

Altri contributi

Nuove definizioni di salute e loro implicazioni formative

New definitions of health and their educational implications

Marco Ingrosso

Professore di sociologia della salute, Università di Ferrara

Parole chiave: definizione di salute, educazione alla salute, bene comune

RIASSUNTO

Le storiche definizioni di salute formulate nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948, poi rinnovate nel 1986 in termini di "Promozione della salute", hanno avuto molti meriti storici, fra cui quello di trovare un ampio consenso e una formulazione concreta nei Sistemi Sanitari Nazionali. Esse tuttavia hanno suscitato delle critiche dovute alla loro impostazione intrinseca, ma soprattutto al mutamento di contesto epidemiologico e sociale. I tentativi di ridiscussione e le nuove proposte formulate di recente sono apprezzabili in quanto hanno aperto nuove prospettive, soprattutto in merito alla vecchiaia e disabilità. Esse tuttavia sono parziali e rischiano di mettere l'accento prevalentemente sulle responsabilità individuali o sulle procedure tecniche. Per tali motivi si avanza la proposta di una diversa e più completa definizione, capace di coprire le diverse fasi della vita e di ispirare una nuova impostazione dell'educazione e formazione alla salute nel corso della vita.

Key words: definition of health, health education, common good

SUMMARY

The historical definition of health made under the World Health Organization in 1948, then renovated in 1986 in terms of "Health promotion", had many historical merits, including a broad consensus and a concrete formulation in National Health Systems. However, they have attracted criticisms due to their intrinsic setting, but also to changes in the epidemiological and social context. Attempts to re-discussion and new proposals recently made are appreciable as they have opened up new prospects, especially with regard to old age and disability. However, they are partial and are likely to put emphasis primarily on individual responsibility or on technical procedures. For these reasons, a different and more comprehensive definition is proposed, able to cover the different stages of life and to inspire a new approach to health education and training throughout life.

1. I territori e le mappe di salute

Diversi autori che si sono posti di fronte al compito di definire la salute ne hanno colto il nascondimento (8), la fuggevolezza, la sua dimensione notturna e inconoscibile (15), la sua incontrollabilità e arrivo inatteso (36), magari dopo una “rottura biografica” (5) che ne ha fatto allontanare e oscurare l’immagine. Al contempo, molti hanno sottolineato il desiderio e bisogno di farcene una rappresentazione, di darle un nome, di trovare un percorso che ci permetta di agire per e con lei.

Il territorio in cui abita la salute è estremamente ampio e variegato: negli spazi minuti e infinitesimali della corporeità di ogni vivente, nell’infinito e vaporoso mondo dei pensieri, desideri ed emozioni che abitano e intrecciano gli umani, nelle comunicazioni, relazioni e azioni che essi costantemente inventano, nel variegato macromondo dei simboli, delle regole e delle strutture che organizzano la loro vita sociale, nelle ampie pianure, montagne e mari in cui di dispiega la vita sulla Terra e non solo.

Essa assume aspetti precisi nella singolarità di ogni essere vivente (*è la mia-sua salute*), ma essa connette anche fra loro i membri della specie umana (*è una nostra-salute*: di noi associati e/o della nostra “unità di sopravvivenza”), e fa interagire tutti i viventi fra loro e col mondo fisico non vivente, con cui essi scambiano sostanze ed energie (*è una eco-salute* che prospera in un habitat). Dunque la salute ha a che fare con “la struttura che connette” la Creatura (cioè gli esseri viventi), ma si nutre anche del Pleroma (gli aspetti fisico-energetici dell’habitat), come hanno detto Jung (23) e Bateson (3). Essa emerge dall’intreccio di infiniti fili che permettono alla vita di mantenersi, prosperare, trasformarsi, evolvere.

È possibile conoscere e comprendere la ramificazione di questi fili, la loro organizzazione, le combinazioni del loro intreccio? O si tratta di una illusione, di una *hybris*?

Ciò che si può dire è che la Salute di cui parliamo è sempre una mappa, necessariamente parziale, di questo vasto territorio, condizionata dalla conoscenza e dalla cultura del tempo, orientata dalla prospettiva dell’osservatore. Ciò significa che le visioni della salute possono essere molte, opposte o complementari. Ciò non toglie che alcune di esse possano essere condivise, nonostante le differenze: allorché si riconosce che vi è un percorso comune da fare per contribuire alla sua promozione e cura.

Da questo punto di vista non è solo o tanto importante una definizione esaustiva di salute, ma quanto questa ci aiuta ad *agire per la salute*, ossia a formarci per mantenerla, intervenire per promuoverla, stabilire relazioni con l’altro per averne cura, sviluppare ambienti ad essa favorevoli.

2. Le definizioni pubbliche e generali: condivisione e opposizione

Nell’ambito delle definizioni pubbliche e condivise di salute, com’è noto, si situa la famosa formulazione datane dall’Organizzazione Mondiale della Sanità approvata il 22 luglio del 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile del 1948 (38) che rovescia la prospettiva organicistica fino ad allora dominante – quella della “giusta” fisiologia, ossia dell’assenza di malattia – per proporre una “in positivo”, come benessere fisico, psichico e sociale, ma anche come diritto umano da garantire da parte dei costituendi Sistemi Sanitari Nazionali.

Vi è da chiedersi *in primis* come sia stato possibile in quel momento passare da un’immagine riduttiva di salute, ma rassicurante e

condivisa tanto da addetti ai lavori quanto da gran parte della popolazione, ad una così ampia, ideale e utopica - come già diversi autori del periodo, fra cui Talcott Parsons (30), il fondatore della sociologia della medicina, avevano notato, soprattutto per criticarla e rigettarla -. Probabilmente lo slancio riformatore e innovatore di quella fase storica è stato così potente e desiderato, dopo le macerie e la morte della seconda guerra mondiale, da poter fare emergere una mappa semplice e complessa ad un tempo, insieme scientifica e politica, al contempo comprensibile da ogni persona - si parla del benessere che ciascuno percepisce - ed estendibile a tutta la collettività, avente un carattere ideale e mobilitante ma anche traducibile in un'ipotesi attuativa su larga scala (i SSN).

Per quanto il convergere fosse stato allora molto ampio (anche se non propriamente completo e mondiale - erano 61 i Paesi firmatari contro i circa 200 attuali -), come ci insegna la storia, la conversione dei cuori e delle intelligenze, ossia della scienza e della cultura, è stata molto più lenta e faticosa, e forse a tutt'oggi incompiuta. La medicina solo in parte e con molto ritardo ha aderito, mentre l'organizzazione sanitaria solo parzialmente è riuscita a tradurre quel diritto umano alla salute in adeguate relazioni di cura per tutti e per ciascuno.

Durante gli anni '80 la stessa OMS ha lanciato, nel corso di un'assise mondiale tenuta a Ottawa (39), la famosa *Charta* sulla Promozione della salute che non vedeva più la salute come un punto d'arrivo finale e ottimale, ma come un incremento a partire dal presente, come un "potenziale" da sviluppare attraverso un "fare" personale, ma soprattutto come un aggregarsi collettivo capace di costruire "ambienti favorevoli alla salute". Secondo alcuni interpreti, si è trattato solo dello

sviluppo della definizione precedente, ma, secondo altri (25), si doveva parlare piuttosto di un salto culturale ed epistemologico, capace di far passare da una visione statico-olistica ad una dinamica e socio-ecologica (14). Di questo si è in particolare giovata l'educazione, che si è proposta come "educazione promozionale alla salute" attraverso nuovi metodi partecipativi.

Anche in questo caso, la definizione si è generata in coincidenza con un passaggio d'epoca profondo che vedeva crollare dei muri storici, non solo politici ma anche del pensiero, in particolare quelli dei tanti dualismi oppositivi che dominavano l'immaginario del tempo. Tuttavia non sono mancate le resistenze, magari in nome della prevenzione (non ancora attuata e raggiunta) o dell'educazione sanitaria (ancora da impartire nelle scuole), ma soprattutto sulla base della gerarchia di saperi costituiti nei luoghi di cura e nelle organizzazioni sanitarie, ben impermeabilizzate rispetto alle utopie dei movimenti per la salute attivi in quegli anni, richiedenti ascolto e trasformazione di procedure e strategie.

Non che queste immagini definitorie e metaforiche mancassero di limiti, ma esse avevano la proprietà di innovare l'immaginario e di far convergere molti, anche se non tutti, come abbiamo visto: infatti esse suscitavano motivate ma soprattutto interessate resistenze e incomprensioni.

3. Il dibattito contemporaneo sulla definizione pubblica di salute

Se le critiche - esplicite e implicite - a queste due definizioni sono state numerose fin dal loro comparire, in tempi recenti varie autorevoli voci si sono levate per chiedere un loro superamento e riformulazione. In particolare l'articolo di Jadad e O'Grady (21) sul *British Medical Journal* dedicato a come

definire la salute, a cui è seguito un ampio dibattito (22), e l'editoriale di *The Lancet* di marzo 2009 (6) che sosteneva che «La salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. E nemmeno una mera assenza di disagio e infermità». Quindi, in qualificati ambienti sanitari ci si è chiesti se la gloriosa definizione del 1948 debba andare presto in soffitta, senza con ciò ritornare a quella precedente.

In effetti, a seguito di queste prese di posizione, è stata convocata nel dicembre del 2009 in Olanda una rilevante "Invitation Conference" internazionale (10) che non solo ha formalizzato ulteriormente tali critiche, ma ha altresì indicato delle direzioni di riformulazione. A tale Conferenza è seguito un ulteriore dibattito sul *British Medical Journal* e altre riviste scientifiche rilevanti.

Tale dibattito è stato ripreso in Italia da diversi autori (26, 37) che hanno evidenziato come, nel corso del tempo, si siano intrecciate e scontrate due concezioni di salute: quella olistica, da cui il termine "completo" inserito nella definizione originaria dell'OMS, e quella "di funzionamento" nella pratica quotidiana, richiamata dal termine greco "euxeria" (forza, vitalità, resilienza), ma - aggiungiamo noi - anche dal concetto latino di "valetudo". Secondo diversi partecipanti al dibattito si tratta di passare da una concezione sistemico-ideale ad una funzionale-operativa, da cui la proposta della «capacità di adattarsi e autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive» (10: p. 8), detta anche "resilienza", a cui diversi autori hanno fatto riferimento.

Fra le critiche all'originaria definizione OMS vi è quella di aver creato - paradossalmente - un mondo di "non sani", dato che pressoché nessuno può godere di uno stato di completo benessere. Il "perfettismo" implicitamente

invocato avrebbe spinto ad una medicalizzazione della società. La critica è tuttavia solo in parte condivisibile in quanto è stato il cambiamento di contesto e culture che, eventualmente, può aver spinto in questa direzione più che gli effetti imprevisi della definizione o le realizzazioni conseguenti.

Vi sono poi ragioni di mutamento demografico. La definizione OMS rischia di penalizzare la popolazione anziana o i portatori di disabilità, che costituiscono una quota rilevante delle popolazioni attuali e future, che non sempre devono essere considerati malati cronici allorché riescono ad affrontare validamente la loro situazione.

Si aggiungono inoltre problemi di traduzione operativa, dato che le classificazioni di malattia e qualità della vita centrate sul benessere non hanno dato risultati soddisfacenti.

Un'altra obiezione è che i "funzionamenti" del campo fisico indicano una certa capacità di adattamento dell'individuo al cambiamento ambientale, trovando nuovi equilibri anche in condizioni avverse. Nel campo del mentale è possibile per un soggetto fare fronte a diversi stress intervenuti nella sua vita a partire dal "sense of coherence" (1) posseduto. Sul piano sociale si mette l'accento sulla possibilità di mantenere una buona inclusione (e quindi *benessere sociale*) pur in condizioni non ottimali sul piano fisico ("paradosso della disabilità" 10: p. 8). Questa interpretazione evidenzerebbe le capacità individuali di gestire varie problematiche lasciando al professionista una funzione di affiancamento e facilitazione («acts as a coach»).

A tali ragioni Leonardi (26: pp. 29 e segg.) aggiunge quelle della non necessaria coincidenza fra benessere e salute, nei casi in cui ci si adatta ad un ambiente non adeguato; inoltre quella della contiguità fra l'idealismo di tale definizione e il finalismo olistico-reli-

gioso che può appoggiarsi o utilizzare tale definizione.

Tale ultima obiezione può essere in parte condivisibile, ma mi sembra dipendere poco dalla definizione quanto dalla sua supposta "strumentalizzazione" da parte di certi gruppi pseudo-religiosi che appare difficilmente controllabile. Per contro l'utopismo, che non rispecchia certo l'attuale "spirito del tempo", ha avuto una precisa ragione mobilitante e, direi, *convocante* che, per essere sostituita, ha bisogno di altri elementi mitopoietici (17) che solitamente vengono trascurati dalle visioni utilitariste e razionaliste. Tali aspetti sono stati poco considerati dal dibattito corrente promosso da addetti ai lavori per altri esperti e professionisti pari grado, ma con meno attenzione (se non forse implicita e non discussa) per l'immaginario collettivo e le sue esigenze di *credere* per poter *vedere* ed essere convinto.

Un altro aspetto importante del dibattito è quello epistemologico. Viene sottolineata da alcuni la non omogeneità fra le varie dimensioni della salute sia in termini ontologici che epistemologici. In particolare Turchi e Della Torre (35) sostengono che il piano fisico va affrontato con una epistemologia realistica, mentre quello psico-sociale ha bisogno di approcci costruttivisti. Senza poter qui entrare in tale dibattito - che in anni recenti si è spostato prevalentemente su posizioni di Nuovo Realismo (7), critico degli eccessi del costruttivismo - si deve notare che anche nelle scienze fisiche la questione dell'osservatore non è certo scontata essendo stata posta esplicitamente da molti autorevoli fisici e studiosi di primo piano (Bohr e Prigogine, per citarne alcuni). Pur essendoci chiare differenze, la scontata riproposizione dell'equivalenza fra materia (Pleroma) e biologia (Creatura), e la premessa dell'assenza di "mente" (os-

sia informazione e organizzazione) nel vivente è perlomeno discutibile ed evidenzia un dualismo mai risolto e ulteriormente riproposto.

Per contro è indubbio che una visione sistemica prima maniera sia oggi improponibile e che ogni livello strutturale si avvale di specifici processi e canali di funzionamento. Un eventuale olistmo ripensato non solo deve tener conto dell'osservatore e del necessario convergere di molti osservatori (come detto, aspetto ben poco riflettuto e dato per scontato), ma anche pensare ad un modello articolato per differenze e rapporti-trasformate di differenze fra processi. 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? Non a caso questo concetto sembra essere pensato da molti interpreti come uno stato interno all'individuo piuttosto che una buona combinazione di trasformate di differenze fra vari circuiti e soprattutto come effetto di una qualche combinazione fra componenti socio-ambientali e autonomia soggettiva.

Vi è inoltre da chiedersi se questa asserita divaricazione fra visione globale (o olistico-sistemica) e visione operativa-funzionale, spesso facente capo ad un individuo a sé stante, sia utile e necessaria. La visione olistica deve rimandare a connessioni fra parti, piani e processi che non devono essere trascurate se si vuole arrivare ad esprimere funzionamenti e capacità rilevanti per la sopravvivenza e l'esplicazione delle capacità vitali. La visione olistica dovrebbe però comprendere anche i processi di scambio vitale fra essere vivente, gruppo sociale e ambiente naturale.

In questo senso non ha senso un olismo senza dinamicità relazionale e processuale. Un olismo normativo e predefinito risulterebbe rigido e poco adattivo di fronte alla variabilità co-generata dalla relazione composita con l'intorno ambientale. In questo senso, una visione statica e nomotetica, con un punto di ottimo già conosciuto, ha poco a che fare con la sopravvivenza, l'esplicazione delle potenzialità di adattamento e le capacità d'azione degli esseri viventi, e di quelli umani in specifico. D'altra parte, un funzionamento senza olismo, corre il rischio di ipostatizzare qualcosa che "funziona" di per sé a cui un "ambiente" (comunque definito) "risponde" o non risponde. L'olismo processuale ci ricorda invece la co-generazione, il rimando, la circuitazione fra essere vivente e i vari ambienti che lo generano, lo nutrono, lo curano (e viceversa). Si tratta quindi di pensare l'olismo non in versione struttural-funzionalista ma dinamico-processuale-relazionale se si vuole mantenere insieme i due poli della definizione di salute, qualunque essa sia.

A tal proposito, si può rilevare che già l'elaborazione "promozionale" del 1986 (39) metteva l'accento prevalentemente sulla dimensione funzionale di un soggetto capace di sviluppare la propria salute ed esplicitare capacità di *self-help* e di *coping* (25). Tuttavia, la stessa definizione conteneva alcuni elementi, come quello del "controllo" (individuale, ma anche tecnico-scientifico) sulla salute, che rischiavano di riproporre nuove forme di volontarismo e una possibile iper-responsabilizzazione soggettiva non più di stampo etico-morale ma tecnico-operazionale. Tali ambiguità o debolezze hanno forse spianato la strada a possibili derive di individualismo radicale - con i loro risvolti di utilitarismo etico anticollectivista (come gli atteggiamenti punitivi verso gli obesi, gli alcolisti, gli an-

ziani, ecc.) - che sono fortemente ricomparsi nelle visioni neoliberaliste contemporanee.

Tali ambiguità e derive politico-culturali in atto pongono il problema di una adeguata e coerente articolazione del rapporto fra corporeità e soggettività, nonché fra autonomia personale e dimensione sociale che non riproponga implicite premesse dualiste (ossia l'irrisolta contrapposizione fra individuo e sistema sociale).

Dunque è probabilmente giusto riprendere in mano tali definizioni che risentono del contesto storico-culturale in cui sono state generate e che presentano numerosi limiti da tempo sottolineati anche fra i loro sostenitori. Si deve però fare attenzione a non avalare in termini "scientifici" orientamenti generati da premesse culturali-epistemiche di tipo individualistico e utilitaristico che, per quanto probabilmente egemoni nell'attuale immaginario collettivo, risultano particolarmente deleterie e contrastanti con la gestione del riequilibrio ecologico oggi urgente, ma anche con la generazione di adeguate risorse di cura di tipo diversificato ma insieme integrato. Senza un ambiente sociale attrezzato a sostenere le capacità, responsabilità e dignità personali, queste difficilmente si sviluppano e si esplicano. Che l'attuale ambiente sanitario, nella sua configurazione sempre più razionalizzata e managerializzata, sia piuttosto inadeguato e da solo mai sufficiente a sostenere questi compiti è un dato di fatto ampiamente documentato che dovrebbe costituire una sfida collettiva di primaria importanza (27). Non è però certo privando tale ambiente, come da tempo sembrano fare le politiche di stampo neoliberalista e neoutilitarista, che se ne sollecita una rigenerazione, ma piuttosto sviluppando un ampio e innovativo lavoro culturale e organizzativo dentro e fuori dei sistemi sanitari, atto a svi-

luppare nuove risorse di cura e a trasformarne i percorsi e le relazioni.

4. Da dove ricominciare?

Relativamente ai criteri per ripensare la definizione pubblica di salute, il già citato saggio di Leonardi (26) individua due tendenze: da una parte, il convergere relativo (di molti ma non di tutti) verso un'idea di salute come adattamento-resilienza rispetto all'ambiente; per un altro verso, l'abbandono dell'ipotesi di poter produrre e convergere su un'idea onnicomprensiva e esaustiva. Ciò in quanto la salute non è tanto un concetto che poggi su fatti definiti una volta per tutte, ma piuttosto che si può provare a cogliere dentro definite configurazioni teoriche: «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., p. 37).

La salute non è dunque una qualità oggettiva misurabile ma un espediente esplicativo (come affermano anche Jadad e O'Grady: 21) 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.

Su tale affermazione si può in grande misura convenire, con alcune avvertenze. In primo luogo, già diverse analisi sociologiche e antropologiche avevano messo in evidenza il variare delle concezioni di salute in dipendenza delle variabili culturali, di quelle sociali nonché delle rappresentazioni sociali prevalenti, ossia dell'immaginario del tempo (9). Qui si parla piuttosto di *teoria*, e ciò

può essere giusto se si vuole offrire una definizione ragionata di salute utile al dibattito scientifico e, in parte, a quello politico. Resta però la questione di una definizione che sappia trovare un ampio consenso in una società culturalmente plurale e socialmente molto articolata. A meno che, come qualcuno ha affermato, non si rinunci a questo obiettivo, il che tuttavia non è indolore per poter parlare insieme – convergere – su un assetto mondiale e cosmopolita di salute.

Vi è poi il criterio di utilità e appropriatezza delle definizioni accettabili: anche qui si può convenire, ma con alcuni distinguo. Bene appoggiarsi alle conoscenze scientifiche presenti, ma queste non possono coprire tutto dell'esperienza umana. Vi è tutta una parte di territorio abitata dai soggetti in relazione che parlano di “mia” e “nostra” salute in cui la valutazione di “senso” esperienziale o i riferimenti metaforici e etico-religiosi non sono espungibili e sostituibili.

5. Adattamento, resilienza, coping

Relativamente ai concetti impiegati, molti dei partecipanti al dibattito hanno posto l'accento non sulla presenza/assenza di malattie o di benessere, ma sulle “capacità di adattarsi e autogestirsi” (11) o, come propone, Leonardi (26: p. 53), facendo riferimento a Ingrosso (13: p. 82), sulla “capacità di affrontare e gestire le proprie condizioni di malessere e/o benessere”. In altri termini, diversi partecipanti hanno colto in questa qualità emergente (denominata, di volta in volta, adattamento, resilienza, capacità di coping, ecc.) il segno della salute.

Uno degli aspetti positivi di questa impostazione, che già mettevo in evidenza in passato (13), era quello di pensare che la salute è presente in vari stati, situazioni ed esperienze. Non è assente quando vi è malattia in

quanto l'organismo e la persona possono affrontare il disordine e la minaccia nella misura di cui lottano, sviluppano un corpo a corpo, mantengono capacità vitale, sanno prendersi cura di sé. Lo stesso dicasi per la disabilità, quando questa permette ancora l'espressione delle capacità vitali e di almeno una parte delle potenzialità individuali. Quindi la salute non è opposta alla malattia e non si esprime solo col benessere.

Il limite che vedo nella parola "capacità" (almeno con gli occhi di oggi) è quella di pensarla in modo troppo volontarista e iper-responsabilizzante (quindi con un implicito giudizio moralistico su chi non la possiede). Le capacità sono quelle di energia e flessibilità che l'organismo può mettere in campo in quel momento (magari perché si è sperimentato prima o è stato vaccinato), così come quelle che il soggetto possiede in termini emozionali, ma anche di apprendimento e abilità. In questo senso bisognerebbe fare una esegesi del termine "capacità" per alludere sia alla capacità di adattamento corporeo sia agli apprendimenti in termini di competenza nella cura di sé, oppure utilizzare due termini che si rimandino.

Relativamente al termine "adattamento", esso sembra meno connotato in senso consapevole e volontario, ma contiene tuttavia un'ambiguità opposta: quella di partire da un ambiente visto come variabile indipendente a cui adeguarsi; inoltre quella di alludere all'evoluzione organica e di specie ma con difficoltà e ambiguità agli apprendimenti soggettivi che sono utili per "vivere la vita" e prendersi cura in modo relativamente adeguato di sé stessi.

Per "resilienza" si può intendere una capacità di resistenza flessibile e adattabile di fronte ad avversità e situazioni a forte implicazione emotiva (32, 33). Il concetto è imparentato

con quello di *coping* elaborato pochi anni prima (1) e già utilizzato nell'ambito della nascente promozione della salute (13). Si tratta di un concetto di fatto relazionale e dinamico-processuale, anche se mette l'accento solo su una parte di tale scambio: quella che parte dal soggetto per impattare sull'ambiente lasciando implicita quella reciproca. Un limite del concetto può essere quello di non essere ancora entrato nel linguaggio comune e quindi di dover essere sostituito con sinonimi, almeno se si vuole puntare ad una definizione comprensibile alla maggior parte delle persone.

Tali concetti, imparentati fra loro, avevano avuto un precedente (scarsamente citato) in una definizione elaborata da Ivan Illich nel suo famoso libro (almeno negli anni settanta del secolo scorso) intitolato *Nemesi medica* (12). Al di là della critica agli effetti perversi suscitati dalla medicina tecnologica sulla cultura diffusa, su cui si era prevalentemente appuntata l'attenzione al tempo, l'autore formulava anche una parte costruttiva, ossia la proposta di sviluppare un'abilitazione-formazione dei soggetti a farsi carico dei rapporti con l'ambiente e dei passaggi della propria vita, compresi quelli più problematici. Egli infatti scriveva: «La salute è la capacità di adattarsi ad un ambiente che cambia, la capacità di crescere, di invecchiare, di guarire, in caso di necessità di soffrire e di aspettare la morte in pace. La salute tiene in considerazione il futuro, cioè suppone l'angoscia, e contemporaneamente le risorse interiori per vivere con l'angoscia e superarla».

In questa definizione non viene immediatamente specificato il significato di adattamento all'ambiente che cambia, probabilmente per adottare una espressione a connotazione metaforica di ampio significato, seguita immediatamente dalla capacità di affrontare il

normale corso della vita, compreso il soffrire e il morire, aspetti che sembrano molto lontani dalla più diffusa percezione di salute e che, in ogni caso, si preferisce non nominare. Per Illich, la considerazione dello sviluppo biografico e delle potenzialità affidate al futuro passa attraverso la capacità di affrontare l'angoscia esistenziale (si possono qui intravedere specifici riferimenti psicodinamici ed esistenzialisti) evitando, si direbbe, l'involuzione e la depressione.

Al di là del merito e del valore storico, si può notare che questa definizione utilizza un linguaggio piuttosto comprensibile, anche se con vari riferimenti teorici impliciti, per parlare di ciò che oggi viene evocato utilizzando uno o più termini della triade adattamento-resilienza-coping. La definizione cercava implicitamente di andare in controtendenza rispetto ai trend tecnici e culturali prevalenti del tempo: più che il consenso cercava di suscitare una riflessione, e anche questo può essere uno scopo di una definizione di salute. Se dunque le ambivalenze dei concetti ricorrenti in questa fase rischiano di favorire letture unidirezionali, soprattutto in considerazione del contesto iperindividualistico contemporaneo, o, all'opposto, ipertecnistico e procedurale, la correzione di questa ambivalenza o limite intrinseco può venire:

- a) mettendo l'accento sulla doppia transazione verso l'ambiente che, per l'essere umano, avviene principalmente nella direzione *bio vs eco* e in quella *psiche vs mondo sociale*;
- b) sottolineando il rapporto bidirezionale con l'intorno ambientale (naturale, macrosociale, relazionale prossimale), in particolare in termini di supporto per mantenere adeguati "equilibri" e per affrontare le perturbazioni intervenienti nel corso della vita, soprattutto grazie a forme di cura

organizzata.

Su questi punti un'impostazione teorica di tipo sistemico-relazionale può dare un contributo rilevante e forse decisivo. Infatti il limite implicito di molte definizioni oggi proposte sta nel non cogliere la salute come gioco interattivo bi-direzionale fra soggetto e ambiente (sociale ed ecologico), mentre il pensiero sistemico di seconda generazione assume una prospettiva relazionale previa ("la relazione viene prima" di Bateson: 2, 3). Come può infatti un essere vivente venire al mondo e sopravvivere senza che vi sia un ambiente generativo, che, in particolare, si prenda cura di lui? E come potrà questo ambiente rigenerarsi se i suoi abitanti sono in conflitto permanente fra loro e sfrutteranno senza misura le risorse ambientali da cui dipendono?

Si può dunque ritenere che la salute sia una espressione non solo o tanto di qualità soggettive (di cui si ha merito o meno), ma piuttosto di una relazione complessa (ordinante e disordinante insieme) fra i soggetti e i loro contesti ossia quelle nicchie socio-ambientali in cui essi sopravvivono, si riproducono e danno "senso" al loro vivere.

6. Premesse e opzioni

Ci si può chiedere, osservando le posizioni espresse nel dibattito, se si deve andare verso una pluralità di definizioni soggettive, potenzialmente infinite, o verso un pluralismo teorico interno a specifici gruppi scientifici e professionali, oppure verso una definizione ampia e astratta su cui trovare un consenso.

Probabilmente non è necessario porre le tre ipotesi in alternativa: esse possono avere scopi differenziati e compatibili. Ad esempio, come fa Leonardi, le prime possono servire a creare una negoziazione e un ponte fra terapeuta e paziente o essere alla base di un progetto di

cura di sé, mentre, nel secondo caso, si potrebbero voler evidenziare alcuni aspetti qualificanti di un approccio teorico, come implicitamente fa lo stesso Illich e altri autori. Resta la questione del consenso ad una definizione generalista che in passato si è ottenuto in coincidenza di rilevanti passaggi storico-culturali e che oggi è richiesta da molti interventi contemporanei, come si è visto, ma forse non ha ancora trovato una elaborazione sufficiente. Vi è anche da dire che le motivazioni di molte proposte sembrano alludere a certe situazioni epidemiologiche relativamente diffuse nella contemporaneità, in particolare nei paesi a maggiore invecchiamento della popolazione, ma non si pongono il problema di un *continuum di ciclo di vita* che vada dalla nascita alla morte (a cui Illich sembra alludere) e, ancor meno, di quali caratteristiche di abitabilità, custodia e cura debbano avere gli ambienti per permettere una “buona” vita umana e un adeguato equilibrio ecologico.

Una definizione generalista ha la necessità di essere, in qualche misura, meta-teorica, ossia di non essere unicamente riferibile ad una specifica teoria ma di lasciare aperte alcune opzioni interpretative. Al contempo essa necessita normalmente della delineazione di un modello olistico e quindi sistemico. Alcuni degli intervenuti hanno esplicitato questa opzione teorica (31). Anche la mia proposta fa riferimento al pensiero eco-sistemico e relazionale o della complessità che lascerò però in questa sede piuttosto implicito.

7. Una proposta per (ri)definire la salute

Tirando le prime somme dalla discussione precedente si può dire che avremmo bisogno per il presente e futuro:

a) di una definizione dinamica e processuale

della salute, dato che essa va concepita come una relazione sempre operante e preesistente fra gli esseri viventi e il loro ambiente naturale e antropizzato, così come rispetto alla vita sociale interumana. Un ambiente che è meno stabile e prevedibile del passato e con cui interagire senza cadere in un’ottica securitaria o di controllo, ma piuttosto attraverso “funzionamenti” e autotrasformazioni resi possibili dalla capacità di apprendimento e plasticità di adattamento posseduta dagli esseri umani;

- b) un secondo criterio può essere quello dell’abbandono di una concezione dualistica rispetto alla malattia, a favore di una compresenza interagente. La salute agisce sia nei periodi di benessere percepito sia di malessere e malattia, ma queste, in alcuni casi, comportano una minaccia disorganizzativa che va arrestata e compensata, se possibile.
- c) un terzo criterio ci pare quello della sua valenza generale, nel senso di coprire le diverse età e condizioni di vita, e dunque i passaggi biografici nelle loro varie espressioni;
- d) inoltre, essa deve utilizzare un linguaggio comprensibile, anche se può avere alle spalle un lavoro e una impostazione teorica riconoscibile;
- e) sul piano epistemico-conoscitivo, la definizione deve essere adeguata per una identificazione con la visione percettivo-soggettiva di salute, ma essere compatibile anche ad un’analisi degli aspetti collettivi ed ecologici che co-generano la salute personale; essa deve rendere possibile un dialogo fra diverse mappe e visioni della salute;
- f) non va posto l’accento solo sulla prospettiva soggettiva, ma vanno esplicitati gli

aspetti sociali che ogni salute personale e collettiva comporta; in altri termini, le condizioni ambientali e relazionali del suo darsi, nonché la rilevanza delle relazioni di cura che la mantengono operante;

- g) 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 intendiamo formulare 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 organica 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 (non solo consapevole) di fronte ai mutamenti e alle sfide ambientali.

La seconda parte è simmetrica e ricorda che la vita umana ha bisogno di ambienti ade-

guati, 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. 24; 16); infine la vita umana necessita costantemente di cure "opportune" (ossia adatte, adeguate alle varie situazioni, possibilmente anche efficaci ma qui non intendo solo cure tecniche) 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 - quindi anche le dimensioni sociali, ecologiche e di cura necessarie e "favorevoli", oltre che naturalmente quelle personali di partecipazione alla propria cura - che richiamano ad un impegno collettivo per la loro protezione e valorizzazione. L'opzione etico-politica reintroduce un livello (o una formulazione) che non necessariamente tutti possono condividere. D'altra parte anche chi non ne parla ha spesso ipotesi implicite nel cassetto. Si deve considerare, a tal proposito, che la salute, in una visione sistemica, necessariamente comporta un impegno a 360°: non basta certo definirla o studiarla, ma bisogna custodirla, nutrirla, curarla. Infatti la salute emerge per una capacità della vita di riprodursi, guarirsi e rigenerarsi, ma senza un impegno attivo di soggetti e gruppi umani, in particolare in un mondo abitato da 7 miliardi di persone, vi è il rischio di far collassare molti meccanismi che la vita sulla Terra aveva sperimentato e messo a punto in milioni di anni

(anche se a prezzo di enormi “genocidi di massa”, come la storia evolutiva insegna).

Vi è anche da dire 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. Si evoca un cambiamento culturale prima che direttamente politico o normativo, anche se ovviamente questi non sono esclusi. Essi però possono conformarsi in modi anche profondamente diversi e certamente non vetero-statalisti. Il bene comune è prima di tutto un “nostro bene”, un senso di appartenenza, una responsabilità personale e condivisa da agire 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.

8. Implicazioni formative e promozionali

In un rilevante articolo del 1966, Alessandro Seppilli (34), celebre igienista e fondatore dell'educazione sanitaria in Italia, partiva da una sua proposta definitoria di salute per sviluppare un programma di lavoro precursore di sviluppi che si sarebbero manifestati vent'anni dopo con il lancio della promozio-

ne della salute. Egli vede nella definizione dell'OMS un eccesso di soggettivismo, dovuto all'uso del termine benessere, per cui egli propone questa diversa formulazione: «La salute è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale» (Ib: p. 339).

Come si vede, l'autore immagina una situazione dinamica di integrazione con l'ambiente, seppur contenuta all'interno di un assetto armonico. Da questa prospettiva Seppilli fa emergere due campi d'intervento: quello “negativo di difesa” e quello “positivo di promozione della salute”. I due aspetti sono mediati dalla “coscienza sanitaria” personale che riguarda «la sua capacità di operare scelte coerenti e consapevoli nell'interesse della salute propria e dei suoi simili» (Ib: p. 340). L'epistemologia espressa da Seppilli è di tipo dualistico classico, ma la sua visione è fermamente olistica: «La salute è un fenomeno unitario e (...) ogni turbamento nell'equilibrio funzionale di una parte qualsiasi di quel tutto-uno che è appunto il nostro corpo, si ripercuote in misura maggiore o minore su tutto l'organismo medesimo, nelle sue due proiezioni fisica (od oggettiva) e psichica (o soggettiva), inseparabili tra loro, se non per artificio metodologico» (idem). Ciò lo porta a stendere un programma basato sull'igiene (come elaboratore scientifico dei contenuti), ma con un'attenta considerazione del patrimonio culturale del gruppo sociale considerato e degli atteggiamenti psico-comportamentali dei soggetti, i quali vengono coinvolti attraverso metodologie partecipative per arrivare ad una matura e diffusa “formazione sanitaria” della popolazione. Non basta certo l'informazione sanitaria per cambiare le cose - egli afferma - dato che non è certo cambiando un mattone che muta l'ar-

chitettura di un edificio!

Nonostante questa impostazione sistemica, dinamica e partecipativa prefigurata da un precursore come A. Seppilli, l'epoca classica dell'educazione sanitaria ha visto prevalere una impostazione nettamente istruttiva e preventivista basata sulle conoscenze della nascente epidemiologia: essa presupponeva un ambiente rischioso da prevedere con strumenti probabilistici e sui cui esiti "istruire" i soggetti ritenuti a rischio.

La svolta promozionale, partita nella seconda metà degli anni '80, prevedeva un maggiore coinvolgimento del soggetto nell'adozione di stili di vita sani (in particolare una sua adesione alle "informazioni" sane), ma di fatto la valutazione di salubrità era sempre eteronoma e quindi ampiamente dipendente dagli esperti. Sul piano applicativo questo ha comportato una sorta di implicita *opzione tecnicista*, fortemente centrata sull'evitamento dei principali "comportamenti a rischio" e sull'assunzione "in positivo" di una "giusta" nutrizione e fitness. Diverse le applicazioni operative e comunicative volte a "favorire ambienti sani" e "scelte favorevoli", ma con preminenza di quelle centrate sul rinforzo del messaggio delle buone abitudini e il contenimento dei suggerimenti mendaci e sfavorevoli (spesso di tipo commerciale).

Come già evidenziavo in un articolo del 2011 (18), questo orientamento - nonostante alcune buone premesse - non ha portato ad una significativa responsabilizzazione verso la *cura di sé* da parte delle nuove generazioni, ma al più, ad un atteggiamento "di controllo" (a volte con venature ossessive e ideologiche) verso fattori come il cibo e alcune sostanze immesse nell'ambiente, o anche verso il proprio corpo, fino talvolta ad esiti problematici. Tenendo conto di questa valutazione storica, che cosa suggerisce una diversa definizione

di salute, come quella sopra presentata? Quali sono le implicazioni educative e formative nel corso della vita, nonché quelle promozionali e di supporto alla cura che una proposta di questo genere comporta?

Consideriamo la prima parte della definizione. Partendo dalla terza affermazione (adattamento ai cambiamenti ambientali), si evidenzia un ambiente che cambia, in buona parte incerto e imprevedibile. L'adattamento è qui inteso in senso complesso, in quanto implica l'organismo e insieme tutta la persona che è in grado di apprendere, abituarsi, trasformarsi, proteggersi. L'adattamento così inteso implica dunque una forte attenzione all'ambiente, che poi verrà ripresa nella seconda parte, ma comporta soprattutto un percorso soggettivo non lineare e prevedibile, ma piuttosto dinamico e possibilista 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 (in cui potenzialmente si inseriscono le nuove *bio-app* che tengono costantemente sotto controllo i parametri fisici del soggetto) - viene relativizzato e sostituito da un investimento sulla flessibilità soggettiva e sull'attenzione alla rigenerazione ambientale. Vi è quindi una diversa considerazione delle sfide ambientali, rispetto alla visione più armonica e ottimista di Seppilli, ma una comune attenzione all'equilibrio e all'adattamento.

Forte rilevanza ha 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.

Il mantenimento dell'equilibrio vitale (terzo aspetto) presuppone un ascolto e una conoscenza che il soggetto progressivamente elabora su di sé. È sicuramente necessario sviluppare una mappa delle varie componenti del sé, da far evolvere nel corso della vita (in questo il pensiero scientifico rimane un riferimento), ma soprattutto è necessario sviluppare un "senso di autos" attivo (o di "coherence", come dice Antonovsky: 1) stimolato non tanto dal piacere-benessere ma *dalla prospettiva di costruzione di sé* che tale esercizio comporta. Un sé non chiuso, separato, difeso, ma in interscambio con il proprio ambiente relazionale, sociale, ecologico.

Si passa quindi 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 e adozione di buone abitudini (in campi limitati) allo sviluppo di competenze favorevoli un equilibrio dinamico che

si accompagna con la prontezza di reazione auto-trasformativa e adattiva.

L'educazione-formazione ricorrente nelle varie fasi della vita si completa con una rilevante attenzione alla seconda parte della definizione che evidenzia almeno tre campi con cui familiarizzarsi e di cui sentirsi responsabili. In primo luogo, gli ambienti sani: quelli più ampi degli ecosistemi, ma più in specifico quelli abitati e abitabili; inoltre gli ambienti di vita quotidiana, da far diventare dei veri e propri *habitat* (18).

Il secondo campo d'attenzione è quello relazionale e sociale allargato, si potrebbe oggi dire "glocale" (la relazione locale-globale). Tale sottolineatura evidenzia che gli ambienti sociali conflittuali, astiosi e privi di fiducia, se non portano a giuste soluzioni e scelte attente al bene comune, sono alla lunga deleteri, sviluppano malessere sociale di nuovo tipo (16) e rendono più difficile l'adattamento e il mantenimento dell'equilibrio personale. È necessario quindi sviluppare attitudini volte a contribuire al benessere e riequilibrio sociale piuttosto che (per ignoranza o chiusura risentita) amplificare atteggiamenti narcisistici e vittimistici (28).

Infine, la dimensione della cura, quella *reciproca* che ci impegna verso coloro a cui siamo legati e quella *organizzata* che ci è collettivamente necessaria; ambedue sono indispensabili al vivere personale e collettivo, e devono essere adeguatamente riconosciute e valorizzate (ma anche, possibilmente, cooperare). Anche il *prendersi cura* (verso di sé, gli altri, gli esseri viventi, l'ambiente) necessita di competenze e apprendimenti in forme appropriate alla propria età e condizione di vita (18, 19, 20).

La terza parte della definizione, come si è visto, riguarda la consapevolezza delle condizioni sociali necessarie alla salute persona-

le e collettiva, e quindi, di conseguenza, la considerazione delle dimensioni etiche e simboliche necessarie alla costruzione della salute. Essa certamente non comporta un apprendimento prevalentemente retorico e “civico”, ma una riflessività sulle esperienze, una capacità (ambientale) di realizzare buone pratiche di cura, un passaggio dall’eteronomia all’autonomia responsabile.

Essa comporta altresì una convergenza fra diverse culture della salute capace di generare un senso di “salute comune” del genere umano, una nuova forma di mitopoiesi (17). 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” (29).

Sono quindi diversi gli spunti che una tale definizione può suggerire per un significativo riorientamento delle pratiche educative e formative nel corso della vita. Un ripensamento di cui vi è particolarmente bisogno di fronte agli scenari sociali e culturali odierni che propongono nuove sfide a cui siamo collettivamente piuttosto impreparati e su cui le impostazioni finora perseguite si sono dimostrate insufficienti e non adeguate.

BIBLIOGRAFIA

1. Antonovsky A, Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
2. Bateson G. Verso un’ecologia della mente. Milano: Adelphi 1976 (ed. orig. 1972).
3. Bateson G. Mente e Natura. Una unità necessaria. Milano: Adelphi; 1984 (ed. orig. 1979).
4. Bauman Z. Vita liquida. Roma-Bari: Laterza; 2007.
5. Bury M. Chronic Illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness* 1982; 2: 167-182.
6. Editorial, What is health? The ability to adapt. *The Lancet* 2009; 373: 781.
7. Ferraris M. Manifesto del nuovo realismo. Roma-Bari: Laterza; 2012.
8. Gadamer HG. Dove si nasconde la salute. Milano: Cortina; 1994 (ed. orig. 1993).
9. Herzlich C. Santé et maladie. Analyse d’une représentation sociale. Paris: Mouton; 1969.
10. Huber M. Report to Invitation Conference “Is Health a state or a ability? Towards a dynamic concept of health”, <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/>, 2010.
11. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JW, Schnabel P, Smith R, Weel C, Smid H. How should we define health?, *BMJ* 2011; 343: d4163.
12. Illich I. Nemesi medica. L’espropriazione della salute. Milano: Mondadori; 1977 (ed. orig. 1976).
13. Ingrosso M. La promozione della salute nel quadro di un paradigma ecosistemico, in M. Ingrosso, a cura, Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute. Milano: Franco Angeli; 1987.
14. Ingrosso M. Modello socio-ecologico e prospettiva ecosistemica nella promozione della salute a livello di comunità. *Educazione sanitaria e Promozione della salute* 1990; 1:14-25.
15. Ingrosso M. La costruzione sociale della salute: teorie e immagini sociali, in M. Ingrosso, La salute come costruzione sociale. Milano: Franco Angeli; 1994.
16. Ingrosso M. Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell’era planetaria. Milano: Franco Angeli; 2003.
17. Ingrosso M. Alle sorgenti della cura. Ricerca di idee guida per le società della salute. *La società degli individui* 2010; 38, 2: 73-92.
18. Ingrosso M. Educazione alla cura e promozione della salute. *Educazione sanitaria e Promozione della salute* 2011; 4: 303-322.
19. Ingrosso M. Quale educazione alla cura? L’etica della cura a fondamento dell’educazione. *Anima-zione sociale* 2011; 12: 50-60.
20. Ingrosso M. Orientarsi ad un giusto stile di vita.

- Cinque campi di esercitazioni educative. *Animazione sociale* 2011; 12: 61-70.
21. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined. *BMJ* 2008; 337: 1361-1364.
 22. Jadad AR, O'Grady L. A global conversation on defining health. *BMJ Group Blogs*, December 10, 2008b. <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/12/10/alex-jadad-ondefining-health> (accesso il 22.05.15).
 23. Jung CG. *Septem sermones ad mortuos*. Carmagnola(TO); Arkto ed.; 1989 (ed. orig. 1916).
 24. Keyes CLM. Social Well-being. *Social Psychology Quat.* 1998; 61, 2: 121-140.
 25. Kickbusch I. Promozione della salute: verso una nuova salute pubblica, in Ingrosso M., a cura, *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Milano: Franco Angeli; 1987.
 26. Leonardi F. *Il grande paradosso della salute*. Pisa: Felici ed., 2015.
 27. Lusardi R, Manghi S, I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura, in Vicarelli G. a cura, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*. Bologna: Il Mulino; 2013.
 28. Magatti M. *La grande contrazione: i fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*. Milano: Feltrinelli; 2012.
 29. Papa Francesco, *Laudato si'*. Enciclica sulla cura della casa comune. Roma: Libreria Editrice Vaticana; 2015.
 30. Parsons T. *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul; 1951 (ed. it. Milano: Comunità; 1964).
 31. Rambihar VS, Rambihar V. Complexity science may help in defining health. *BMJ* 2009; Jan 9: 338.
 32. Rutter M. Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 598-611.
 33. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 1987; 57: 316-331.
 34. Seppilli A. *L'educazione sanitaria nella difesa della salute* *L'Educazione sanitaria* 1966; XI.
 35. Turchi GP, Della Torre C. *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Roma: Armando; 2014.
 36. Turner B S. *The body and society*. Oxford: Blackwell; 1984.
 37. Vicarelli G. Verso nuove configurazioni di benessere, in Vicarelli G. a cura, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*. Bologna: Il Mulino; 2013.
 38. WHO Constitution of the World Health Organization, Geneva: WHO; 1948.
 39. WHO Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva: WHO; 1986.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno