei rapporti, barricandosi dietro procedure e tecnologie oppure, identificandosi con i pazienti, si offrono ad un ruolo sacrificale che spesso conduce al burn-out (Balint M., 2014).

Ridotti ad un identikit di numeri e misure su un protocollo si brancola sotto bombardamenti di informazioni che, sotto il make up di scientificità, svelano l'accattivante deriva della funzione apostolica di medicine alternative che reclutano clienti per l'industria farmaceutica di vecchi e nuovi farmaci sempre più costosi, meno nocivi per gli effetti collaterali biochimici, ma molto più deleteri per gli effetti collaterali economici.

Lo sappiamo bene: la medicina fa cultura; ciò che noi dobbiamo ritenere essere salute, malattia e cura ce lo insegnano fin da piccoli. E quindi nessun programma lanciato da meritevoli istituzioni dedicate alla nostra salute, a partire dall'OMS, sulla prevenzione e promozione della salute avrà mai possibilità di successo, fino a quando non verrà rivoluzionato o almeno aggiornato il modello filosofico di riferimento della medicina: il corpo non è una macchina, l'essere umano è molto di più della semplice addizione delle sue parti costituenti, la realtà fisica non è lineare.

Attualmente le informazioni sulla promozione della salute sono ampiamente divulgate; anche se ancora poco studiate nelle accademie di medicina, è relativamente facile l'accesso alle regole d'oro per mantenersi in buona salute. Eppure poco conosciuti sono i risultati di ampi studi epidemiologici ormai ventennali che hanno risposto alla più semplice e naturale delle domande che ogni governo dovrebbe porsi: "In quale misura gli interventi sanitari, su cui investiamo la maggioranza delle nostre risorse finanziarie, concorrono al mantenimento della salute?"

La risposta è inquietante, anche se osservata solo dal punto di vista del rapporto costi/benefici: la percentuale è del 10-15%, mentre fattori socio-economici e stili di vita pesano per il 40-50%, l'ambiente è al secondo posto con 30-40% e i fattori genetici 10-20% (Murray C.J., Lopez AD., 1997).

Dunque, gli stili di vita e fattori socio-economici sono preponderanti; a tale proposito vale la pena di riportare l'inizio di un capitolo dell'ultimo testo scritto da Michael Marmot (Marmot M., 2016):

le dieci regole d'oro pubblicate nel 1999 dal Chief Medical Officer inglese:

1. Non fumare. Se puoi, smetti. Se non ce la fai, riduci
2. Segui un'alimentazione bilanciata, ricca di frutta e verdura
3. Mantieniti attivo fisicamente
4. Controlla il tuo stress, ad esempio parlandone oppure ritagliandoti del tempo per rilassarti
5. Se bevi alcol, fallo con moderazione



6. Copriti quando sei al sole e proteggi i bambini dalle scottature
7. Adotta abitudini sessuali sicure
8. Aderisci all'opportunità di screening oncologico
9. Guida in maniera sicura, rispetta il Codice della Strada
10. Impara le procedure essenziali del pronto soccorso

E di seguito le dieci regole alternative proposte da David Gordon e colleghi dell'Università di Bristol

1. Non essere povero. Se puoi, smetti. Se non ci riesci, cerca di non essere povero per molto tempo
2. Non vivere in un'area deprivata. Se puoi, trasferisciti altrove
3. Non essere disabile e/o non avere un figlio disabile
4. Non fare un lavoro malpagato e stressante
5. Non vivere in una casa umida, non essere un senza-tetto
6. Sii in grado di pagarti attività sociali e vacanze annuali
7. Non essere un genitore solo
8. Richiedi tutti i benefici di cui hai diritto
9. Sii in grado di possedere un'auto
10. Sfrutta l'istruzione per migliorare la tua posizione sociale

Non credo ci sia nulla da commentare, il gradiente sociale di salute è una realtà e giustamente Marmot afferma:

*“La salute è troppo importante per essere affidata esclusivamente ai medici.*

*Essa non dipende solo dall'accesso alle soluzioni mediche ma dalla natura della società”* (Marmot M., 2016, pag. 13)

## **Conclusioni**

Con queste premesse e in questo clima, un medico e una psicologa si sono interrogate sul loro concetto di salute.

Già l'incontro dei due linguaggi e dei luoghi di provenienza dei linguaggi, il medico che pensa ad un corpo psichico e la psicologa che pensa ad una mente incarnata, crea architettura plastica e le linee del pensiero devono stringere alleanze, trovare complementarietà.

La tensione del movimento all'incontro riempie vuoti, marginalizza espansioni, crea le parole necessarie da offrire come oggetto di cura attivo (Benedetti F., 2012), rizomi di salute.

Il concetto di salute contiene l'immagine di equilibrio che calibra gli spazi di presenza e responsabilità tra chi si occupa di cura e promuove salute e chi richiede informazioni e interventi necessari per sostenere la propria salute.

Le narrazioni diventano co-narrazioni (Bert G., 2007) nel cui baricentro si formulano progetti terapeutici sartoriali che prevedono interlocuzioni continue e aggiustamenti verso il qui ed ora.

Ma rimaniamo solidamente convinte che il talento dello sviluppo e della realizzazione del progetto salute risieda nella dotazione di competenza che ogni essere umano possiede.

E ci sentiamo totalmente risonanti con l'attualissimo pensiero con cui George Libman Engel conclude il manifesto del modello biopsicosociale:” *In una società libera il risultato dipenderà da coloro che avranno il coraggio di tentare nuove strade e la saggezza di fornire il supporto necessario*” (Engel, 1977, pag. 136).

## **Bibliografia**

- Ablin J.R., 2010. The great prostate mistake New York Times - 4 marzo.
- Antonovsky A, 1979. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey- Bass.
- Balint M., 2014. Medico, paziente e malattia Giovanni Fioriti, ed. Roma.
- Baracchi C., 2014. L'architettura dell'umano Vita e Pensiero, ed. Milano.
- Baracchi C., 2016. Amicizia Mursia, ed. Milano.
- Barker DJ, 2002. Fetal programming of coronary heart disease, Trends Endocrinol Metab; 13:364-8.
- Benedetti F., 2012. Il cervello del paziente Giovanni Fioriti ed. Roma.
- Bert G., 2007. Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Il Pensiero Scientifico, ed Roma.
- Blalock JE, 1984. The immune system as a sensory organ J Immunol; 132:1067-70.
- Bernard C, 1878-1879. Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et végétaux, Paris, Baillière.
- Cannon WB, 1929. Organization for physiological homeostasis Physiological reviews 9, 399-427
- Coppo P. – Girelli L. (2013) Schiudere soglie Colibrì ed. Paderno Dugnano (MI).
- Coppo P. 2007. Negoziare con il male. Stregoneria e contro-stregoneria dogon. Bollati Boringhieri, ed. Torino.
- De Martino E., 1995. Il nesso mitico –rituale” in De Martino E. (1995), Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro. Argo ed. Lecce.
- Di Lernia F., 2008. Ho perso le parole La Meridiana ed. Molfetta (BA).
- Engel G.L., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine Science 8, 123-36.
- Grof S., 2000. Psychology of the future SUNY series in Transpersonal and Humanistic Psychology State University of New York.
- Hillman J., 1998. Il codice dell'anima Adelphi ed., Milano.
- Huber M. et altri, 2011. How should we define health?, in Health. Time for a new definition?, British Medical Journal, settembre.
- Marmot M., 2016. La salute disuguale Pensiero Scientifico, Ed Roma.

- McEwen B.S., 2012. Brain on stress: how the social environment gets under the skin Proc Natl Acad Sci; 22:110-4.
- Murray C.J., Lopez AD., 1997. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study.Lancet; 349: 1269- 76.
- Parker-Pope T., 2009. Screen or not? What those prostate studies mean New York Times - 29 Marzo.
- Sterling P. and Eyer J., 1988. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J, editors. Handbook of life stress, cognition and health. New York: John Wiley & Sons; p. 629-49.
- Volpi R., 2008. L'amara medicina Mondadori ed. Milano.
- Welch G.H., 2013. Sovradiagnosi Il Pensiero Scientifico ed. Roma.
- Winnicott D.W., 1995. Esplorazioni psicoanalitiche, Raffaello Cortina ed. Milano.
- Younson N.A. and Whitelaw E, 2008. Transgenerational epigenetic effects Annu Rev Genomics Hum Genet; 9: 233-57.