

L'ombrello della salutogenesi per connettere benessere e apprendimento

di *Patrizia Garista*,

Ricercatore INDIRE, Area didattica, formazione e miglioramento

Sommario

Il modello salutogenico creato da Antonovsky è qui presentato come un modello teorico aperto alle influenze di altri modelli influenti nella promozione della salute e dell'educazione alla salute. I due costrutti principali, le risorse generali di resistenza e il senso di coerenza, sono discussi attraverso due narrazioni con la finalità di focalizzare le sfide educative e le potenzialità offerte dalla connessione tra apprendimento e Salutogenesi.

Parole chiave

salutogenesi, apprendimento, pratiche riflessive, *connectedness*

Summary

The salutogenic model created by Antonovsky is here presented as a theory guide open to other influential theory models for health promotion and health education. The two constructs, the general resistance resources and sense of coherence, are posed and discussed through two narratives with the aim of focusing the specific educational challenges and possibilities offered by connecting learning and Salutogenesis.

Keywords

salutogenesis, learning model, reflective practice, *connectedness*

Patogenesi e salutogenesi: traiettorie educative per il *life long* e *life wide learning*

L'approccio della promozione della salute in questi anni ha svolto il ruolo di catalizzatore critico nella cultura dei servizi socio-sanitari ed educativi, in particolare nei confronti del ruolo dato al soggetto e alla comunità nella costruzione di un proprio equilibrio di salute. Le emergenze climatiche così come gli effetti della globalizzazione (Petzold, Lehmann, 2011), nonché una nuova visione della sostenibilità nella costruzione di questo equilibrio, tra la propria salute e quella dell'ambiente, impongono sempre più una riflessione pedagogica tra l'individuale e la complessità del contesto, in grado di tracciare traiettorie formative percorribili nei diversi *setting* in cui "la gente vive, ama, lavora, gioca" (OMS, 1986). Con l'espressione "promozione della salute", infatti, si rimanda a quell'approccio che si propone di "mettere le persone in grado di controllare ciò che determina la propria salute" e di farlo attraverso più campi d'azione, tra cui quello di matrice squisitamente educativa, definito anche il volano principale in grado di far girare la ruota rappresentativa di tutti gli altri ambiti. Il volano immaginato

e raffigurato nel simbolo della Carta di Ottawa dai suoi creatori, partendo dall'immagine del Nautilus, rappresenta uno dei punti chiave di questa strategia: ovvero ipotizzare ambienti e situazioni che siano in grado di capacitare le persone nel comprendere la salute nelle sue diverse dimensioni e imparare a compiere scelte che si muovono verso una salute positiva e la sostenibilità ambientale.

Il concetto di salute come assenza di malattia ha dominato il panorama medico e sociale fino a pochi decenni or sono. Tale concetto portava con sé modelli e strategie d'intervento finalizzati a prevenire qualsiasi rischio di malattia o a fronteggiare eventuali problemi con un approccio la cui finalità principale consisteva nell'aggiungere più anni possibili alla vita delle persone. Tuttavia, dalla metà del secolo scorso, si è iniziato a pensare la salute in modo diverso. È della fine degli anni '40, infatti, la celebre definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Catford, 2007), la quale identificava la salute come “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo la mera assenza di malattia o infermità”. Dalla definizione dell'OMS del 1948, sono poi state analizzate altre dimensioni, quella psicologica e sociale e, per ultimo, si è esplorato il ruolo di quella spirituale ma, ancor di più, si è sviluppato negli ultimi decenni un vero e proprio cambio di paradigma nello studio della salute, traghettando da un modello di tipo *patogenico* ad uno di tipo *salutogenico*. Si è cominciato a studiare non solo ciò che causa una patologia (modello patogenico), evidenziando come prevenire queste cause (fattori di rischio e comportamenti a rischio), ma soprattutto ciò che può produrre “salute” in termini di risorse interne al soggetto e opportunità fruibili nel contesto circostante. Da allora, quindi, molto è stato detto e discusso sui concetti di salute e malattia, mettendo in luce gli aspetti multidisciplinari, complessi e soprattutto processuali dello “star bene” delle persone (Ingrosso, 2011; Garista, 2009).

Ciò su cui focalizzeremo l'attenzione in questo testo riguarda la necessità di transitare attraverso un lavoro di tipo educativo per poter supportare le persone e le comunità ad avere più controllo su ciò che determina la propria salute. Potremmo affermare – da una prospettiva di analisi pedagogica – che la promozione della salute si costruisce intorno alla formazione del soggetto e della sua capacità di governare la complessità delle sue relazioni con la comunità e l'ambiente in cui è inserito. Da qui si è sviluppata una cultura della prevenzione e dell'educazione alla salute attenta soprattutto alla progettualità delle persone, alla possibilità di definire obiettivi di benessere anche a partire da situazioni estremamente svantaggiate, capace di evidenziare e implementare le risorse con un orientamento alla vita e alla sua qualità (Zannini, 2001). Questa nuova visione della prevenzione, evidenziando gli elementi processuali della costruzione di un equilibrio di salute (personale e al tempo stesso in dialogo con l'ambiente circostante) (Garista et. al., 2015), attualmente recepisce le sfide poste dal *life long learning*. Il concetto di equilibrio simbolicamente rimanda al bilanciamento psicosociale così come a quello psicofisico, enfatizzando la possibilità di connettere le varie dimensioni della persona e del suo ambiente costruendo una condizione generale di benessere, pur tuttavia richiamando la necessità di sviluppare abilità da funambolo, nel dover continuamente ristabilire un equilibrio nel proprio percorso vitale.

Secondo Antonovsky (Idem, 1996), il principale teorico della salutogenesi, la salute coincide con la ricerca continua di un equilibrio tra uno stato di completo benessere e uno stato di completo malessere, che può oscillare spesso nel corso di un ciclo di vita. La salute, e la sua costruzione continua nella ricerca di un equilibrio, diventa pertanto, nella prospettiva offerta da Lindström e Eriksson “una questione di apprendimento”

contestualizzato nei diversi campi d'azione della promozione della salute (Idem, 2011). In modo ancora più specifico la salute diviene un'esperienza di apprendimento permanente che porta a confrontare se stessi, la propria storia con gli eventi della vita. Proprio come nel *life long e life wide learning*, non si apprende un comportamento di salute una volta per tutte, mettendo in pratica un comportamento salutare predefinito o, come si afferma altrove “corretto” (ad esempio fare almeno 30 minuti al giorno di attività motoria). Piuttosto il senso della promozione della salute e della sua genesi rimanda alla “possibilità di diventare consapevoli delle proprie esperienze e della propria storia, come la ragion d'essere per mettere in pratica un comportamento relativo ad esempio al fare sport, all'alimentazione o al rapporto con l'ambiente, e di viverlo in quanto stile di vita: un modo di essere e sentirsi vitali nel mondo (Garista, 2009, pag. 103).

L'ombrello della salutogenesi

Circa quaranta anni fa Antonovsky elaborò il modello della *saluto-genesi* a partire dalle storie raccolte sull'esperienza di salute/malattia tra persone che avevano vissuto traumi importanti ed esperienze negative. Precisamente, Antonovsky scoprì che molte persone erano riuscite a ritrovare il proprio equilibrio e a costruire “salute” nella loro vita quotidiana nonostante un trauma, una disabilità, una malattia. Da questa sorgente si generò la domanda salutogenica:

cosa permette alle persone di apprendere come costruire e ricostruire il proprio equilibrio di salute e la propria qualità di vita?

Il modello della salutogenesi di Antonovsky si interessa principalmente di ciò che crea salute, ovvero di tutto ciò che permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità (un trauma, una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socioeconomiche, la detenzione), di compiere scelte di salute utilizzando risorse e implementando le proprie capacità. Ma si chiede ancora Antonovsky nelle sue ricerche, cosa permette a un individuo di passare da una situazione di malessere ad una di benessere? La salutogenesi, così come la resilienza, è un costrutto fenomenologicamente fondato, che si è delineato a partire dalle storie dei soggetti, raccolte nelle ricerche scientifiche così come tramandate nelle varie culture. Tuttavia a differenza della resilienza, la salutogenesi si è poi definita in un impianto teorico molto strutturato, diventato in seguito anche uno dei modelli guida dell'approccio della promozione della salute promosso dallo IUHPE (International Union of Health Promotion and Education). Non solo, il modello salutogenico ha definito i suoi costrutti chiave nelle “risorse generali di resistenza” (General Resistance Resources, GRRS) e nel senso di coerenza (Sense of Coherence, SOC) a partire dai quali Antonovsky ha spesso cercato di connettere il suo modello con altri provenienti da molteplici campi di studio, ognuno dei quali ha delineato un aspetto alla base della costruzione della salute come ad esempio il processo di *empowerment* in relazione alla giustizia sociale e alle disuguaglianze in salute (Lindström, Eriksson, 2005). Uno degli obiettivi che non è riuscito a realizzare prima della sua morte è stato proprio quello di creare un dialogo generativo tra il suo modello ed altri settori disciplinari e teorici contemporanei, i quali

hanno qualificato concetti come: il capitale sociale, il capitale umano, l'autoefficacia, la resilienza, l'*empowerment*, il capitale culturale, le teorie ecologico-sistemiche, il *coping* ecc. Di fatto, l'elaborazione di Antonovsky voleva creare un modello teorico che, a partire da studi fenomenologici basati sulle storie di vita, e il loro confronto con altri costrutti, potesse sistematizzarsi al punto tale da elaborare strumenti di analisi (come la scala per misurare il senso di coerenza) e strumenti operativi (l'applicazione dei risultati delle ricerche a sistemi come quello scolastico, sanitario e altri ancora) (Mittlemark et al., 2016). Tale sfida è stata raccolta dai suoi allievi che hanno continuato le sue ricerche, e in particolare da Lindström ed Eriksson, evidenziando le sue ricadute nell'ambito della promozione della salute e dell'*Healthy learning*, sostenendo che tutti possono imparare a creare il proprio equilibrio di salute e, dunque che la salutogenesi è un *apprendimento continuo* a partire dalla propria esperienza. Metaforicamente potremmo affermare che Antonovsky suggerisce, a chi si occupa di promuovere salute, di accompagnare le persone a camminare su una corda, tra le polarità salute/malattia, e a trovare un equilibrio attraverso tutto quello che può essere utile e che può essere rielaborato e compreso sotto "l'ombrello della salutogenesi". Il modello della salutogenesi diventa pertanto un contenitore *open*, in evoluzione, capace di creare un dialogo tra approcci e costrutti diversi, ma comunque validi per individuare i fattori che creano salute, e tra teorici e persone, ognuno portatore di una storia di salute, che necessita di traiettorie flessibili, e mai definite a priori, per apprendere le capacità di stare in equilibrio tra le varie esperienze della vita.

Apprendere la salute formulando “domande salutogeniche”

Cosa implica allora, ci potremmo chiedere, questo cambio di paradigma per chi si trova a lavorare in ambito educativo o socio-sanitario, in cui i temi della salute, della malattia e della cura sono all'ordine del giorno? Sempre seguendo la nostra metafora, *cosa si dovrebbe fare una volta aperto l'ombrello della salutogenesi?*

Per rispondere a questa domanda proviamo ad esplorare un caso-storia spesso presentato da Bengt Lindström (allievo di Antonovsky) nelle sue *lezioni magistrali* sulla salutogenesi, in cui espone come si può imparare a stare bene attraverso le sfide da affrontare nella vita quotidiana, che si presentano varie e innumerevoli nel corso dell'esistenza (al seguente link, dal minuto 2.28 al minuto 4.30, <https://www.youtube.com/watch?v=aJH34TpWRKw> è possibile visualizzare, ascoltare e leggere la storia di Lena Maria).

Maria è la quarta figlia di una famiglia del Nord Europa. I suoi fratelli sono nati senza particolari problemi di salute. Tuttavia durante la sua gestazione i suoi genitori si sono ritrovati a prendere una decisione importante: la piccola Maria si presentava all'ecografia senza braccia e senza una gamba. Che fare? I suoi genitori hanno scelto di portare a termine la gravidanza, senza particolari preoccupazioni legate alla capacità di gestire la sua disabilità. Guardare oggi un video di Maria che gestisce una giornata quotidiana è per certi versi sconcertante. Come può fare ad avere tanta forza ed entusiasmo? Maria racconta che fin da piccola le hanno costruito intorno un ambiente, sia fisico che psicologico, volto a promuovere la sua indipendenza. Non è mai

stata trattata in modo diverso dai suoi fratelli. Certo, Maria ha avuto bisogno di cure particolari, di supporti capaci di facilitare i suoi movimenti, ma fin da subito ha cercato di orientare personalmente le sue attività e le sue scelte di vita. Ad esempio, si è opposta, dopo scarsi risultati, alle indicazioni di una certa fisioterapia tradizionale. Dal suo punto di vista, non l'aiutava a trovare i "suoi movimenti", ovvero quelli capaci di renderla indipendente (ad esempio impugnare lo spazzolino con le dita del piede per lavarsi i denti) e ha provato a organizzarsi seguendo la sua caparbia di voler fare il più possibile da sola, intravedendo soluzioni dove altri non ne vedevano. All'età di 17 anni è andata a vivere da sola. Soltanto le immagini di come si alza, lava e veste da sola la mattina, sono in grado di mostrare quanto, a partire da una tale disabilità, sia possibile ipotizzare azioni e movimenti alternativi in grado di dare indipendenza nella vita quotidiana. Maria aveva un sogno: fare la cantante. Così ha indirizzato i suoi studi in questa direzione e intorno al sogno di un'adolescente ha costruito le sue relazioni, la sua vita presente e il suo futuro.

La storia di Maria fa scaturire la classica domanda che ruota intorno al modello salutogenico: *cosa crea salute?*

Perché così spesso la ricerca e la pratica medica (ad esempio in questo caso la fisioterapia) si focalizzano sui fattori che causano la malattia e non su quelli che creano salute e qualità della vita? Cosa ha permesso a Maria di trovare un equilibrio tra disagi e soddisfazioni nella sua esperienza di vita?

Prima di argomentare questa domanda, da cui Antonovsky ha avviato la sua ricerca, vogliamo però proseguire nella storia.

Maria oggi ha più di 40 anni, è riuscita a diventare una cantante, gira l'Europa e altri paesi con i suoi spettacoli. La sua aspirazione professionale è stata soddisfatta, ma anche la sua vita personale non è niente male. Si è sposata felicemente e l'unico desiderio che non è riuscita a realizzare è quello di avere dei figli, ma non a causa della sua disabilità. Certo nel corso della sua vita ha dovuto attraversare momenti che l'hanno messa a dura prova, fin da subito. Tuttavia la sua esistenza non è priva di difficoltà, ma questo non costituisce il primo elemento a partire dal quale Maria interpreta ciò che le succede. Il suo è un orientamento alla vita in senso positivo, comunque, a tal punto da riuscire a comprendere le difficoltà e i successi della sua esperienza agganciandoli sempre a come può affrontarli in modo positivo in vista del futuro, imparando via via a ricostruire il suo equilibrio di salute.

Sono dunque le "domande salutogeniche" che marciano secondo Antonovsky il cambio di paradigma tra un modello patogenico ed uno salutogenico. In un suo citatissimo articolo, apparso su Health Promotion International del 1996, precisò come il modello bio-psico-sociale che si è affermato rispetto a quello bio-medico, rimanga in realtà sempre ancorato agli assunti della patogenesi: ovvero alla ricerca dei fattori (bio-psico-sociali) alla base dell'insorgenza di una malattia. Domandarsi cosa può creare salute è un nuovo orientamento da adottare nella ricerca così come nel lavoro clinico ed

educativo quotidiano che potrebbe portare ad individuare i numerosi fattori che promuovono salute.

Le risorse generali di resistenza e l'importanza del “senso di coerenza” nel ciclo della vita

Molte delle storie raccolte da Antonovsky all'inizio delle sue ricerche venivano da persone che avevano vissuto l'esperienza dei campi di concentramento. Questo ambito di studio è stato oggetto anche di altri teorici che hanno poi scritto sulla resilienza (ad esempio Cyrulnik, 2002) o di pedagogia della resistenza (Mantegazza, 2003). Non a caso tra le prime risposte salutogeniche, Antonovsky ci presenta quelle che lui ha chiamato “Risorse generali di resistenza”. Le risorse di una persona possono essere di diverso tipo: interne (fattori biologici, caratteristiche di personalità, esperienze personali etc.) ed esterne (beni a disposizione nel proprio contesto, relazioni, etc.). Quando si parla di risorse, non ci si riferisce solo a ciò che c'è a disposizione, ma soprattutto a ciò che le persone sono in grado di utilizzare e riutilizzare. Infatti, possono esserci risorse a disposizione, ma se le persone non le riconoscono o non vi hanno accesso è come se non esistessero.

Le risorse generali di resistenza agiscono a livello individuale, comunitario, sociale, organizzativo; con esse le persone possono costruirsi un bagaglio di esperienze in grado di aiutarle a ricostruire la trama della loro esistenza in situazioni di stress, a trovare un significato per dirigersi verso una situazione positiva. Esse sono ad esempio: denaro, conoscenze, esperienze, autostima, strategie di *coping*, legami, supporto sociale, impegno, cultura, intelligenza, tradizioni, ideologie, arte, religione (Mittlemark et al., 2016). Averle a disposizione, o poterle facilmente reperire, significa avere più possibilità di affrontare le situazioni più o meno difficili della vita. Tuttavia, come si è già affermato, più importante delle risorse è l'abilità di utilizzarle. Per fare questo, e quindi per creare il proprio equilibrio di salute, le persone hanno bisogno di comprendere la situazione in cui si trovano, in quel momento e nel suo insieme, di riconoscere delle risorse e di utilizzarle con successo. Il muoversi in direzione della qualità di vita e della salute è favorito dunque da quello che Antonovsky definisce “senso di coerenza”: *“un globale, sebbene penetrante, sentimento che qualsiasi cosa accada nella vita essa può divenire comprensibile e può essere gestita a partire dal significato legato ad ogni cosa”* (Lindström, 1992). Si possono, quindi, definire risorse “utili” quelle che contribuiscono al verificarsi di esperienze di vita che diano un senso al mondo di ognuno, sia di tipo cognitivo che emotivo. Gli allievi di Antonovsky hanno lavorato soprattutto approfondendo il costrutto del senso di coerenza. *Quando si sviluppa? È possibile implementarlo? Cosa comprende esattamente?*

Per cominciare, gli studi di Lindström allargano l'interpretazione delle tre componenti del senso di coerenza (SOC) elaborate nel modello teorico originario. Nella sua elaborazione, Antonovsky parlava infatti di una componente cognitiva, quella cioè relativa alla *comprensione degli eventi e di sé*, di una componente motivazionale, legata all'*attribuzione di un significato a ciò che succede*, e di una componente comportamentale, capace di *tradurre le altre due in azioni comportamentali* orientate verso la qualità di vita e la salute. Tuttavia, secondo Lindström, ora possiamo riprendere

il costrutto di componente cognitiva e affermare che tale componente deve inglobare una capacità più ampia delle persone di interpretare e comunicare con il mondo, basata su più canali comunicativi, rivitalizzando dunque le risorse senso-motorie, ampliando quindi la componente cognitiva a quella che potremmo definire una *embodied cognition*.

“Se l'apprendimento fin dalla nascita si sviluppa in un percorso psico-motorio, in cui il movimento supporta la crescita intellettuale e viceversa, come ha messo in luce Piaget, ciò continua ad essere valido per il resto della vita. Nel modello salutogenico le esperienze quotidiane, comprese quelle di salute e malattia, coinvolgono il soggetto nella sua globalità, il quale apprende come ricostruire il suo equilibrio attraverso la combinazione della sua componente sensoriale con quella più intellettuale. La costruzione dei significati, e quindi anche del “senso di coerenza”, è ancorata pertanto al soma, è cioè body centred” (Garista, Zannini, 2010).

Le persone con un marcato senso di coerenza reagiscono in maniera flessibile alle sollecitazioni e possono attivare risorse adeguate per far fronte alle diverse situazioni. Dalle ricerche fatte finora, risulta che il SOC aumenta generalmente con l'età. Ovviamente, ciò dipende dal potenziale esperienziale che influisce sulla elaborazione di risposte alle sollecitazioni della vita. In questa prospettiva, la salute si costruisce imparando dalle esperienze quotidiane, siano esse positive o negative. Un'esperienza negativa, ad esempio, può diventare utile con il tempo, quando ci aiuterà ad affrontare meglio una situazione simile. In questo senso, è chiaro perché il SOC aumenti con il passare del tempo. Da un punto di vista educativo, al fine di promuovere benessere e motivare al cambiamento verso stili di vita positivi, non basterà introdurre obiettivi conoscitivi e comportamentali per mettere in pratica un determinato comportamento salutare, ma bisognerà comprendere le motivazioni e le resistenze più profonde che inducono le persone a percepirsi come vitali, a sviluppare un'immagine positiva di sé da negoziare tra le aspettative individuali e le rappresentazioni sociali all'interno di contesti di scambio e confronto accoglienti, empatici, valutativi, capaci di ascoltare i messaggi provenienti da diversi canali comunicativi.

Tale presupposto introduce un altro elemento che deve essere oggetto di riflessione nella programmazione di interventi educativi ovvero che l'educazione è un impegno e una necessità per l'intero corso della vita. Come afferma Duccio Demetrio:

“il punto critico e cruciale sul quale può lavorare – anche in una prospettiva empirica – l'approccio pedagogico è costituito (per noi) da momenti, sperimentabili nell'infanzia quanto alle soglie della morte, nel corso dei quali per ragioni spiegabili con le nozioni di varianza e di invarianza l'individuo scopre di aver bisogno di rinnovare le proprie energie vitali. [...] La questione educativa non si arresta alle prime fasi della vita, ma continua a costituire una risorsa cui attingere per rimodificare, nel corso dell'esistenza, il modello di età che decidiamo di ‘vestire’ a seconda delle esigenze, stabilite da altri o da noi stessi, in date circostanze o, addirittura, nel corso della stessa giornata” (Idem, 2001, pag. 5).

Storie di interviste/visite impossibili tra salutogenesi e apprendimento

Nella prospettiva di Lindström, la salutogenesi è un apprendimento dalla vita e per tutta la vita, in cui l'elemento fondatore è l'equilibrio soggettivo che ognuno riesce a costruire e ricostruire. Solo così le persone possono creare coerenze tra la loro quotidianità e la complessità di nuove conoscenze ed essere al centro del processo, attive, partecipi e soddisfatte (Lindström, Eriksson 2011). Salutogenesi e apprendimento sono dunque legati in una duplice funzione: la prima rimanda alla costruzione della salute come un apprendere dall'esperienza quotidiana, la seconda guarda alla possibilità di intervenire in modo intenzionale nella costruzione di salute attraverso un modello che integra contributi disciplinari diversi e ipotizza un apprendimento in grado di restituire benessere (Garista, 2009). Ma cosa può significare nella realtà del lavoro di promozione della salute? Ed in particolare con le famiglie?

Quali sono le domande salutogeniche in grado di far emergere le risorse e sviluppare il senso di coerenza?

Sarah Cowley, una ricercatrice inglese, ha focalizzato parte della sua ricerca cercando di trasferire il modello teorico della salutogenesi nella pratica delle Health Visitors inglesi, ovvero le figure professionali che corrispondono alle assistenti sanitarie, professionisti che devono operare nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, creando connessioni tra servizi sanitari, famiglie e altre istituzioni come la scuola (Idem, 1995). La Cowley afferma, infatti, che vi è una certa opacità delle spiegazioni teoretiche della letteratura scientifica circa le azioni orientate esplicitamente alla promozione della salute più che alla prevenzione delle malattie. Si chiede cioè quali siano ad esempio concretamente le domande da fare in una visita domiciliare per focalizzare lo sviluppo di salute sulle risorse presenti. Da qui la volontà di ragionare su come proprio gli assistenti sanitari possano professionalizzarsi nella valutazione dei bisogni "guardando alla salute come a un processo alimentato dall'accumulo o utilizzo di "risorse per la salute" (Idem, 1999).

L'interesse per il lavoro di Cowley si rivolge alle sue ricerche, che riportano dal campo, dalla pratica dell'assistenza sanitaria in Inghilterra, storie e dati ancorati al territorio e ai bisogni educativi delle famiglie su cui si è costruita un'analisi pedagogica delle competenze in gioco in questa professione. La riflessione che si riporta di seguito si riferisce al lavoro svolto all'interno dell'insegnamento di Pedagogia generale e sociale, condotto dall'autrice, docente del corso, per l'Università degli Studi di Milano. I risultati di Cowley (tra cui un elenco di possibili risorse presenti in vari contesti svantaggiati per sviluppare salute, emerso dall'analisi di visite/interviste alle famiglie condotte dalle assistenti sanitarie) mostrano un *framework* teorico/metodologico importante, non solo per queste figure professionali ma per chiunque si occupi di promozione della salute. Nelle analisi delle interviste, fatte dalle assistenti sanitarie inglesi coinvolte nella ricerca, si delineano le abilità di focalizzarsi sullo sviluppo di risorse relative alla salute così come percepite nella famiglia visitata. *Risorsa* non è, e non può essere, qualcosa di definito a priori, una volta per tutte. Una risorsa è tale se riconosciuta in questo senso. Non si tratta quindi solo di sviluppare e aumentare alcune risorse ma anche di lavorare sulla costruzione di senso in un dato contesto. Per comprendere come l'adozione di un paradigma patogenico possa fortemente influenzare la pratica professionale, riprendiamo una narrazione filmica usata come stimolo per una *reflective practice*.

Nel film *Little Miss Sunshine* (2006), ad esempio, la famiglia protagonista, apparentemente senza risorse, contattata per assurdo da professionisti con un orientamento patogenico, rischierebbe di essere diagnosticata e dislocata in riferimento ai diversi servizi sanitari rappresentativi dei problemi dei protagonisti. Sugeriamo la visione del film come esempio di lavoro sulle proprie risorse, ma riproponiamo tuttavia una breve descrizione di ciò che appare nella prima parte del film che racconta il viaggio della piccola Olive con la sua famiglia verso la California per realizzare il suo desiderio di partecipare e vincere un concorso di bellezza. Molti sono i possibili riferimenti ai discorsi sulla salute in questo film: l'immagine corporea, gli stili di vita, i condizionamenti sociali sui comportamenti di salute. Tuttavia, in questa sede ci soffermeremo sul tema delle risorse nella genesi della salute ed in particolare su quelle che una famiglia può far emergere in una situazione di caos e stress dei suoi vari componenti, al fine di ricreare un equilibrio familiare in dialogo con gli equilibri di salute e benessere dei suoi vari componenti.

Il padre Richard tiene conferenze pressoché deserte sui cosiddetti nove passi per raggiungere il successo e spera di pubblicare un saggio. La madre Sheryl, fumatrice, è una donna indaffarata e molto disponibile che spera nella carriera del marito, accoglie in casa prima il suocero e poi anche il fratello omosessuale Frank, docente universitario, il quale dopo essere stato rifiutato da un altro uomo, aver perso il posto all'università e aver visto premiare da una fondazione il proprio rivale in amore, ha tentato il suicidio e ora necessita di essere sorvegliato a vista. Dwayne, figlio del precedente matrimonio di Sheryl, avido lettore di Friedrich Nietzsche, ha fatto il voto del silenzio e comunica solo scrivendo su un quaderno. Sua sorella Olive è una bambina di sette anni il cui sogno è partecipare a un concorso di bellezza per aspiranti Miss America. Per questo motivo si allena ad un numero speciale con suo nonno Edwin, un anziano nostalgico della sregolatezza passata che sniffa eroina e per questo è stato cacciato dalla casa di riposo Villa Tramonto. Olive arrivata seconda alle regionali di Little Miss Sunshine, dopo il ritiro della prima classificata viene ammessa alle finali nazionali che si terranno in California. La famiglia, a prima vista sconnessa e irrecuperabile, inizia a discutere su come affrontare la situazione e alla fine si accordano per partire tutti ad accompagnare Olive al concorso.

Da questa fase in poi del film le inquadrature dei singoli personaggi sono via via affiancate da sempre più scene sull'intera famiglia, ispirando molte locandine circolate negli States che richiamano le domande di senso rispetto a situazioni che questo viaggio li costringe ad affrontare. Se si adotta un paradigma patogenico, si partirà dai loro problemi e si ipotizzerà un servizio sanitario per tutti: il nonno e lo zio in comunità; la mamma inviata ad un servizio di *counseling* antifumo; il ragazzo adolescente al consultorio; lo zio dallo psicologo; il papà all'ufficio collocamento. Queste sono le traiettorie intraviste da alcune assistenti sanitarie in formazione.

In opposizione a tali modelli, e in linea con la prospettiva del ciclo di vita, si colloca il modello salutogenico per l'apprendimento di Lindström (Idem, 2003). Questo modello propone di agire sullo sviluppo di capacità per implementare risorse personali e del contesto, per riconoscere quelle esistenti e per maturare competenze in grado di dare un senso alle esperienze attraverso la riflessione sull'esperienza propria e la sua

condivisione. L'approccio più tradizionale legato alla prevenzione invece vuole la presentazione del problema di salute (spesso rilevato solo da un punto di vista epidemiologico) a partire dal quale viene organizzata la programmazione sanitaria e la risposta dei servizi. Ad esempio, nelle ricerche di Cowley, sembrerebbe che i processi per sviluppare le capacità dei soggetti di riconoscere e risolvere i problemi siano emersi come più importanti rispetto alla presenza o assenza di specifiche risorse. Mentre il modello patogenico trova le risposte solo nell'elenco delle prestazioni dei servizi, in una situazione quale quella formativa, si sono ipotizzate e messe in scena delle interviste/visite impossibili, con la finalità di far emergere delle domande salutogeniche in una prospettiva educativa e di promozione della salute.

Attraverso la riflessione sulla pratica professionale attraverso esempi dati dalla letteratura (Cowley, 1999; HVP pack, 2001) e casi tratti dalla propria esperienza, rielaborando stimoli narrativi e visuali (il lavoro di pratica riflessiva sul film) è stato possibile focalizzarsi sulle competenze educative da implementare rispetto a grandi categorie che riguardano il sostegno alle famiglie e la loro promozione della salute connettendo, ancora una volta, le ricerche provenienti dalla Sanità Pubblica e dalla salutogenesi con le prospettive educative, in questo caso specifico a partire dalla pedagogia della famiglia di Laura Formenti (Idem, 1992). Tra le connessioni individuate, incrociando le risorse definite nel lavoro della Cowley e le indicazioni di Formenti (Idem, 2002, pp. 146- 147), riportiamo i temi da indagare attraverso domande salutogeniche e circolari: identità familiare, tempo come memoria, relazionalità, asimmetria (ad esempio: saper cogliere l'evoluzione dell'insieme del nucleo familiare e l'evoluzione dei singoli al suo interno); la famiglia come continuità nel cambiamento (risorsa); la complessità delle azioni nei rapporti con gli anziani o soggetti con ruoli diversi e ricostruiti; i rapporti con altri sistemi con cui la famiglia si incrocia; la famiglia come custode dei passaggi, delle attese, ricostruzioni, ricordi, progetti; lo spazio in cui sperimentare un "sentimento di appartenenza primaria" (famiglia come spazio del noi, dell'essere insieme); i legami fondamentali (reciprocità, amore, cura, solidarietà); la coesione sociale; leggere in positivo le relazioni tra generazioni; attivare pensieri riflessivi sulle scelte (Formenti, 1992). Nell'analisi della Cowley, con la quale ella cercava di mettere a fuoco cosa significasse lavorare sulle risorse nella pratica della promozione della salute, a partire dal modello salutogenico di Antonovsky, è emerso che vincoli e risorse possono interscambiarsi a seconda delle relazioni presenti e delle interpretazioni date. Tali conclusioni si allineano perfettamente con quanto afferma Formenti ovvero che l'educazione con la famiglia così come l'educazione alla salute "si fondano sul contesto e sul processo" (Idem, 2002). In una prospettiva salutogenica quindi bisogna creare un contesto favorevole al cambiamento (che può avvenire per passaggi obbligatori o facoltativi, prevedibili e imprevedibili). Bisogna porsi domande (salutogeniche) in grado di far emergere una meta-riflessione (dove stiamo andando? Dove vogliamo andare? Come ci siamo sentiti rispetto a questi cambiamenti?) (Formenti, 2002, p. 152). Così il processo di promozione della salute diventa anche contenuto (promuove salute mentre si esperisce) perché si attiva una riflessione sul cambiamento in atto. L'idea alla base di questo approccio è che se i vincoli favoriscono il cambiamento positivo diventano risorse (Formenti, 2002, p. 151; Lindström, 1992).

Bibliografia

- Antonovsky A., 1996. A salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.
- Bengel J., Strittmatter R., Willmann H., 1999. What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health, *Research and Practice of Health Promotion*, vol. 4, Federal Centre for Health Education, Cologne.
- Catford J., 2007. Ottawa 1986: the fulcrum of a global health development, in *The Ottawa Charter for Health Promotion: a critical reflection*, Promotion & Education, supplement 2, pag. 6-7.
- Cowley S., 1995. Health-as-process: a health visiting perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 22, 433-441.
- Cowley S., 1999. Resources Riviseted: salutogenesis from a lay perspective; *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 994-1004.
- Cyrulnik B., 2002. I brutti anatroccoli, Frassinelli.
- Demetrio D., 2001. Pedagogia e corso della vita, in Tarozzi M., *Pedagogia generale*, Guerini Editore, Milano.
- Formenti L., 2002. *Pedagogia della famiglia*, Guerini, Milano.
- Garista P., 2009. "Parole di pedagogia come parole per la salute", in Pocetta G., Garista P., Tarsitani G. (2009), *Alimentare il benessere della persona. Prospettive di promozione della salute e orientamenti pedagogici per l'educazione alimentare in Sanità Pubblica*, SEU, Roma.
- Garista P., Sardu C., Mereu A., Campagna M., Contu P., 2015. The mouse gave life to the mountain. Gramsci and health promotion. *Health Promotion International*, 30 (3): 746-755.
- Garista P., Zannini L., 2011. L'educazione al movimento: da pratica per la prevenzione della malattia a strategia per la promozione della salute e della resilienza, in Cunti A. (2011), a cura di, *La rivincita dei corpi. Movimento e sport nell'agire educativo*, Franco Angeli, Milano.
- Health Visitor Practice development resource pack, 2001. Department of health, London.
- Ingresso M., 2011. La salute come processo e cura di sé, in *Riflessioni Sistemiche*, N° 5
- Lindström B., 1992. Quality of life: a model for evaluating health for all. Conceptual considerations and policy implications, *Soz Prevntivmed*, vol. 37, pp 301-306.
- Lindström B., Eriksson M., 2005. Salutogenesis, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- Lindström B., Eriksson M., 2011. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scand J Public Health*. 39(6 Suppl):85-92.
- Mantegazza R., 2003. *Pedagogia della resistenza. Tracce utopiche per educare a resistere*, Città Aperta Edizioni, Troina.
- Mittelmark, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G., Pelikan, J.M., Lindström, B., Espnes, 2016. *The Handbook of Salutogenesis*, Springer International Publishing.
- Nilsson L., Lindström B., 1998. Learning as a Health promoting process: The salutogenic interpretation of the Swedish curricula in state education, *Internet Journal of Health Promotion*, URL: <http://rhpeo.net/ijhp-articles/1998/14/index.htm>.

- Pocetta G., Garista P., Gianfranco T., 2009. a cura di, Alimentare il benessere della persona, SEU, Roma.
- Petzold T. D., Lehmann N., 2011. Salutogenesis, globalization, and communication, *International Review of Psychiatry*, 23:6, 565-575.
- Walsh F., 2009. La resilienza familiare, Cortina, Milano.
- World Health Organization, 1948. Constitution, WHO.
- Zannini L., 2001. Salute, malattia e cura, Franco Angeli, Milano.