

Verso nuove definizioni di salute e cura del bene comune

di *Marco Ingrosso*

Sociologo della salute e della cura
Professore di Sociologia generale e Sociologia della salute all'Università di Ferrara
marco.ingrosso@unife.it

Sommario

Il saggio esamina recenti interventi sul tema di una nuova definizione di salute e presenta una specifica proposta definitoria in termini sistemico-relazionali. In tale proposta rivestono un ruolo rilevante le condizioni sociali favorevoli alla salute, individuate in innovativi interventi in campo ambientale, sociale e del continuum di cura. Tali condizioni generative costituiscono un bene comune di cui prendersi cura.

Parole chiave

Definizione di salute, sistemica, bene comune.

Summary

The essay examines recent interventions on the theme of a new definition of health and present a specific proposal oriented by systemic-relational theory. In this proposal play an important role the social conditions conducive to health, identified in innovative interventions in the environmental and social fields and in the continuum of care. These generative conditions constitute a commonweal to take care.

Keywords

Health definition; system theory, commonweal.

1. Il dibattito sulla definizione di salute

Negli ultimi anni è in corso un dibattito a livello internazionale sul tema di una nuova definizione di salute. Tale nuova definizione si rende necessaria, a parere di molti, da una parte per i limiti che sempre più vengono riscontrati nella classica definizione dell'OMS (WHO, 1948) - nonché nei suoi aggiornamenti relativi alla *Primary Health Care* (WHO, 1978) e alla *Promozione della Salute* (WHO, 1986) - dall'altra per il mutato quadro epidemiologico globale che evidenzia la necessità e possibilità di gestire la propria salute anche in situazioni non ottimali.

Per motivi di spazio ed economia di questo articolo, rimando alla ricostruzione che di questo dibattito ho fatto in un articolo recente (Ingrosso, 2015). In sintesi si può dire che, secondo diversi partecipanti al dibattito, si tratta di passare da una concezione sistemico-ideale ad una focalizzata e operativa (o "di funzionamento"), da cui la

proposta della «capacità di adattarsi e autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive» (Huber, 2010, pag. 8), detta anche “resilienza”, a cui diversi autori hanno fatto riferimento. Sul piano sociale si mette l’accento sulla possibilità di mantenere un buon inserimento sociale pur in condizioni non ottimali sul piano fisico (“paradosso della disabilità”: idem). *Adattamento e resilienza* sono quindi i termini più evocati nel dibattito, con una relativizzazione, se non abbandono, del concetto di *benessere*.

Man mano che il dibattito si sviluppa nel tempo, si arricchisce anche di nuovi impegnativi saggi e prese di posizione, che tuttavia evidenziano la difficoltà di convergenza fra posizioni che sembrano distanti, in primo luogo, sul piano epistemologico, oltre che sugli obiettivi che la definizione dovrebbe permettere di raggiungere. In questo articolo esaminerò quindi: a) alcuni aggiornamenti del dibattito; b) i conseguenti modelli interpretativi; c) il possibile contributo del pensiero sistemico e della complessità a tale discussione. Presenterò inoltre il modello da me elaborato e svolgerò alcune considerazioni sulle condizioni sociali che ritengo favorevoli la salute. Tali condizioni dovrebbero essere considerate un “bene comune” di cui la collettività dovrebbe farsi carico in forme opportune.

2. Diversità di orientamenti epistemologici

La maggior parte degli interpreti sembra convenire che la salute riguarda almeno tre livelli di realtà e che tali livelli sono fortemente connessi: si parla di una dimensione *biologica*, una *psico-mentale*, una *sociale*. Alcuni aggiungono quella *eco-ambientale*, mentre altri non ne fanno riferimento. Fra questi ultimi si può citare l’editoriale di *Lancet* (2009) in cui si sostiene che si deve fare riferimento alle “congiunzioni” fra questi quattro domini, anche se fa un’ulteriore sotto-distinzione fra la totalità del mondo vivente e il mondo inanimato. Per molti aspetti, si può dire che il dibattito parte da un’*assunzione sistemica* tale per cui si deve dare conto di come questi tre livelli si possano coerentemente combinare, ma anche di come possano continuare a funzionare in situazioni non ottimali di uno di questi, in particolare quello biologico o quello mentale. Meno riflessioni vengono invece avanzate sul disallineamento di quello sociale o di quello ambientale, se non forse in termini di implicita assunzione di una forte varianza e incontrollabilità di questi *milieu* per i soggetti.

Venendo al dibattito recente, alcuni autori norvegesi (Vogt, Hofmann e Getz, 2016) criticano l’impostazione naturalistica assunta della *System Medicine*, scaturita dalla genomica e dall’ipotesi di rendere possibile una medicina di precisione, evidenziando che la sua pretesa di quantificare la *wellness* sia viziata da assunzioni normative non dichiarate. Quindi l’enfasi sull’eliminazione della vaghezza, ambiguità e incompletezza delle precedenti definizioni di salute attraverso il trattamento di big data, rivendicata da questa corrente eliminando i riferimenti a valori personali e sociali (Hood *et al.*, 2012; Flores *et al.*, 2013;), risulta poco fondata. Com’è noto, l’ambizione della *System Medicine* è quella «di usare modelli computazionali di genomica *in silico* e altri big data provenienti da tutti i livelli dell’organizzazione biologica al fine di ottenere una comprensione integrata o olistica degli organismi viventi come sistemi complessivi (*as*

whole systems)» (Vogt, Hofmann e Getz, 2016, pag. 402). Attraverso lo studio di grossi campioni di popolazione e aggiustamenti progressivi si dovrebbe essere in grado di definire una “health-associated reference expression region” (*ib.*, pag. 406) che regolerebbe la wellness e quindi la salute. Tuttavia i criteri di selezione del campione e la percezione soggettiva di benessere non potrebbero essere eliminati e quindi verrebbero implicitamente inglobati nei risultati. Inoltre vengono assunte delle premesse epistemiche di assoluto controllo delle variabili biologiche senza tener conto dell’influenza che le interazioni con l’ambiente sociale comportano.

Al di là dell’adeguatezza o meno delle critiche avanzate, quello che emerge è che questa importante e innovativa corrente ha rivendicato l’assunzione di una epistemologia prettamente naturalistica: essa quindi legge la sistemica come capacità connettiva dei sistemi biologici indipendentemente da qualunque codificazione degli osservatori e delle scelte degli attori posti nel loro ambiente.

Altri autori sottolineano invece la non omogeneità fra le varie dimensioni della salute sia in termini ontologici che epistemologici: in altri termini si pongono in una posizione bi o poli-paradigmatica. 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. In altri termini, la Psicologia clinica non può servirsi del modello medico di analisi dei problemi ma ne deve elaborare uno proprio e autonomo, comprendente un proprio concetto di salute mentale.

Questa problematica è molto viva anche a livello internazionale in quanto non vi è consenso intorno ad una definizione condivisa di salute mentale. Per questo alcuni autori (Manwell *et al.*, 2015) hanno condotto una survey internazionale intorno a questo concetto evidenziando le rilevanti differenze fra i 50 esperti intervistati. Quasi la metà degli intervistati (46%) si riconosceva nella definizione della *Public Health Agency of Canada* che parla di “benessere emozionale e spirituale che rispetta l’importanza della cultura, equità, giustizia sociale, interconnessioni e dignità personale”. Un altro 20% propendeva per la definizione di salute mentale dell’OMS («stato di benessere nel quale ogni individuo realizza il proprio potenziale e può far fronte ai normali stress della vita») mentre pochi partecipanti aderivano a quella di Huber *et al.* (2011) come «capacità di adattarsi e auto-gestirsi». Ben il 30% non si riconosceva nelle definizioni proposte.

Secondo molti rispondenti non si poteva collocare la salute mentale nel cervello o nei geni di un individuo, ma nella relazione con se stessi, gli altri individui, l’ambiente societario e l’ambiente di vita. Quindi rigettava l’ipotesi naturalistica e la sua epistemica.

Da parte loro gli autori dello studio suggeriscono l’utilità di un *Transdomain Model of Health* che mette l’accento sulle aree di integrazione fra i tre “domini” considerati: emergono quindi delle capacità di base che definiscono «a basic (human right) standard of functioning and adaptation» (Manwell *et al.*, 2015, pag. 8): *l’autonomia, il senso del “noi”, il controllo*, a loro volta correlati col concetto di “agency”, ossia di poter scegliere il livello della propria partecipazione al mondo sociale. Gli stessi autori concludono il loro studio in questi termini: «I nostri risultati suggeriscono che qualunque uso pratico di una definizione di salute dipende dal framework

epistemologico e morale attraverso cui è stato sviluppato, e che i domini mentale e sociale possono essere influenzati in modo diverso rispetto a quello fisico.» (*ib.*, pag. 10).

Una terza posizione presente nel dibattito evidenzia come la sistemica, partita da una posizione solo connessionista e integrativa, sia evoluta verso lo studio dei processi piuttosto che delle strutture ed includa una continua valutazione del ruolo dell'osservatore nel processo di codificazione. In questo senso, ogni selezione della realtà osservata corrisponde ad una mappa parziale del territorio. Ciò apre alla possibilità di considerare più punti di vista e più codificazioni dello stesso territorio che, pur mai esaurendolo, permettono di evidenziare aspetti rilevanti che una monovisione solitamente non riesce a considerare. È per questo che la questione del ruolo dell'osservatore è stata posta esplicitamente da molti autorevoli fisici e studiosi di primo piano (Bohr e Prigogine, per citarne alcuni) anche relativamente al campo fisico-biologico.

Ciò comporta che, pur essendoci chiare differenze fra i vari livelli o domini, 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. Scrive ad es. Leonardi (2015): «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.*, pag. 37).

La salute non è dunque una qualità oggettiva misurabile ma un espediente esplicativo, come affermano anche Jadad e O'Grady (2008), 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 e sociali. Ciò non comporta che la diversificazione di valori, di ambienti culturali e di esperienze soggettive debba necessariamente condurre all'impossibilità di accordi dentro quadri definiti e ulteriormente confrontabili fra loro.

In conclusione, è indubbio che una visione sistemica prima maniera sia oggi insufficiente e che ogni anello o circuito organizzativo si appoggia a propri processi e canali di funzionamento che hanno proprie specificità. Un eventuale olistico ripensato non solo deve tener conto dell'osservatore e del necessario convergere di molti osservatori (la "costruzione della realtà" – compresa una definizione condivisa di salute - è sempre un'opera collettiva), 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?

Come ha indicato Bateson (1979), la "mente" permette di connettere non solo diversi livelli organizzativi dentro un corpo, ma soprattutto permette di fare interagire un *organismo-col-suo-ambiente* attraverso un complesso di canali interattivi e comunicativi che sovrintendono l'adattamento reciproco, l'apprendimento e persino

l'equilibrio organismico. Ad esempio, senza una *basic capacity* come la *fiducia sociale* difficilmente il soggetto è spinto ad esplorare adeguatamente la propria nicchia ambientale ricavandone conferme e apprendimenti utili per la sua sopravvivenza.

3. 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. Per inciso, 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”. È evidente che il tema è 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.

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) o anche “pensiero complesso” (Bocchi e Ceruti, 1985), 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.

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. 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, 1999; 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. Questo orientamento assume quindi 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.

4. Un'immagine per pensare la salute

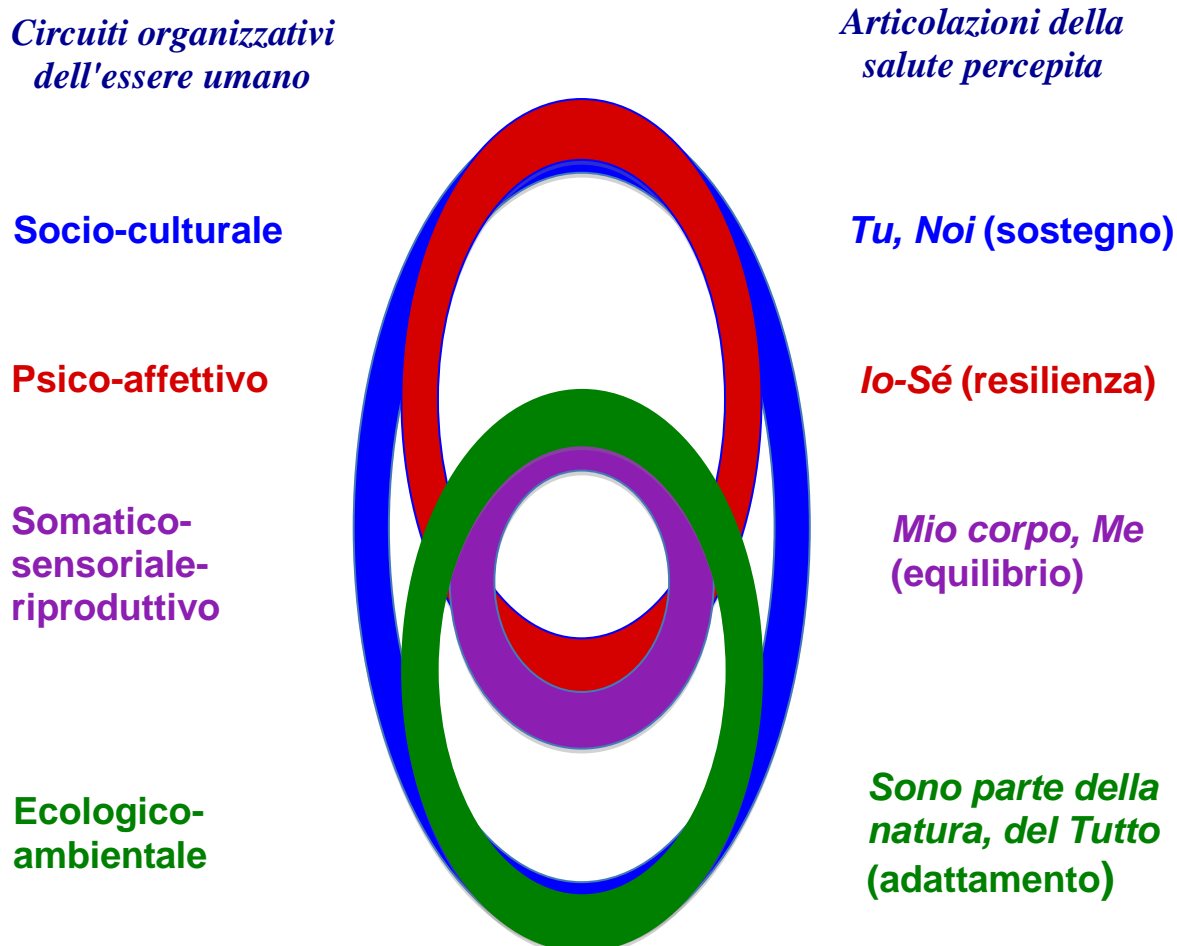
Tenendo conto di quanto detto, si può assumere che la salute, proprio per il suo carattere esteso, polisemico e connettivo, sia un concetto che, nel contesto della cultura contemporanea (perlomeno di quella scientifica e "occidentale"), può essere rappresentata sinteticamente come *una combinazione di 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.

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



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

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 (i “Noi”), ossia le identità collettive. L’*Altro* è essenziale nella costituzione del Sé, così come, attraverso l’*Altro generalizzato*, nella strutturazione dell’ordine sociale e nell’adattamento personale. Di qui la necessità di fiducia nell’altro concreto, nell’altro generalizzato, ma anche, attraverso l’immaginario, in personaggi (reali o creati) a cui riferirsi.

Circa la dimensione ecologica, essa 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. Si tratta della relazione “essere parte di” di cui Bateson ha parlato nell’opera postuma curata dalla figlia (1987).

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.

5. Una proposta di ridefinizione

Già in uno scritto precedente (Ingrosso, 2015), elencavo alcuni criteri che mi sembrano rilevanti per una ridefinizione che tenga conto, per un verso, dell’apporto della teoria sistemica o della complessità, per un altro, degli ambienti sociali contemporanei particolarmente instabili e imprevedibili e, al contempo, globali, o meglio, per il soggetto, *glocali* ossia giocati in una complessa interazione fra dimensioni micro, meso e macrosociali. I criteri sono qui di seguito indicati:

- a) *Dinamicità*: ci si dovrebbe orientare verso una *definizione dinamica e processuale della salute*, dato che essa va concepita come una relazione sempre attiva e operante fra gli esseri viventi e il loro ambiente sia naturale sia antropizzato;
- b) *Compresenza*: un secondo criterio dovrebbe essere quello dell’*abbandono di una concezione dualistica della salute-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) *Evolutività*: un terzo criterio ci pare quello della *valenza in tutto il corso della vita*, nel senso di coprire le diverse età e condizioni di vita per cui si ha un’evoluzione dei punti di equilibrio, così come delle capacità;
- d) *Co-adattività*: non va posto l’accento solo sulla dimensione individuale dei funzionamenti, ma vanno *esplicitati gli aspetti sociali* che ogni salute personale e collettiva comporta;
- e) *Molteplicità*: la definizione dovrebbe essere adeguata per esprimere una visione percettivo-soggettiva di salute, ma essere anche compatibile con un’analisi dei

molteplici processi somatici, sociali ed ecologici che co-generano la salute nel contesto sociale; essa deve rendere possibile un dialogo fra diverse mappe e visioni della salute; si dovrebbe dunque utilizzare un *linguaggio comprensibile*, anche se essa ha alle spalle un'impostazione teorica riconoscibile;

- f) *Convergenza*: 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 emerge 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 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) 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 che richiamano ad un impegno collettivo per la loro protezione e valorizzazione, ossia un bene/benessere comune (*commonweal*).

Vorrei precisare, a tal proposito, 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 ad una costruzione co-generata. 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.

6. Apprendimenti e risorse per un equilibrio adattivo

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, aveva 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).

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 elaborare un “senso di autos” attivo (o di “coherence”, come dice Antonovsky, 1979) stimolato non tanto dal piacere-benessere ma *dalla prospettiva del mantenimento in equilibrio adattivo 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 allo sviluppo di competenze di *wellness*.

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 un'evoluzione delle cure primarie: il “centro medico primario” si affiancherebbe al soggetto in qualunque momento aiutandolo ad affrontare

situazioni in cui il disequilibrio si manifesta in forme fuori controllo, ma lo aiuterebbe anche a mantenere l'equilibrio con una *medicina d'iniziativa* che periodicamente interroga il suo stato.

Rispetto alle condizioni di “disordine evolutivo” e squilibrio nelle quali intervengono i servizi e gli operatori terapeutici professionali, 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.

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, qui inteso in senso multidimensionale, necessita di una forte attenzione al contesto, 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.

7. 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, ambienti di tempo libero, ecc.) da far diventare dei veri e propri *habitat*; 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 l'organizzazione degli spazi abitativi ad interventi progettuali sui contesti urbani, fino a politiche di rispetto ed evitamento delle interferenze perturbanti sui climax ecologici. In tale prospettiva, il punto di vista eco-ambientale diventa sempre più essenziale e co-generativo della salute, ma esso deve interfacciarsi con quello sociale e culturale; in altri termini, essere contestualizzato dentro le dinamiche collettive specifiche di un territorio e i significati simbolici legati al paesaggio urbano e rurale.

Il secondo focus d'attenzione è quello relazionale e sociale allargato. Tale sottolineatura evidenzia che le dinamiche sociali conflittuali, astiose e gravemente carenti di fiducia, oggi molto diffuse, se non portano a giuste soluzioni e scelte attente al bene comune, sono alla lunga deleterie, sviluppano malesseri sociale di nuovo tipo (Ingrosso, 2003; Leon, 2014) 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. Questa partita è spesso delegata ai sindaci e rappresentanti politici, ma senza che essi dispongano di adeguati strumenti di analisi sociologica dei contesti in mutamento e di una rete di servizi e operatori sociali capaci di interventi sia in situazioni acute sia di ordinaria problematicità. Si tratta quindi di pensare ad "operatori di comunità" come rete di sensori e progettatori di azioni di medio raggio capaci di intervenire sulle dinamiche più acute e conflittuali, ma anche, come detto, sulle tensioni sociali latenti pronte a trovare canali di eruzione.

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", tipiche della prevenzione ed educazione sanitaria fin qui proposta, per allargarsi alle capacità di protezione e rigenerazione rispetto ai tossici ambienti sociali contemporanei. Per fare ciò è necessario progettare un nuovo settore "di salute e benessere" su cui investire. Esso verrebbe a far parte di un nuovo *continuum delle cure* (Ingrosso, 2016) che avrebbe per obiettivi, per questa componente, la promozione del benessere e l'incremento della capacità di cura di sé, ossia la formazione dei cittadini non solo in termini di stili di vita sani ma anche di competenze di adattamento e resilienza. Anche in questo caso, è necessario pensare all'accoppiamento fra le due parti (soggetto-contesto), agendo da un lato come dall'altro per cercare di ottenere sinergie e migliorare l'efficacia degli interventi specifici.

Un ultimo punto che la definizione richiama è quello dell'investimento in forme di cura sufficienti e adeguate sia di tipo *reciproco* interpersonale sia di tipo *organizzato* e socialmente programmato. 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 vuole però anche indicare la prospettiva di sviluppare una combinazione di tutte le risorse e professioni di cura in forme *collaborative e integrate*. Come sostenuto nel testo soprarichiamato (idem), si tratta di superare il *deficit* culturale e progettuale oggi presente nel settore sanitario a favore di un nuovo scenario della "cura collaborativa" basato su servizi e percorsi di cura operanti secondo *ecologie di caring* reciproche, triadiche e complesse.

Ciò comporta il pensare alla sanità (e, più in generale, il "continuum delle cure", come detto) non solo come un servizio all'utenza o alla clientela, ma come un rapporto sociale di cura che lega e fa interagire diverse parti e componenti sociali in un'opera co-generata e quindi comune. La cura diventa quindi un bene collettivo con un forte valore sia adattivo sia simbolico-culturale che la nuova definizione attesta e richiede.

8. Le condizioni generative della salute come bene comune

Il discorso sulle infrastrutture sociali è correlato con la 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 della cura 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. Ciò porta ad un deficit delle risorse di cura, ad una crescita delle 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* che si genera nella sinergia fra micro-esperienze distribuite di cura e macro rappresentazioni. Tali narrazioni collettive, in una società multietnica e plurale nascono come convergenza fra diversi generatori culturali capaci di sostenere un senso di “bene 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.

In conclusione, sono molteplici gli spunti che la definizione proposta 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.

Bibliografia

- Antonovsky 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. Una unità necessaria, Adelphi, Milano, 1984.
Bateson G., Bateson M.C., 1987. Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro, Adelphi, Milano, 1989.

Bauman Z., 2007. *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari.

Bertalanffy L. von, 1968. *Teoria generale dei sistemi*, Isedi, Milano, 1978.

Bocchi G., Ceruti M., a cura, 1985. *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.

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.

Flores M., Glusman G., Brogaard K., Price N.D., and Hood L., 2013. "P4 medicine: How systems medicine will transform the healthcare sector and society", *Personalized Medicine* 10 (6): 565–576.

Hood L., Balling R., and Auffray C., 2012. "Revolutionizing medicine in the 21st century through systems approaches", *Biotechnology Journal* 7(8): 992–1001.

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., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., Meer J.W., Schnabel P., Smith R., Weel C, Smid H., 2011. "How should we define health?", *BMJ* 343: d4163.

Ingrosso M., 2003. *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*, Franco Angeli, Milano.

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

-, 2016. *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura*, Aracne, Roma.

Jadad A.R., O'Grady L., 2008. "How should health be defined", *BMJ* 337: 1361-1364.

Keyes C.L.M., 1998. "Social Well-being", *Social Psychology Quat.* 61, 2.

Léon M., eds., 2014. *The Transformation of Care in European Societies*, Palgrave Macmillan, London.

Leonardi F., 2015. *Il grande paradosso della salute*, Felici Ed.

Papa Francesco, 2015. *Laudato si'*. Enciclica sulla cura della casa comune, Libreria Editrice Vaticana, Roma.

Manwell L.A., Barbic S.P., Roberts K., Durisko Z., Lee C., Ware E., McKenzie K., 2015. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey, *BMJ Open* downloaded from <http://bmjopen.bmj.com/> on August 24, 2015.

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.

Pristipino C., 2014. *La nascita della medicina sistemica fra vincoli e possibilità*, *Riflessioni Sistemiche* n° 11 (http://www.aiems.eu/archivio/files/rs_11_def.pdf)

Rambihar V.S., Rambihar V., 2009. "Complexity science may help in defining health", *BMJ* Jan 9: 338.

Telfner U., Casadio L., a cura, 2003. *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.
- Vogt H., Hofmann B., Getz L., 2016. "Personalized medicine: evidence of normativity in its quantitative definition of health", *Theor Med Bioeth* 37: 401-416.
- WHO, 1948. *Constitution of the World Health Organization*, Geneva.
- , 1978. *Alma-Ata 1978. Primary Health Care*, Geneva.
- , 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva.