

L'educazione alla salute come lifelong learning. Riflessioni dentro e oltre la crisi contemporanea

Health education as lifelong learning. Reflections within and beyond the contemporary crisis

Marco Ingrosso

Professore di Sociologia della salute, Università di Ferrara

Parole chiave: educazione alla salute, apprendimento nel corso della vita, cura di sé

RIASSUNTO

Obiettivi: il saggio propone una interpretazione dell'educazione della salute come lifelong learning health promotion che si propone di favorire una lifelong self-care.

Metodi: viene analizzata la situazione italiana della promozione della salute sotto l'aspetto organizzativo evidenziando le novità costituite dai sistemi di sorveglianza in tutte le fasce d'età e dalle diverse alleanze interistituzionali che hanno dato vita a significative esperienze locali; vengono poi confrontate sul piano teorico diverse proposte favorevoli e sfavorevoli alla prospettiva della lifelong learning evidenziando gli elementi comuni e le divergenze di impostazione.

Risultati: il riferimento alla lifelong learning indica l'esigenza di un apprendimento continuo nel corso della vita sostenuto da una combinazione di percorsi formativi formali, informali e autogestiti; questa impostazione richiede lo sviluppo di ambienti favorevoli alla salute, di cui il primo esempio e prototipo può essere quello scolastico.

Conclusioni: è solo ritrovando un assetto culturale e scientifico più adeguato alla situazione vissuta dai soggetti nella contemporaneità che l'educazione e promozione della salute possono ritrovare nuovo slancio e inverare le intuizioni programmatiche da cui sono nate.

Key words: health education, lifelong learning, self-care

SUMMARY

Objectives: the paper proposes an interpretation of health education as a lifelong learning health promotion that aims to foster a lifelong self-care.

Methods: it analyses the Italian situation of health promoting organizations highlighting the innovations constitut-

ed by the monitoring systems in all age groups and from different inter-institutional alliances that have generated significant local experiences; theoretically different proposals, which are favourable or unfavourable to the perspective of lifelong learning, are then compared by highlighting the common elements and setting differences.

Results: the reference to lifelong learning indicates the need for continuous learning throughout life supported by a combination of formal, informal and self-managed training; this approach requires the development of environments for health, of which the first example and the prototype may be the school environment.

Conclusions: it's just finding a cultural and scientific framework which is more appropriate to the situation experienced by subjects in the contemporary world that education and health promotion can find new impetus and carry out the purposes from which they originated.

1. Oltre il crinale della crisi

Nell'ultimo quarto di secolo si è assistito ad una vigorosa espansione e trasformazione degli assetti economici mondiali, nota sotto il termine di "globalizzazione", nonché ad una altrettanto implosiva e dirompente "Grande Contrazione" (1) che ha portato a vistosi contraccolpi in molti Paesi e ad un incerto andamento del PIL mondiale. Sul piano culturale, si sono verificati corrispondenti radicali cambiamenti antropologici e dell'immaginario collettivo, noti sotto i termini di "modernità liquida" e società individualizzata (2), individualismo narcisistico (3) e simili. Mentre la tecnologia della comunicazione è diventata un grande moltiplicatore di tale immaginario, si è assistito ad un'ampia razionalizzazione tecnocratica che, attraverso il linguaggio dell'efficienza e della "qualità" valutata, ha invaso progressivamente quasi tutti gli ambiti di vita. Come scrive Magatti (1 p. 35-36), tale "standardizzazione universalistica" viene estesa anche a settori apparentemente meno adatti, come l'ambito sanitario: «...la tecnicizzazione ha ispirato l'idea che la realtà sia governabile secondo schemi proceduralizzati e indicatori misurabili, operando una sistematica rimozione degli aspetti contingenti, casuali e caotici della condizione umana.»

L'attuale crisi mondiale ha reso ancora più acuti diversi problemi già manifestati nella fase espansiva, come quello della crescita delle disuguaglianze (in particolare in campo sanitario) (4) e quello dei "nuovi rischi", dovuti alla caduta di benessere sociale (legato a relazioni sociali allentate e difficili) e a ritmi di vita molto accelerati e stressanti (5). La crisi è altresì l'occasione per aggiungere ai famosi "tagli" nel settore pubblico, tipici del neoliberismo trionfante, una dose massiccia di riorganizzazione tecno-manageriale che ha interessato diversi settori come quello sanitario, scolastico, universitario e altri.

Tale premessa è necessaria per capire come mai alcuni ambiti del comparto sanitario/di salute, come quelli della promozione ed educazione della salute, siano andati incontro a progressivi disinvestimenti e definanziamenti (o non siano mai decollati). Essi infatti sono quelli che per primi sono stati colpiti dalle scelte di efficientamento sviluppate nel comparto sanitario, che è anche quello che con maggior ritardo e difficoltà le aveva riconosciute come proprie.

Nello stesso periodo, sul campo scolastico si sono riversate molte problematiche sociali (quali

l'immigrazione, le disabilità non assistite, la montante sfiducia dei genitori, l'edonismo giovanile, ecc.) a cui – paradossalmente – gli insegnanti sono stati invitati a supplire con una dose maggiore di tecnologie e di efficientismo.

A loro volta, gli Enti locali, chiamati a intervenire sul benessere della collettività territoriali, hanno subito una divaricazione crescente fra manifestarsi di nuovi problemi di disagio urbano e rilevante contrazione delle risorse disponibili.

È forse per questo che iniziative “di rete” come quelle delle “Città sane”, delle “Scuole promotrici di salute”, degli “Ospedali promotori della salute” hanno incontrato, nel nostro Paese, molte difficoltà ad avviarsi e a mantenersi. Si combinavano difficoltà economiche con quelle organizzative e quelle culturali che rendevano improbe, frammentate, incostanti le diverse esperienze. Come indicava un Rapporto Istisan del 2008: «...gli interventi di promozione della salute finora effettuati dalle ASL e dalle istituzioni scolastiche sono stati molto spesso caratterizzati da frammentarietà e disomogeneità operative e non sempre è stato possibile la loro valutazione e riproducibilità» (6).

Se comunque diversi progetti locali di educazione alla salute hanno continuato a svolgersi è stato prevalentemente perché la scuola è diventata il recettore di diverse proposte esterne (di associazioni sportive, di volontariato, culturali, di vari Enti pubblici e privati) che supplivano allo sfilacciarsi di quel patto fra sanità-scuola-genitori-poteri pubblici che aveva costituito l'infrastruttura sociale del periodo espansivo dell'educazione alla salute.

I primi anni dopo la crisi finanziaria mondiale del 2008 sono stati forse quelli di maggior decostruzione del modello precedente, dopodiché, con molta difficoltà e forse in modo non sistematico, hanno cominciato a prodursi nuove iniziative nel campo della promozione ed educazione della salute che hanno portato ad una contenuta ripresa di progetti realizzati e di visibilità, così come si coglie da un recente numero monografico di *Sistema Salute* dedicato alla scuola (3/2015).

Contemporaneamente si avvertono segnali di innovazione organizzativa non recessiva in altri comparti del pianeta sanità, penso ai nuovi modelli di cure primarie e di cure intermedie in sperimentazione, alla digitalizzazione che fa forse dei passi avanti percepibili dai cittadini, a qualche percorso di cura che comincia a prendere forma. Sembra di essere su uno stretto crinale in cui, da una parte, continua la minaccia di “insostenibilità” finanziaria del SSN (7) ma, dall'altra, si comincia a capire e praticare la possibilità di un ripensamento non finalizzato ad un puro efficientamento a parità di condizioni, ossia di tipo recessivo, ma che ripensi il “Patto per la salute” che era alla base dei welfare e dei SSN. Come ha sostenuto Kickbusch, le nostre continuano ad essere “società della salute” (8), cioè che perseguono collettivamente e individualmente dei nuovi traguardi di benessere, anche se devono far fronte a diverse nuove problematiche di rischio: «La salute e il benessere sono cose che proviamo a perseguire collettivamente in un mondo basato sulla globalizzazione e sull'individualismo? Un nuovo modo di pensare sta emergendo in parte a causa e in parte malgrado la crisi economica che ha colpito i paesi ad

alto reddito. ... La promozione della salute è messa alla prova per collegare tre grandi dibattiti: benessere, sostenibilità e investimenti sociali» (9).

Uno dei problemi sul tappeto – in questo come in altri settori del comparto pubblico – è indubbiamente quello finanziario e di investimento. Le scelte dei superticket per le prestazioni sanitarie, ad esempio, accettate e promosse da alcune Regioni negli ultimi anni, sono sicuramente di tipo recessivo, in quanto allontanano molti cittadini di fascia media dal SSN spingendoli verso il settore privato. Per quanto riguarda il finanziamento della promozione ed educazione, anche a livello internazionale si è cercato sempre più di associare finanziamenti pubblici a quelli privati insieme ad altre risorse no-profit, ma sufficientemente dinamiche anche sul piano del fund-raising. Come ha detto ancora la Kickbusch (9) «la salute è un investimento» e l'investimento in benessere è sinergico e simbolico di molti altri.

Al contempo, il rischio di derive verso una neo-tecnologizzazione dei corpi (1), verso nuove forme di medicalizzazione e farmacologizzazione diffusa (10, 11) o di consumismo del benessere (12) è dietro l'angolo portando lontano dagli obiettivi sperati.

Si tratta quindi, in questa fase, di cogliere l'occasione di questo crinale per un ripensamento di fondo degli aspetti organizzativi, ma anche di quelli più teorici e progettuali, per cercare di mettere in campo, dove possibili, sperimentazioni pratiche che colgano qualche elemento di novità che pure faticosamente emerge dal magma ribollente di una crisi che ancora non trova delle vie di uscita, e anzi ingloba preoccupanti elementi di involuzione.

2. Aspetti organizzativi del rilancio dell'educazione e promozione della salute

La promozione della salute, come movimento sociale di salute pubblica e di società civile, ha attraversato diverse fasi dal suo sorgere, nei primi anni '80 fino ad oggi. In particolare, in una ricostruzione di pochi anni or sono (13), distinguevo una prima fase creativa e una seconda di assunzione depotenziata all'interno delle istituzioni sanitarie (che già vedeva una situazione critica dell'educazione sanitaria, a volte sostituita con campagne di comunicazione persuasiva); seguiva poi una terza di rielaborazione (nei primi anni duemila) che si poneva il problema del nuovo scenario globalizzato e individualizzato (14), nonché degli inadeguati esiti delle prime due fasi, proponendo una virata verso il settore privato e di mercato, e cercando, come bilanciamento, di prevedere maggiori investimenti, una strutturazione anche professionale della HP, un maggiore intervento regolativo dell'autorità pubblica non più identificata col solo settore sanitario. Il sopravvenire della crisi economica induceva ad un nuovo periodo di attesa ed incertezza che rischiava di assestare un colpo decisivo alle prospettive di innovazione organizzativa e culturale lanciate nella fase iniziale e creativa della PdS.

Nel momento in cui scrivo, i motivi di crisi e incertezza economica sono ancora molti e alcuni di tipo socio-politico (profughi, terrorismo, conflitti) ancora più dirompenti di solo tre anni fa. Ciò nonostante, uno spazio di esperienza e riflessione sembra essersi creato mettendo insieme

diversi fattori avviati negli ultimi due lustri ma che, recentemente, sembrano prendere maggiore consistenza, fino a fare intravedere le basi di una struttura nazionale, regionale e locale del settore.

A livello ministeriale, a partire dal 2007, è andato crescendo il Programma nazionale “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” promosso dal Ministero della Salute. Tale programma dichiara che: «Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario nazionale, il programma Guadagnare Salute punta sulla collaborazione tra i vari Ministeri e sull'avvio di una “politica delle alleanze” tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (Amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc).» (15, 16). Vi è stata quindi la scelta non di incorporare questa policy dal mondo della sanità, ma di lavorare in modo intersettoriale e sinergico nella prospettiva della “salute in tutte le politiche” (17). Il programma, com'è noto, è al momento centrato su una combinazione di interventi molto ristretta e, per molti aspetti, convenzionale: alimentazione e attività fisica, alcol e fumo. Esso ha dato vita a banche dati dei progetti avviati, che tuttavia non sono sempre aggiornate da parte delle Regioni partecipanti.

Un altro elemento rilevante in una nuova stagione dell'Educazione alla salute è costituito dai cosiddetti “Sistemi di sorveglianza”, ossia rilevazioni periodiche sulla popolazione di determinate fasce d'età: il sistema “OKkio alla Salute”, promosso dal Ministero della salute, fa rilevazioni su bambini di 8-9 anni (classe terza) e si concentra in particolare sulle abitudini alimentari e motorie (18); lo studio Internazionale HBSC (*Health Behavior in School-Aged Children*) è stato compiuto con periodicità di 4-5 anni dal 2001 e ipotizza la costituzione di un sistema di rilevazioni periodiche su ragazzi di età 11-13-15 (16); infine il sistema di sorveglianza “PASSI”, sviluppato a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, raccoglie informazioni su un campione di popolazione dai 18 ai 69 anni su fattori di rischio e stili di vita. Le indagini si sono poi estese a campioni di ultra 64enni (“PASSI d'Argento”) al fine di studiare più accuratamente i gruppi di terza età (19).

Al momento si vedono tutte le differenze di impostazione che le tre esperienze hanno, ma esse, per la prima volta, operano simultaneamente e lasciano intravedere la possibilità di sviluppare un sistema di indagini nazionali sulla salute della popolazione di tutte le età capaci di essere rappresentative anche a livello regionale-locale così da dare elementi di studio, valutazione comparativa, indirizzo ai molti progetti locali relativi a interventi preventivi, curativi, promozionali, educativi. Sarà molto importante vedere come crescerà e si consoliderà questo complesso di osservatori nei prossimi anni e se/come potrà integrarsi senza perdere di specificità.

Da parte loro le Regioni sembrano aver recepito in modo differenziato queste indicazioni nazionali attraverso i loro Piani di Prevenzione, in particolare sul piano degli accordi intersettoriali sul territorio. Alcune esperienze nelle ASL territoriali seguono un percorso molto canonico e interno al settore pubblico in dialettica prevalente con le istituzioni scolastiche, mentre altri

cercano di estendere le alleanze. Ad es. il modello di Educazione alla Salute nell'ASL di Modena (20,21) fa capo ad apposito gruppo di programma all'interno della struttura sanitaria che si interfaccia con l'Ufficio Scolastico Provinciale e gli Istituti scolastici. Esso prevede poi delle collaborazioni soprattutto nel Terzo Settore, nell'Università, nell'Azienda Ospedaliera, negli Enti Locali e qualche sponsorizzazione privata. Uno degli obiettivi principali di questa fase è lanciare e sostenere un network provinciale di "Scuole che promuovono la salute".

Un modello meno noto e documentato è quello proposto da una città emiliana, quella di Parma, molto simile come dimensione e struttura di popolazione a quella modenese. Si tratta del *Progetto Giocampus* che si presenta come un'alleanza pubblico-privata fra Comune e una importante azienda alimentare avviata già da 10 anni ma che si è rilanciata ed espansa nel 2015 col coinvolgimento di molte nuove importanti aziende ed esperienze sportive locali. Al Progetto aderiscono l'Ufficio scolastico provinciale, il Coni, il Cus Parma e l'Università. L'Università di Parma (in particolare gli ambiti della nutrizione e dell'educazione motoria) gioca un ruolo rilevante fornendo expertise e operatori qualificati, avviando start up e sostenendo l'équipe che si è formata per mantenere la continuità dell'esperienza. Il programma opera finora nelle scuole primarie provinciali (27 per 7.500 bambini) attraverso la metodologia "learning through playing" e forme di comunicazione molto accattivanti sia verso i bambini sia verso gli insegnanti, sostenendo esperienze di educazione alimentare nell'arco di tre anni (20 ore per anno) e proposte di educazione motoria (60 ore per anno), ma esso si estende anche ad un sistematico progetto di animazione educativa estiva (che si tiene nel Campus universitario per 14 settimane) e invernale (Giocampus Neve). I primi risultati e valutazioni degli interventi su oltre ottomila studenti (per un totale di oltre 16.000 questionari) sono stati presentati da una recente pubblicazione in cui si attesta un incremento della conoscenza nei bambini (8-11 anni) interessati (22), mentre sono documentati anche gli incrementi di abilità motorie per i frequentanti ai corsi di avvio a 40 attività sportive (e non solo) sviluppate durante Giocampus Estate (che comprende anche attività di educazione alimentare).

Non si tratta qui di voler comparare i risultati o gli effetti di un modello o dell'altro, che sembrano tutti e due funzionanti e di pregio, ma solo di notare come sia possibile percorrere una strada piuttosto interna al settore pubblico e una seconda che attiva attori più compositi e meno usuali. La seconda sembra poter contare su risorse aggiuntive e portare alla formazione di nuovi operatori dell'educazione e promozione, mentre la prima si avvale di un gruppo molto esperto e innovativo che dà continuità e ampiezza di visione. Ciò, se non altro, implica che è possibile porre le basi strutturali di un rilancio dell'educazione sanitaria allorché si creino aggregazioni intersettoriali sostenute da Enti responsabili, capaci di dare continuità e far crescere dei professionisti sempre più esperti e preparati. Pare possibile, almeno in alcune aree, sviluppare modelli misti pur con un ruolo di guida e di raccordo del settore pubblico (sanitario e/o locale). L'incognita maggiore forse resta quella costituita dai singoli istituti scolastici. La scuola italiana soffre di una situazione di disorientamento, pressione e stress che rende più difficile la vita sco-

lastica rispetto al passato. Le politiche per una “Buona Scuola” hanno cominciato ad apportare qualche risorsa umana in più, ma è incerto se esse riusciranno a dare più serenità. La dimensione relazionale nel triangolo insegnanti-genitori-studenti è quella più in crisi. Per questo è piuttosto difficile che modelli come quelli della “whole school approach”, adottato dalle *Schools for Health in Europe*, in teoria molto interessanti (23), possano avere adeguata applicazione all’interno delle situazioni scolastiche italiane, se non esercitando adeguate mediazioni e magari con l’aiuto di ulteriori componenti “comunitarie” e professionali.

Concludendo, si può dire che si stanno costituendo alcune condizioni basilari per una applicazione più estesa e sistematica dell’educazione alla salute, ma che ulteriori passi devono essere compiuti, in particolare all’interno del tassello di base costituito dalle scuole, dagli insegnanti, dai genitori e dagli studenti.

3. L’educazione alla salute come life-long learning

Passando oltre un’analisi empirica – pur molto sintetica e abbozzata – delle possibilità operative in un Paese come l’Italia, nel prosieguo di questa riflessione vorrei considerare alcune innovazioni di prospettiva che lentamente sembrano svilupparsi in tema di educazione/formazione alla salute.

La prima trasformazione in atto è quella che estende quel campo che finora si è chiamato “educativo” non più solo all’ambito scolastico, ma a tutte le età e/o i passaggi rilevanti della vita. Lo testimoniano l’affermarsi di orientamenti come quelli dell’“health literacy” (24), delle “life skills” (2), delle capacità di coping e resilienza in diverse situazioni di difficoltà o passaggio (25), della “self-care” (26).

Com’è noto, la problematica della *literacy* (o abilità di trattare e utilizzare le informazioni utili) nasce dalla constatazione che oggi le persone tendono ad assumere maggiori compiti nell’affrontare la salute e prendere decisioni salutari. Esse necessitano quindi di un percorso di “empowerment” per poter far fronte a tali esigenze e rapportarsi col sistema sanitario. Essa comprende, secondo Nutbeam (27), una *dimensione funzionale* (capire e trattare l’informazione sanitaria necessaria), una *interattiva* (in termini comunicativi e relazionali coi servizi), una *critica* (elaborazione di un punto di vista relativamente autonomo).

Relativamente all’orientamento della *life-skill education*, esso è stato proposto ufficialmente dall’OMS già dal 1994 e ribadito successivamente (28) relativamente all’età adolescenziale, ma esso è altresì ritenuto rilevante sia nell’età adulta che in quella anziana per far fronte a passaggi evolutivi e problematici nel corso della vita (29). Esso parte dalle risorse possedute dal soggetto per contenere gli effetti nocivi e modificare i propri ambienti di vita in modo adeguato all’acquisizione di una “flessibilità proattiva”, capace di contenere lo stress e gestire positivamente le emozioni (30). Esso mira a supportare la formazione di “identità riflessive” capaci di operare scelte creative e adeguate nelle varie situazioni che si trovano a vivere.

I temi del *coping* e della *resilienza* sono entrati nel dibattito della promozione della salute a

partire dagli studi di A. Antonovski sulla salutogenesi (31). Questo autore, partendo anche da esperienze storiche di periodi fortemente critici come quelli dei conflitti, vede la salute come capacità di far fronte a situazioni acute e difficili nel corso della vita mantenendo un "sense of coherence" che permette di superarle contenendo le sofferenze e mantenendo una potenzialità di ripartenza. Anche esse hanno avuto impieghi sempre più rilevanti negli studi e nel dibattito contemporaneo in considerazione del mutare delle condizioni di vita nell'epoca della modernità liquida.

Infine la *self-care*, già autorevolmente indicata nella fase formativa della promozione della salute in termini di capacità di sviluppare un sapere e delle abilità personali (32, 33), trova oggi nuove ragioni d'essere sia legate ad una crescente crisi di motivazione alla cura (che contrasta con una richiesta di responsabilizzazione da parte dei servizi alla persona), sia in ragione di una combinazione sempre più necessaria di promozione della salute e cura di sé nelle varie età della vita. Essa indica altresì la possibilità, sul piano educativo e operativo, di fare dialogare cura di sé e cura degli altri esseri viventi, dell'Altro da sé, dell'ambiente naturale e di vita, sviluppando un orientamento complessivo e integrato verso la salute (26).

Queste diverse prospettive sembrano concordare su alcuni punti, quali l'idea di una concezione dinamica e relazionale della salute e di una sua estensione a tutto il corso della vita. Finora l'educazione sanitaria è stata prevalentemente orientata su una dimensione organica di base nel ciclo primario e una maggiore attenzione ai "rischi" tipici dell'adolescenza nel ciclo medio-inferiore e superiore. Lo testimonia bene il programma nazionale "Guadagnare salute" che, come detto, privilegia iniziative sui temi nutrizione-attività fisica (rivolti prevalentemente alla scuola primaria) e alcol-fumo (scuola media inferiore e prime classi delle superiori). Anche altre rilevazioni (come quella dell'HBSC) sono prevalentemente impostate per la rilevazione dei rischi nei comportamenti adolescenziali (sia di immediato impatto sia con possibili danni futuri). Il comparto degli ultra 18enni è quasi totalmente escluso da ogni intervento. Come notano Zambianchi e Ricci Bitti (34), la fascia d'età degli "adulti emergenti" è ben poco conosciuta nelle strategie di *coping* adottate rispetto alle problematiche che la coinvolgono, ma, aggiungiamo, anche relativamente alle scelte di benessere e stili di vita che si affermano intorno ai vent'anni e proseguono fino al periodo in cui si diventa giovani adulti.

Questo andamento comporta che non vi sia una continua crescita di conoscenze e competenze nel periodo dall'infanzia alla prima età adulta, ma piuttosto un'alfabetizzazione che, quasi sempre, rimane frammentata ed elementare. Gli orientamenti correnti, inoltre, privilegiano fortemente gli aspetti organici, ma lasciano sullo sfondo quelli psicologici, relazionali, sociali, ambientali. In mancanza di una visione integrata di tipo bio-psico-socio-eco, si preferisce restare su un terreno più conosciuto, sperimentato e culturalmente neutrale, come quello degli "stili di vita sani" (intesi riduttivamente come comportamenti alimentari e di movimento) da mantenere o difendere. Se non che, gli "stili" vengono fortemente influenzati proprio da aspetti relazionali (fra pari, con gli adulti), comunicativi (media e, in particolare oggi, social network) e

di uso dei beni di mercato. Essi sono molto più che “comportamenti” a se stanti, aventi un’incidenza causale sulla salute: sono piuttosto aspetti emergenti di un complesso di orientamenti di senso della persona. Le motivazioni a comportamenti potenzialmente dannosi risiedono spesso in tentativi di posizionarsi di fronte ai pari o ribadire la propria autonomia nei confronti degli adulti, piuttosto che in informate e razionali scelte di benessere.

Nonostante venga sempre più riconosciuto che gli aspetti emotivi e relazionali, nonché gli stili di vita accelerati, irregolari e stressati, tipici della contemporaneità, siano un’importante fonte di problematiche che si manifestano nell’età adolescenziale e che persistono durante tutto il corso della vita (28), tale questione viene sostanzialmente ignorata dai progetti ufficiali di educazione e promozione della salute, perdendo un’importante occasione di sensibilizzazione e apprendimento.

In ogni caso, la scelta di fondo che l’educazione deve fare è se il suo sguardo è puntiforme, legato alla problematica specifica di rischio di volta in volta emergente nel gruppo d’età, o se essa intende tendenzialmente fornire quelle capacità di fondo che possano servire nel corso della vita, come la capacità critica, quella riflessiva, quella di apprendere ad apprendere, di relazionarsi con validi interlocutori, di utilizzare adeguatamente le risorse ambientali disponibili e via dicendo (35). Il tema della salute è fondamentale nella formazione individuale in quanto definisce una propensione alla cura di sé, degli altri, degli ambienti di vita che accompagna il soggetto anche nelle fasi successive. Le conoscenze e competenze pratiche dovranno essere continuamente aggiornate, ed è proprio questa convinzione e propensione che dovrà essere acquisita nel periodo formativo, insieme alle capacità, conoscenze ed esperienze capaci di orientare a muoversi nel contesto socio-ambientale in cui ci si trova a vivere.

L’investimento sul soggetto, già intuito originariamente dalle prime elaborazioni della promozione della salute, assume per il presente e il futuro un’ulteriore rilevanza e valenza proprio di fronte ad una tendenziale disorganicità della vita sociale contemporanea. Di qui l’esigenza di un investimento maggiore, più continuo e sistematico che rinnovi un’alleanza fra scuola e mondo della salute, allargata anche ad altri interlocutori di terzo settore, di tempo libero, ma altresì di mercato, allorché essi siano accumunati da una scelta etica di fondo: quella della salute come bene personale e bene comune.

In questo senso è necessario pensare ad una educazione/formazione più *egualitaria ed estesa* ai diversi gruppi d’età, ma insieme più *personalizzata*. Una personalizzazione da intendersi come emergente non da presunti rischi di un gruppo d’età, ma piuttosto scaturente dalle esigenze avvertite dal soggetto, dai suoi dilemmi di scelta e di senso, dalle conoscenze già acquisite, dalle problematiche avvertite nella comunicazione sociale. In generale, è necessario attivare meccanismi di auto-osservazione, riflessività, confronto per poter far emergere nuove decisioni e nuovi progetti di vita sana. Ciò è tanto più rilevante quanto più cresce l’età e l’autonomia dei soggetti. Ad esempio, la tenuta di “diari di salute”, può stimolare la capacità di auto-osservazione, mentre il confronto di counseling con una persona esperta e di fiducia può aiutare a ridefinire

pratiche e priorità.

Ciò indica, sul piano metodologico, che l'educazione diventa di volta in volta *formazione, esperienza vissuta, auto-formazione, affiancamento, confronto dialogico, comunicazione* (anche a distanza) orientata al sostegno e via dicendo. Essa è utile in termini basici, esperienziali e preparatori in tutta la fase post-infantile e adolescenziale, ma essa diventa particolarmente importante in quella degli adulti emergenti, nel passaggio ai giovani adulti e in altri momenti topici di svolta del ciclo di vita e delle esigenze poste dall'evolversi del benessere e della salute. In questo senso si dovrebbe parlare di *lifelong learning health promotion* che si pone l'obiettivo di supportare una *lifelong self-care*.

In un ciclo di vita meno lineare rispetto al passato, sostegni al soggetto sono utili allorché inizia la vita adulta, uscendo da una indefinita e prolungata fase adolescenziale, nei momenti di assunzione di responsabilità di cura (per bambini, ma anche per anziani), nei momenti di crisi e passaggio nella vita adulta, nei momenti di gestione di insorgenti acuzie, cronicità, disabilità, nei passaggi a varie fasi della condizione anziana (terza, quarta, quinta età). Si tratta di incrementare una positiva dialettica fra "self-care" personale - favorita da programmi promozionali e di supporto -, servizi di "care" professionali e informali, sistemi di "cure" organizzati.

Il riferimento alla *lifelong learning* indica l'esigenza di un apprendimento continuo nel corso della vita sostenuto da una combinazione di percorsi formativi formali, informali e autogestiti (36). Uscendo da un'ottica esclusivamente legata all'aggiornamento professionale, la *lifelong learning health promotion* indica un obiettivo di fondo delle "società della salute", quello della salute come bene personale e bene comune, che scaturisce dal nucleo relazionale triadico *soggetto agente-sistema di promozione e di cura-ambiente di vita*. In altri termini, gli apprendimenti necessitati dai mutamenti di età della vita e compiti di sviluppo del soggetto, nonché stimolati dai mutamenti ambientali, sono mediati di un complesso di opportunità formative, aiuti, risorse che operano come supporto della self-care, ma anche, quando necessario, come cura socio-sanitaria organizzata per tutte le situazioni che eccedono la rete relazionale del nucleo di vita. In questa ottica, anche le tecnologie individualizzate di monitoraggio, oggi in via di diffusione come gadget elettronici (*self-tracking*), e di comunicazione personalizzata attraverso reti di consulenza e mutuo aiuto, possono giocare un ruolo utile nei confronti della *lifelong self-care*, se gestite in modo auto-osservativo e riflessivo, non finalizzate a prestazioni performative.

4. Abitare in ambienti favorevoli alla salute

Un'altra intuizione originaria e ancora valida della HP è stata quella di costruire intorno al soggetto degli ambienti favorevoli il suo benessere attraverso una progettazione organizzativa e ambientale opportuna. In questo senso, la scuola può essere un luogo non solo in cui si passano diverse ore del giorno per molti anni al fine di apprendere i contenuti di alcune discipline (o anche dell'educazione sanitaria), ma diventare un ambiente da abitare, in cui fare esperienza di benessere, in cui concorrere al benessere collettivo.

Al contempo, anche l'ambiente scolastico non può essere presupposto come un ambiente coerente, integrato, pacificato, ma piuttosto un luogo che, in qualche misura, riflette la contraddittorietà e le problematiche del mondo circostante. La prospettiva olistica (come nel "whole school approach" delle Schools for Health in Europe) non può più essere intesa, a mio parere, come capacità di tenere tutto l'ambiente sotto controllo, ma come dialettica fra nuclei ordinanti e flussi caotici e sfidanti. In un certo qual senso, è proprio la capacità di affrontare il "disordine" a dare la misura di quell'allenamento alla ricerca dell'equilibrio dinamico, dell'adattamento adattivo, della resilienza alle criticità che diventa la nuova cifra della salute negli instabili ambienti contemporanei (37). Le scuole diventano ambienti promuoventi apprendimenti ed esperienze di benessere e cura di sé quando questa dimensione diventa uno degli scopi di fondo della educazione formale (non quando si propone di essere ovunque e di sussumere gli altri scopi di crescita, conoscenza e capacitazione), dotata di opportuni spazi, tempi e risorse. Al contempo essa diventa luogo di apprendimento se sa porsi in comunicazione con la vita sociale, curativa, ambientale del proprio contesto. Dunque, un luogo progettuale giocato nell'ascolto delle difficoltà e sfide di crescita dei ragazzi e, insieme, uno spazio che riceve stimoli e domande, ma anche risorse dall'ambiente in cui si colloca. Un ambiente di vita non lasciato a sé stesso, ma sostenuto da luoghi di elaborazione e sussidio zonali, regionali, nazionali, federali. La scuola diventa allora una organizzazione dotata di autonomia sufficiente a produrre progetti strutturati e continui, ma anche capace di intervenire sulle emergenze formative e di malessere, possibilmente in contatto con altrettanto elaborate esperienze volontarie e no-profit di territorio. La scuola è poi un prototipo di altri ambienti di vita che promuovono la salute. In particolare l'Università può essere un luogo di esperienza sia in termini di elaborazione per adulti emergenti sia di attivazione di risorse umane, ad esempio in termini di tirocinio, stage, esperienze di volontariato per molti professionisti in formazione.

Lo stesso dicasi degli ambienti di lavoro, specie per i giovani in formazione, ma soprattutto delle città, in termini di vivibilità degli spazi pubblici, attrezzature sportive, sostenibilità ambientale, punto di vista "in tutte le politiche", opportunità disponibili a sostegno della cura di sé in raccordo con le cure primarie.

Anche l'ambiente comunicativo mediatico può organizzarsi per sviluppare riferimenti attendibili per i soggetti in cerca di interlocutori e per le organizzazioni in cerca di partnership. Ciò può avvenire attraverso siti di riferimento interistituzionali, ma anche accreditando diverse iniziative associative e no-profit interessate a specifiche proposte e progetti d'azione (38).

Per aspirare ad una costruzione della salute di questo tipo, centrata su soggetti, organizzazioni e progetti ambientali, è sicuramente necessario fare crescere una leva di nuovi promotori della salute professionali finanziati attraverso accordi fra settore pubblico sanitario, educativo, ambientale, ma capaci di coinvolgere risorse umane volontarie e risorse economiche agenti anche su motivazioni etiche. Lo sviluppo di approcci sistematici e duraturi è condizione sine qua non per poter valutare in termini di risultati e di evidence le ricadute delle azioni intraprese,

senza dimenticare che le scelte di fondo delle motivazioni collettive e personali sono prevalentemente legate a ragioni etico-culturali che vanno costantemente richiamate e sviluppate (39). Senza motivazioni etico-estetiche - ossia legate al desiderio, alla bellezza, alla responsabilità, alla cura – un settore sociale corre sempre il rischio di ricadere nell'abitudine, nel funzionalismo pre-determinato, piuttosto che sviluppare la capacità di navigare in un mare turbolento. Come ho scritto tempo fa (40), si tratta, oggi più che mai, di passare dalla "salute a rischio" al "rischio della salute"!

5. Verso un nuovo immaginario e definizioni condivise di salute

Il mondo contemporaneo appare ai suoi abitanti sempre più esteso, differenziato e insieme inglobante – in questo senso "globale" – ma, al contempo, sempre meno centrato o "sistemico-funzionale", piuttosto attraversato da alti tassi di instabilità, fluidità, cambiamento. In tale situazione sociale fortemente generalizzata e coinvolgente, seppur in modi molto variabili per ciascun gruppo sociale e individuo, la salute non si presenta certo come armonia, ottimalità, equilibri stabili, benessere costantemente mantenuto, ma piuttosto come esito di un doppio scambio dinamico e reciproco fra soggetto e ambiente che comporta adattamento, resistenza, riequilibrio, complessi interventi sul contesto. Di qui forse le ragioni profonde di un'esigenza di ridiscussione delle definizioni correnti - e ormai di senso comune della salute – ma che rischiano di risultare sfasate.

Come sostenevo in un recente articolo (37), la questione non si pone solo o tanto rispetto alla condizione di relativa fragilità e insieme capacità di resistenza che si manifesta nella terza età (come hanno sostenuto diversi interpreti), ma come situazione evolutiva che si pone – *mutatis mutandis* – durante tutto il ciclo di vita e che ha evidenti implicazioni formative e promozionali. Vi è infatti l'esigenza di promuovere non solo il benessere, ma anche la capacità di fronteggiare le situazioni critiche; non solo di pensare al proprio corpo, ma al complesso della persona; non solo ad un individuo a se stante ma ad un sé in relazione con l'ambiente vicinale e sociale allargato; non solo ai propri spazi, ma al ruolo dell'ambiente naturale e antropizzato. Quindi la promozione si lega con la cura di sé, degli altri e dell'ambiente, intendendo con self-care non tanto l'acquisizione di capacità di auto-cura, ma piuttosto di uno sguardo attento e responsabile verso i cambiamenti che interessano la corporeità e soggettività nel corso della vita e in relazione a tutto ciò che risulta influente e reciprocante.

In definitiva, si dovrebbe parlare di una nuova prospettiva riassumibile nel termine di *lifelong health promotion*. Tale nuovo orientamento comporta l'estensione delle pratiche formative e di supporto nel corso della vita, in particolare in alcuni passaggi evolutivi rilevanti della vita giovanile, adulta e anziana. Esso implica un riorientamento tematico, metodologico, concettuale verso problematiche di tipo emozionale, esperienziale, relazionale su cui agire in termini auto-formativi e riflessivi. Esso comprende l'educazione ambientale. Tale riorientamento non comprende solo aspetti contenutistici e metodologici, ma anche motivazionali e abilitativi,

ossia in grado di sviluppare capacità e competenze utili a mantenere attiva la self-care nel corso della vita. Le capacità e competenze rilevanti comprendono quelle di utilizzo della comunicazione della salute, di responsabilizzazione verso gli ambienti di vita di cui si è parte, di gestione dei rapporti coi servizi e il personale sanitario.

È solo ritrovando un assetto culturale e scientifico più adeguato alla situazione vissuta dai soggetti nella contemporaneità che l'educazione e promozione della salute possono ritrovare nuovo slancio e inverare le intuizioni da cui sono nate. Si tratta di una prospettiva certamente difficile e prolungata nel tempo, ma in cui è forse possibile porre oggi le basi in termini teorici e di esperienze pilota.

BIBLIOGRAFIA

1. Magatti M. La grande contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto. Milano: Feltrinelli; 2012.
2. auman Z. La società individualizzata. Bologna: Il Mulino; 2002.
3. Lasch C. La cultura del narcisismo. Milano: Bompiani; 1981.
4. WHO-Commission on Social Determinants of Health Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva; 2008.
5. Ingrosso M. Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria. Milano: Franco Angeli; 2003.
6. De Santi A, Guerra R. Morosini P. a cura, La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni. Rapporti Istisan 08/1, Roma; 2008.
7. CREA-Sanità 11° Rapporto CREA-L'Universalismo diseguale, a cura di F. Spadonaro. Roma: Università Tor Vergata; 2015.
8. Kickbusch I. The Health Society: Importance of a new policy proposal by the EU Commission on Health and Consumer Affairs. Health Promotion International 2005, 20 (2): 101-03.
9. Kickbusch I. Determinanti di salute e benessere del 21° secolo. Sistema Salute 2013: 57, 1.
10. Bronzini M. Le frontiere indefinite della medicina e la medicalizzazione del vivere. In Vicarelli G., Cura e salute. Prospettive sociologiche, Roma: Carocci; 2013.
11. Tognetti Bordogna M. Farmacologizzazione: una nuova sfida. In Vicarelli G., Cura e salute. Prospettive sociologiche. Roma: Carocci; 2013.
12. Ingrosso M, Peccenini M. L'evoluzione dei periodici del benessere fra mercato e servizio. In Ingrosso M., a cura, "Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute", Salute e Società 2007: 1.
13. Ingrosso M. Attualità e riorientamento della Promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo. Sistema Salute 2013: 57, 3.
14. WHO The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva; 2005.
15. ISS Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione, in <http://www.guadagnaresalute.it/programma/> (5/5/2016)
16. Giacchi MV, Lazzeri G. et al. Risultati dello studio HBSC italiano sui comportamenti che influenzano la salute degli adolescenti nel contesto scolastico. Sistema Salute 2015: 59, 3
17. WHO Health in all policies, 8th Global Conference on Health Promotion Helsinki, Finland. Geneva; 2013.
18. Spinelli A, Nardone P. et al. La promozione a scuola di corretti stili di vita nei bambini attraverso il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute. Sistema Salute 2015: 59, 3.
19. Baldi A, De Luca A, Cristofori M, Carrozzi G, Biscaglia L, Contoli B, Perra A, Dittami A. Passi d'Argento: i

- risultati della prima indagine multiregionale. Epicentro, maggio 2010: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2010/maggio/1.asp>.
20. Fattori G, Daghigh MM, Vanoli M. Are you ready for dance/change? Il "Programma Interdipartimentale Promozione della salute" dell'Azienda USL di Modena: innovare l'organizzazione. *Sistema Salute* 2013: 57, 3.
 21. Daghigh MM, Fattori G. Al bivio l'Educazione alla Salute nella scuola? L'esperienza in progress dell'Azienda USL di Modena. *Sistema Salute* 2015: 59, 3.
 22. Rosi A, Brighenti F, Finistrella V, Ingrosso L, Monti G, Vanelli M, Vitale M, Volta E, Scazzina F. Giocampus school: a "learning through playing" approach to deliver nutritional education to children. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 2016, DOI: 10.3109/09637486.2016.1144720.
 23. Buijs G. Education and health go hand in hand: the European perspective on health promoting school. *Sistema Salute* 2015: 59, 3.
 24. Kickbusch I, Maag D. Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute. In Ingrosso M., a cura, "Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute", *Salute e Società* 2007: 1.
 25. Ryff C.D. et al. Varieties of Resilience in MIDUS. *Social and Personality Psychology Compass* 2012: 6, 11, 792-806.
 26. Ingrosso M. Educazione alla cura e promozione della salute. *Educazione sanitaria e Promozione della salute* 2011: 4.
 27. Nutbeam D. Health Literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000, 15 (3).
 28. WHO Skills for health: An important entry-point for health promoting/child-friendly schools. Geneva; 2004.
 29. Zambianchi M, Ricci Bitti P.E. Promuovere la salute e il benessere in età adulta e anziana attraverso il potenziamento delle Life Skills. *Sistema Salute* 2013: 57, 3.
 30. Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP. I programmi di Life Skills Education (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della salute. *Psicologia della Salute* 1999: 2.
 31. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996: 11, 1, 11-18.
 32. Dean K. Self-care responses to illness. A selected review. *Social Sciences & Medicine* 1981, 15a, 663.
 33. Lafaille R. Self-help as self-care. In Hatch s., Kickbusch I. (eds), *Self-Help and Health in Europe*, Copenhagen: WHO-Euro; 1984.
 34. Zambianchi M., Ricci Bitti P.E. Strategie proattive di coping, comportamenti di rischio e protettivi per la salute nell'adulto emergente. *Sistema Salute* 2013: 57, 1.
 35. Erikson E.H. I cicli di vita. Continuità e mutamenti. Roma: Armando; 1999.
 36. Aleandri G. Educazione permanente nella prospettiva del lifelong e lifewide learning. Roma: Armando; 2011.
 37. Ingrosso M. Nuove definizioni di salute e loro implicazioni formative. *Sistema Salute* 2015: 59, 3.
 38. Parker R, Gazmararian J. Health Literacy: Essential for health communication. *Journal of Health Communication* 2003: 8.
 39. Tannahill A. Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International* 2008: 23 (4), 380-390.
 40. Ingrosso M. *Ecologia sociale e salute*, Milano: Franco Angeli; 1994.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno