

Modulo 4: Determinanti di salute e corretti stili di vita

Benessere personale e sociale

La definizione di “benessere” tra oggettività e soggettività

La definizione di “salute” dell’OMS prende in considerazione una nozione complessa di “benessere”: la “qualità della vita relativa alla salute” è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include, infatti, il benessere sia fisico sia mentale e diversi fattori a esso correlati, tra cui non solo le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come ipertensione, fumo, sedentarietà), ma anche lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale.¹ La qualità della vita dipende, quindi, anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all’eventuale presenza di malattie o di eventi potenzialmente stressanti.

Relativamente al concetto di benessere in età evolutiva, i bambini fin dall’infanzia devono essere educati a coltivare il benessere e a sviluppare la resilienza, cioè la capacità di elaborare e superare gli eventi critici. In questo approccio educativo, i contesti scolastici e familiari hanno un ruolo determinante. In particolare, la scuola dovrebbe educare le nuove generazioni ad acquisire quelle competenze di vita che consentono a ognuno di stare bene con se stesso, con gli altri e nell’ambiente in cui vive.²

La qualità della vita dei bambini è definita come una situazione multidimensionale che è composta dalle funzioni sociale, emotiva e fisica del bambino, dell’adolescente e della famiglia. Rispetto agli adulti, definire la qualità della vita nei bambini è molto più difficile per le grandi differenze nello sviluppo e nella crescita tipiche dell’infanzia, che implicano cambiamenti nel sentire, pensare e comportarsi nelle diverse fasce d’età.³

Gli indicatori che misurano la qualità della vita sono risultati associati con la mortalità, la morbilità (diabete, cancro del seno, artrite), il declino funzionale e il ricorso ai servizi sanitari, ma anche col lavoro, la casa, il quartiere, la scuola. A livello della comunità, le misure della qualità della vita forniscono indicazioni relative alle disuguaglianze sociali nella salute, perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economico-pratiche e psicologico-sociali.

A più di settant’anni dalla definizione di salute dell’OMS, gli indici di salute nella nostra società continuano comunque a essere focalizzati in larga parte sul disagio, sulla malattia e sul funzionamento negativo, e le ricerche epidemiologiche sono spesso indirizzate alla misurazione della mortalità e della morbilità della popolazione piuttosto che alla quantificazione del benessere e del funzionamento positivo.

D’altronde l’attenzione dell’OMS a includere nel concetto di salute il benessere psicologico è evidente fin dalla definizione di salute formulata nel 1948 ed è ulteriormente esplicitata nel concetto di salute mentale secondo il quale gli individui devono avere la possibilità di sentirsi a proprio agio nelle circostanze che si trovano a vivere.⁴ Il *Mental Health Action Plan 2013-2020* dell’OMS,⁵ che definisce un piano d’azione complessivo secondo il precetto “*no health without mental health*”, esplicita fra gli obiettivi da perseguire quello della promozione della salute mentale, tenendo in considerazione anche i fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, quali le politiche nazionali, il livello di educazione, le condizioni materiali di vita

e quelle di lavoro, il supporto familiare e sociale. La nozione di benessere coinvolge quindi aspetti diversi dell'essere umano, soprattutto in età evolutiva, dove il contesto di vita gioca un ruolo ancora più importante per i bambini rispetto agli adulti. I fattori ambientali infatti hanno effetti profondi e duraturi sullo sviluppo sociale e fisiologico dei bambini. Di conseguenza la qualità della vita dei bambini dipende dalle complesse connessioni tra i bambini stessi e il loro ambiente sociale.³

Per questo si auspica un continuo lavoro alla definizione di un costrutto di "benessere" che possa comprendere ognuno di questi aspetti.

Strumenti psicometrici e approcci valutativi

Nell'esplorare tali concetti, vari studiosi di discipline sociali hanno cercato di capire su quali elementi le persone si basano nel giudicare positivamente la propria vita. A questa definizione di benessere soggettivo è stato attribuito il significato equivalente di soddisfazione nella vita che si basa sugli standard personali nel determinare ciò che è positivo nella propria vita: si tratta quindi di una valutazione complessiva della qualità della vita secondo criteri soggettivi e, in quanto tali, suscettibili a cambiamento. Per tale motivo, è importante avere come riferimento una definizione dinamica di benessere, che possa variare in base a circostanze e contesti differenti ed essere adattata in funzione delle differenze interindividuali, per esempio fra persone appartenenti a culture diverse, e intraindividuali, ovvero rispetto alla stessa persona nel tempo, a seconda della fase di vita.

Tra gli strumenti psicometrici in grado di misurare il benessere inteso soprattutto nella sua componente di giudizio cognitivo, le scale maggiormente utilizzate sono:⁶

- ❖ *Life Satisfaction Index* di Neugarten;
- ❖ *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* di Diener;
- ❖ il singolo indice di felicità.

Poiché il benessere di un bambino non è il semplice prodotto delle caratteristiche interne, quanto piuttosto il risultato dell'interazione tra il bambino e il contesto di vita, la valutazione del bambino deve essere multidimensionale, includendo una prospettiva multisistemica che contempli le influenze della famiglia e della comunità. In questo senso la qualità della vita è un parametro soggettivo, e implica che la sua misurazione debba essere fatta dalla prospettiva del bambino.²

La qualità della vita legata alla salute (*Health Related Quality of Life, HRQoL*) in età evolutiva non può essere definita operativamente in modo unitario, così come non è possibile mutuare una definizione del concetto usata per gli adulti, né possono essere considerati validi analoghi indicatori. I bambini e gli adulti, infatti, si differenziano per il livello di comprensione degli eventi, che è influenzato dal livello cognitivo raggiunto, e per il diverso impatto emotivo e sociale degli eventi stessi. D'altronde conoscere la percezione di salute dei bambini e degli adolescenti è di vitale importanza per promuovere e tutelare il loro sviluppo e produrre guadagni di salute della popolazione a breve e lungo termine.²

È quindi auspicabile che la ricerca giunga a validare metodologie e strumenti di rilevazione della qualità della vita appropriati per le diverse fasce d'età.

La salute secondo la metafora del fiume della vita

Un altro approccio fondamentale per una definizione multidimensionale di "benessere" è strettamente connesso alla teoria della salutogenesi.⁷ Aaron Antonovsky, sociologo e principale teorico di tale approccio, ha adottato la metafora del "fiume della vita" per illustrare un modello dello sviluppo della salute secondo il quale non è sufficiente, per promuoverla,

cercare di evitare lo stress o di costruire ponti per evitare che le persone cadano nel fiume, ma aiutare le persone a imparare a nuotare.

Il modello presenta una prospettiva che passa dalla medicina (cura e trattamento) alla salute pubblica (prevenzione e promozione) e si sviluppa in quattro fasi:⁸

1. cura e trattamento: le persone devono essere salvate dall'annegamento, utilizzando costose tecnologie e professionisti ben formati;
2. protezione dello stato di salute e prevenzione delle malattie: questa fase può essere suddivisa in due fasi ulteriori, la protezione e la prevenzione. La prima comprende interventi mirati a limitare i rischi di malattia rivolti a tutta la popolazione adottando un approccio passivo (impedire che le persone finiscano nel fiume attraverso la costruzione di barriere). La seconda mira a prevenire le malattie con interventi attivi ed è caratterizzata da un atteggiamento di *empowerment* (lavorare con le persone perché mettano in atto tutte le strategie per non cadere nel fiume). Gli interventi di prevenzione sono rivolti ai singoli individui o a gruppi di persone;
3. educazione alla salute e promozione della salute. L'educazione alla salute ha una lunga tradizione nel settore della sanità pubblica. Inizialmente, era un compito dei professionisti informare i cittadini dei rischi sanitari e dare consigli sugli stili di vita. Oggi ci si basa sul dialogo, attraverso un coinvolgimento attivo delle persone, mentre il professionista fornisce supporto alle decisioni relative alla salute. In questa fase, quindi, gli individui sono coinvolti ancora più attivamente che in quelle precedenti. L'esito dell'educazione è l'alfabetizzazione alla salute (insegnare a nuotare). La promozione della salute considera la salute come un diritto umano che va difeso da parte dei professionisti, interagendo con la società civile e occupandosi non solo di salute, ma soprattutto di benessere e qualità della vita. L'individuo, quindi, è soggetto attivo e il professionista supporta, fornisce opportunità, rende le persone in grado di scegliere in modo consapevole rispetto a quelli che sono i determinanti di salute;
4. miglioramento della percezione di salute/del benessere/della qualità della vita, creando i prerequisiti per una vita felice. La percezione di un buono stato di salute è un determinante della qualità della vita. La cornice salutogenica può creare una interrelazione tra la complessità dei fattori che generano la salute e lo sviluppo della qualità della vita. In particolare, è necessario comprendere quali sono i determinanti nella vita dei soggetti e delle comunità che possono generare salute e migliorare la qualità della vita e che contribuiscono allo sviluppo del senso di coerenza.

Ovviamente creare salute non è un'azione determinata solo da comportamenti individuali, ma, nella prospettiva della salutogenesi, dipende sia da risorse individuali sia dal contesto di vita in cui le persone sono inserite, dunque dall'interazione che si crea tra loro. Diventano quindi importanti l'organizzazione della società e le politiche per la salute.

Sviluppo del benessere come processo costante

Un modello di sviluppo di salute che sintetizza i concetti precedentemente presentati è quello di *health development* messo a punto dal progetto EUHPID (*European Health Promotion Indicators Development*) ed espresso tramite diversi indicatori. Tale modello mette in evidenza che la salute non è una condizione data, ma un processo che si riproduce continuamente nel corso della vita e nel tempo in maniera positiva o negativa.⁹⁹ In questo processo di sviluppo si inseriscono interventi intenzionali di prevenzione, cura, riabilitazione o di promozione della salute (ai vari livelli: da quello individuale al sistema ambientale).

Il modello distingue tre dimensioni in stretta interdipendenza: fisica, mentale e sociale. L'individuo si inserisce in un contesto più ampio, quello del suo ambiente e delle opportunità

di salute che vi trova e la sua salute è la risultante di un'interazione forte, continua e dinamica tra capacità di salute (livello individuale) e opportunità di salute (livello di contesto). Di conseguenza nel lavoro di supporto allo sviluppo di salute non si dovrà agire solo a livello di sviluppo di conoscenze e capacità individuali ma si dovrà intervenire anche creando opportunità nel contesto e modelli coerenti nei *setting* di riferimento (famiglia, scuola, lavoro, comunità).

Il termine opportunità di salute sottolinea che la persistenza di disuguaglianze in salute nelle nostre società è in larga parte dovuta a un'iniqua distribuzione di tali opportunità. Tra le opportunità si incorporano a loro volta aspetti legati a come lo stato di salute possa impattare le abilità della persona di essere coinvolta in relazioni, avere amici, trovare lavoro. Tutto ciò riguarda una naturale evoluzione della valutazione delle condizioni dello stato di salute che, come ricordavamo, si muove in un *continuum* tra un polo di completo benessere e un polo di malattia. Non si tratta, quindi, di stabilire se una persona è sana o malata, bensì di stabilire in che misura essa si allontana o si avvicina ai punti estremi di salute e di malattia.

Per quanto riguarda la salute mentale, le risposte di cura e le azioni di prevenzione possono integrarsi con la prospettiva della salutogenesi attraverso l'utilizzo di approcci, aree d'azione e principi peculiari della promozione della salute. Secondo il *Mental Health Action Plan*,⁵ per prima cosa risulta vitale focalizzarsi su come promuovere la salute mentale di tutti i cittadini e non solo su come affrontare i casi di rilevanza clinica (per esempio depressione maggiore, disturbi bipolari e schizofrenia). Gli interventi vanno dunque diretti non solo e non tanto verso i fattori di rischio, ma alle esigenze di sviluppo a cui tutti gli individui (e le famiglie) vanno incontro nelle diverse fasi della vita (come durante la prima infanzia, la conclusione della scuola dell'obbligo, la creazione di un nuovo nucleo familiare, il post partum, la menopausa, il pensionamento e la vecchiaia), con particolare attenzione alle azioni rivolte alla popolazione giovanile, considerando che i primi anni di vita sono cruciali per il benessere mentale di bambini e adolescenti.

Le strategie per la promozione della salute mentale nell'arco della vita potrebbero focalizzarsi sul sostegno all'acquisizione delle capacità individuali durante le fasi dello sviluppo, con una particolare attenzione e trattamento ai problemi emotivi e comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza.

La promozione della salute si configura dunque come un *input* intenzionale nel processo di sviluppo naturale di salute che supporta l'utilizzo di risorse e aumenta le opportunità, permettendo alle persone di avere una maggiore padronanza e migliorare la propria salute in tutte le sue dimensioni, fisica, mentale e sociale.

Bibliografia

¹Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? J Gerontol Soc Science 1995;50:S344-53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7583813>

²Amendolagine V. L'educazione al benessere nell'età evolutiva. Rivista sperimentale di freniatria 2019; 1:59-71. https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda_rivista.aspx?IDArticolo=63574

³Lopez E. Progetti di umanizzazione. Qualità della vita in età evolutiva. Report finale del progetto. In collaborazione con il Ministero della Salute. 2013. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1363_listaFile_itemName_2_file.pdf

⁴World Health Organization (WHO). Strengthening mental health promotion. Fact sheet n. 220, 2007.

⁵World Health Organization (WHO). Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-en.pdf

⁶Neugarten BL, Havinghurst R, Tobin S. The measurement of life satisfaction. J Gerontol 1961;16:134-43.

Diener E, Emmons RA, et al The satisfaction with life scale. J Pers Assess 1985;49:71-5.

Andrews FM, Withey SB. Social Indicators of well-being: America's perception of life quality. New York, Plenum, 1976.

⁷Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int* 2008; 23:190-9.

Lindstrom B, Eriksson, M. Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health. *Health Promot Inter* 2006;21:238-44.

⁸Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass, San Francisco, 1987.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Inter* 1996;1:11-18.

Eriksson M, Lindstrom, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Commy Health* 2007;61:938-44.

⁹Bauer G, Davies JK, Pelikan J. The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promot Int* 2006;21:153-9.