

## L'evoluzione del concetto di salute

Bruno Paccagnella\*

### 1. Il nuovo concetto

Nel passato il concetto di salute era semplice, quasi elementare, facilmente comprensibile e basato su un'affermazione negativa: «sano è colui che non ha malattie» oppure «chi ha malattie non è sano» oppure «salute è assenza di malattie».

Ma questa concezione semplice e semplicistica cominciò a scricchiolare alla fine del XIX secolo per vari motivi; ad esempio, perché lo sviluppo delle scienze mediche riguardante in particolare le patologie del corpo umano consentì di riconoscere, mediante tecniche e strumenti nuovi, l'esistenza di malattie in fase pre-sintomatica, cioè prima che la persona colpita se ne rendesse conto continuando a ritenersi sana.

Inoltre, agli albori del XX secolo, cominciarono a svilupparsi le conoscenze nel campo delle malattie mentali e successivamente anche nel campo delle scienze sociali, delle scienze politiche e delle scienze economiche con le loro implicazioni nei riguardi della salute umana. Ciononostante, il tradizionale concetto di salute intesa come assenza di malattie rimaneva presente (ed è tuttora presente) nella cultura generale secondo l'antico modello culturale.

Fu alla fine del truce periodo storico che va dal 1915 al 1945, definito da E.J. Hobsbawm (1994) come «Età della catastrofe», che nel mondo esplose un immenso desiderio di pace, di libertà, di sviluppo sereno e tranquillo tra le nazioni e tra i popoli, un entusiasmo generale che si concretizzò nell'istituzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) con le sue varie agenzie tecniche simulanti nell'insieme un supergoverno mondiale rivolto alla pace. Inoltre si concretizzò anche nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e in molte altre realizzazioni.

Da quel complesso di idee e fermenti scaturì anche un nuovo concetto di salute.

\* Già professore ordinario di  
Medicina di Comunità, Università di  
Padova.

Nel Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – l'agenzia tecnica dell'ONU deputata ai problemi riguardanti la salute pubblica in contatto con i Ministeri della sanità pubblica dei vari Paesi membri dell'organizzazione –, fu scritto che:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia o infermità.

Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razze, religione, credo politico, condizione economica o sociale.

La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli Stati. L'impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti.

Lo sviluppo diseguale tra i Paesi nella promozione della salute e controllo delle malattie, specialmente delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti.

Questa nuova concezione della salute venne sintetizzata nell'art. 1 dello Statuto dell'OMS come segue:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o infermità.

Questa definizione ha ispirato e ispira tuttora in modo coerente la linea politica dell'OMS orientando tutte le attività di questa agenzia tecnica dell'ONU nel corso della seconda metà del XX secolo; ogni deliberazione, atto o programma, ogni dichiarazione, proposta o suggerimento dell'OMS agli Stati membri fa riferimento alla definizione contenuta nell'art. 1 dello Statuto. Ciò significa che per vari decenni il nuovo concetto venne riproposto alla discussione e tuttora esso viene pienamente confermato dal punto di vista scientifico, tecnico e politico.

L'impatto della nuova concezione è stato enorme nel campo della cultura, delle scienze e delle politiche sanitarie.

L'affermazione positiva della salute come benessere fisico, mentale e sociale della persona, rispetto al concetto negativo tradizionale di salute come assenza di malattie, provocò una sorta di terremoto, si può dire, nel campo della medicina, che – impegnata da secoli quasi esclusivamente, salvo rare eccezioni, nello studio e nella lotta contro le malattie per diagnosticarle, per

curarle, per prevenirle e per prolungare la vita dei malati – si trovò impreparata di fronte alla nuova prospettiva di tutelare e promuovere la salute.

Giova notare che mentre nasceva la nuova organizzazione internazionale – l'ONU, con le sue agenzie tecniche ispirate da simili nobili obiettivi, cui dovevano aderire gli Stati che intendevano diventare membri –, in Italia, negli stessi anni post-bellici (1946), veniva adottata la nuova Costituzione repubblicana che, nell'art. 32, affermava quanto segue:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

È utile notare la contemporaneità degli eventi e i loro nessi sia per quanto riguarda la nuova concezione della salute, dato che l'Italia è uno degli Stati che hanno aderito all'OMS sin dall'inizio, sia per quanto riguarda l'affermazione esplicita che la salute è un diritto umano e un interesse di tutti.

La nuova concezione allargava decisamente l'area della salute umana dalla sfera del corpo a quella della mente e a quella delle relazioni sociali, sollevando altri motivi di crisi<sup>1</sup> nella Sanità pubblica perché estendeva il campo d'azione alle scienze psicologiche e alle scienze sociali e successivamente anche alle scienze economiche.

Non ci furono difficoltà a riconoscere subito che una persona poteva avere una malattia del corpo ma, nello stesso tempo, poteva essere perfettamente sana di mente, oppure che una persona poteva essere malata di mente ma essere sana di corpo. Si ammetteva che le scienze mentali erano relativamente giovani e che relativamente scarse erano le conoscenze psicologiche e psichiatriche rispetto alle scienze del corpo che avevano secoli di esperienza dietro di sé. Ma l'identificazione delle relazioni sociali quali possibili cause di condizionamento della salute modernamente intesa rappresentò un ulteriore turbamento culturale e strutturale nel campo della Sanità pubblica, dove si presentava la necessità di dare nuove impostazioni ai servizi sanitari esistenti, a parte la necessità di pensare a un riorientamento dei servizi per indirizzarli anche verso la tutela e la pro-

<sup>1</sup> La parola *crisi* va intesa nel senso di un improvviso e rapido cambiamento, mentre la parola *lisi* va intesa nel senso di un lento cambiamento. Ambedue le parole si possono riferire a cambiamenti positivi o negativi.

mozione della salute e non soltanto per la diagnosi, la cura e la prevenzione delle malattie.

Molti studi, in generale, furono stimolati dall'evoluzione del concetto di salute e fu subito constatato che il benessere fisico, mentale e sociale, cioè la salute intesa come benessere, era qualcosa che doveva essere «percepita» dagli stessi individui e ciò costrinse a riconsiderare il valore e l'importanza che veniva attribuita, per esempio, alle cosiddette certificazioni mediche di «sana e robusta costituzione» richieste dalle leggi affinché le persone potessero svolgere diverse attività professionali e di altro genere (scolastiche, impiegate, guida di autoveicoli, porto d'armi ecc.).

L'approccio «perceptivo» rispetto alla salute concepita come benessere dell'individuo suggerì anche un'altra visione positiva alle persone, una sorta di sollecitazione positiva a riconoscere e ad accettare le responsabilità che la vita comporta. Per esempio, nel campo del lavoro industriale la soggettività della valutazione di salute determinò un cambiamento significativo dei rapporti tra i comitati rappresentativi dei lavoratori, i consigli di fabbrica e i servizi sanitari, di medicina del lavoro e le altre rappresentanze industriali nelle questioni connesse con la qualità dell'ambiente fisico e sociale di lavoro.

L'esperienza dimostrò gradualmente che si potevano considerare anche altri approcci, uno «funzionale» e uno «adattativo» al benessere come salute, condizionati rispettivamente dalla capacità di adottare comportamenti adeguati ad adempiere alle funzioni principali della vita e dalla capacità di adattamento continuo agli ambienti di lavoro e di vita, che sono assai spesso mutevoli. Qualcuno si rese conto, in quegli anni, che l'uomo possiede una forte capacità di adattamento all'ambiente fisico purché questo risulti stabile o per lo meno poco variabile, e questa capacità di adattamento probabilmente esiste anche nei confronti dell'ambiente sociale, economico e politico, purché stabili.

È opportuno considerare che nel periodo storico coincidente e successivo a quello in cui si affermò il nuovo concetto pluridimensionale di salute si verificò una complessa e rapida transizione epidemiologica nei vari Paesi, compresa l'Italia, rispetto alla quale il nuovo concetto di salute apparve adeguato. Le caratteristiche della transizione riguardavano non soltanto la patologia, ma anche altre importanti caratteristiche sociali e demografiche che possono essere così schematicamente indicate:

- passaggio da epidemie di malattie infettive, curabili e guaribili

(brucellosi, tubercolosi, difterite, tifo ecc.), a epidemie di malattie cronico-degenerative, curabili, ma per lo più non guaribili (neoplasie, cardiopatie, artropatie, diabete, demenze ecc.) con aumento delle sofferenze prolungate;

– invecchiamento esplosivo della popolazione che si intreccia inestricabilmente con il cambiamento anzidetto della patologia in una serie di rapporti reciproci di causa ed effetto;

– cambiamenti rapidi degli stili di vita e dei comportamenti (sedentarietà, alimentazione, guida spericolata di automezzi, fumo, alcool, droghe, ecc.) con relativo aumento di patologie comportamentali;

– rapido aumento della patologia mentale (depressioni, ansie, angosce, anoressie, bulimie ecc.) e del disagio sociale sia giovanile che degli anziani, sempre più soli, ingombranti e consapevoli del loro tramonto.

La nuova concezione multidimensionale della salute suggerì un nuovo modello alla medicina, denominato «bio-psico-sociale», che calzava bene alle nuove realtà ma cozzava contro altri modelli medici tradizionali.

## **2. Evoluzione dei concetti epidemiologici**

Di fronte a tali fenomeni anche i modelli di analisi epidemiologica dovettero cambiare, perché i precedenti, basati sui rapporti della «triade» uomo-ambiente e agente causale, risultarono inadeguati, anzi superati. Quindi anche la concezione epidemiologica si è evoluta insieme alla concezione di salute, ed entrambe sono divenute molto più complesse.

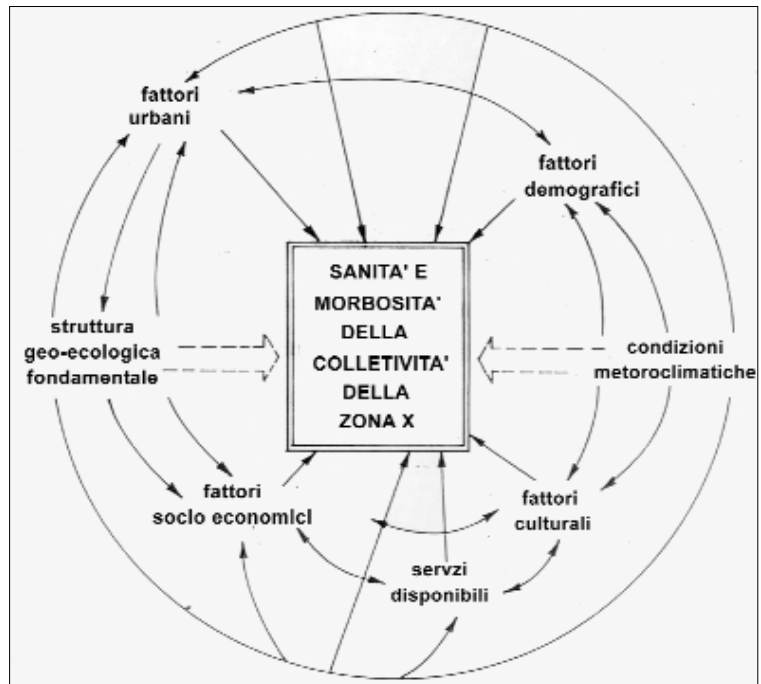
Gli studi hanno dimostrato che i fattori esogeni, cioè esterni all'individuo, che influiscono sulla salute umana sono numerosissimi. Tali fattori appartengono a tutte le componenti dell'ambiente totale, cioè all'ambiente fisico, chimico, biologico, sociale, economico e interagiscono continuamente fra di loro formando un sistema assai complesso di relazioni ed equilibri instabili, difficilmente abbracciabile. Un altrettanto complesso sistema di reazioni e di equilibri instabili che influiscono sulla salute dipende da fattori endogeni, cioè interni all'individuo, a loro volta dipendenti in parte da influenze genetiche e pure difficilmente controllabile.

In breve tempo si è imposta la visione sistemica dei problemi di salute e di patologia, difficile da abbracciare nella sua complessi-

tà, come si è detto, ma stimolante, per la quale è venuta in soccorso la teoria dei sistemi e l'ecologia umana. Quest'ultima viene vista come «una nuova disciplina scientifica oppure come una riflessione sulla scienza e i suoi valori oppure come un approccio multidisciplinare alle società nei loro ambienti, mediante una metodologia di studio che considera le dinamiche negli ecosistemi delle interazioni biologiche, culturali, psicologiche, mediche, sociologiche, economiche, demografiche, comportamentali e politiche che riguardano l'uomo».

Forse il modello grafico seguente, ultrasemplificato (vedi fig. 1), può aiutare a comprendere quale rete enorme di interazioni sottende la visione sistemica dei fattori che influenzano la salute, per esempio, di una popolazione che vive in un determinato luogo<sup>2</sup>.

**Fig. 1. Modello epidemiologico sistemico**



Come si vede nel modello grafico del grande sistema, i fattori esogeni che possono influire sulla salute di un individuo e di una collettività sono riuniti in sei grandi gruppi o sottosistemi: quello demografico, quello meteorologico-climatico, culturale, socio-economico, geo-ecologico, insediativo.

È evidente che ciascun sottosistema è composto a sua volta da numerosissimi fattori: per esempio, in quello demografico pos-

<sup>2</sup> WHO Bureau Regional de l'Europe, Copenaghen, *Le Role des facteurs geographiques dans la planification des programmes de santé*, Heidelberg, 22-25 avril 1975 (ICP/SHS 006).

sono essere considerati la densità della popolazione, la composizione per età, le migrazioni ecc., ma anche la disponibilità di risorse ricreative e di strumenti per il risanamento ambientale, le strutture ospedaliere e di assistenza sanitaria esistenti ecc.

Tra i fattori compresi nel sottosistema insediativo si possono indicare l'urbanizzazione, lo sviluppo rurale, la sovrappopolazione, l'inquinamento dell'aria, la forestazione ecc.

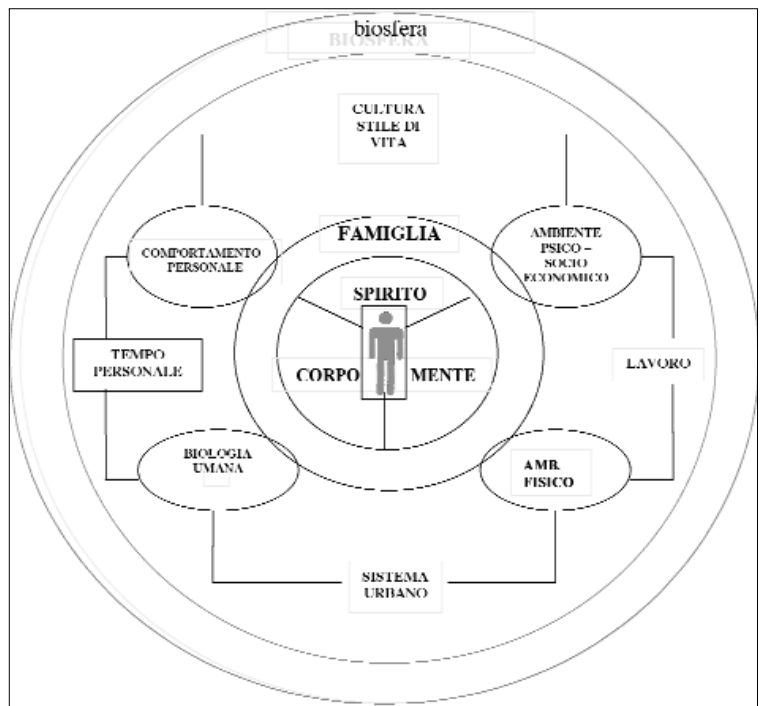
Tra i fattori del sottosistema socio-economico, quelli legati all'industrializzazione, all'agricoltura e al commercio, alla nutrizione, ai salari, alle organizzazioni del lavoro ecc.

Tra i fattori del sottosistema culturale si possono indicare quelli legati all'educazione, alle tradizioni, alle religioni, alle situazioni politiche e ai modelli culturali (alimentazione, uso di tabacco, alcool, droghe ecc.), agli stress, modi di vivere ecc.

Altrettanto complesso risulterebbe il sistema e i sottosistemi riguardanti i fattori endogeni che possono influire sulla salute umana se si tentasse ora di sintetizzarlo.

Un altro modello che può essere utile per capire ciò che determina la salute e come si può intervenire è riportato nella fig. 2: il Mandala della Salute<sup>3</sup>.

**Fig. 2. Il Mandala della Salute**



<sup>3</sup> T. Hancock, *The Mandala of Health: a Model of the Human Ecosystem*, in «Fam. Comm. Health», 8 (3), 1985, pp. 1-10.

Una tale visione sistemica della salute umana (o della non-salute) ha portato o meglio ha riportato in primo piano la necessità di adottare nei confronti dei problemi dell'uomo l'approccio «olistico», cioè unitario e globale, mettendo in evidenza i limiti delle tendenze «atomiche o atomizzanti» della medicina contemporanea, caratterizzata, com'è noto, da «riduttivismo» (tutto si spiega partendo dalla cellula), da «frazionismo» (proprio delle specializzazioni mediche) e da «scissionismo» (il corpo da una parte, la mente da un'altra parte).

Purtroppo, la formazione del medico «curante» viene tuttora orientata prevalentemente nelle scuole di medicina verso l'analisi dei sistemi corporei e secondariamente ai problemi della mente dell'individuo, riservando una minore o assai scarsa attenzione alle relazioni dell'uomo con i sistemi bio-fisici, sociali, comportamentali che hanno rilevanza essenziale nell'intervento preventivo, riabilitativo e soprattutto nell'intervento per la promozione della salute.

Il modello culturale e operativo medico di cui sopra sembra in crisi di cambiamento nei vari Paesi<sup>4</sup> e sarebbe auspicabile che la crisi del modello evolvesse verso la multidimensionalità, ma non sembra che ciò stia per accadere se si considera che al contrario va consolidandosi un ulteriore interesse riduzionistico estremo, subcellulare, verso la medicina e la biologia molecolare, a scapito della dimensione olistica/sistemica/multidimensionale/ecologica/sociale/comunitaria della medicina, che viene suggerita da un lato dall'epidemiologia contemporanea e, dall'altro, dalle teorie moderne riguardanti l'approccio bio-psicosociale dell'uomo, inserito nelle sue comunità di appartenenza: la comunità famiglia, la comunità del lavoro, del tempo libero, del quartiere ecc.

Evidentemente gli ostacoli culturali che si oppongono alla realizzazione di una nuova Sanità pubblica ispirata e coerente con la visione sistemica anzidetta della salute restano notevoli, cui si devono aggiungere gli ostacoli strutturali ed economici o di mercato che si oppongono a loro volta alla necessità di riorientare i sistemi di servizi sanitari, concepiti finora per la diagnosi e la cura di malattie e non anche per la promozione della salute umana.

La prevenzione, la diagnosi e la cura di malattie si basano, ovviamente, sulle conoscenze riguardanti la loro «patogenesi», mentre la promozione della salute intesa come benessere fisico,

<sup>4</sup> B. Paccagnella, *Changing Mentality in Medical Education*, in U. Laaser, R. Senault, H. Viefhues, *Primary Health Care in the Making*, Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1985.



mentale e sociale non può che basarsi sulle conoscenze riguardanti i fattori che generano salute, cioè la «salutogenesi»<sup>5</sup>. Queste due componenti del concetto attuale di salute (quella negativa, assenza di malattia, e quella positiva, completo benessere) sono come due facce di una stessa medaglia, le quali si differenziano acutamente nel momento applicativo e operativo perché impongono di adottare due diversi atteggiamenti e due diverse dinamiche: quella «contro» le cause di malattia e quella a «favore o a sostegno» delle «cause» di salute.

Finora le esperienze dimostrano che i servizi sanitari tradizionali «esperti nella patogenesi» continuano a operare per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie e altri servizi e altri operatori si interessano della promozione della salute essendo ancora forte l'avversità nei riguardi della reciproca integrazione multidisciplinare e/o interdisciplinare. I motivi culturali di resistenza sono evidenti, ma le ragioni che rendono difficile l'approccio olistico, globale, unitario, ai problemi dell'individuo e della comunità sono più complesse. Comunque sia, è importante indicare qui uno dei punti critici dello sviluppo indotto dal nuovo concetto di salute e dalla transizione epidemiologica, che insieme indicano il bisogno di *more care than cure*, cioè più assistenza che cura, mediante servizi sanitari e sociali integrati. Forse questi ostacoli potranno essere superati nel medio-lungo periodo di tempo.

### 3. Ulteriori contributi dell'OMS

L'OMS ha approfondito e ampliato notevolmente, durante gli ultimi decenni, le conoscenze sul concetto di salute mediante programmi di ricerca e programmi operativi di vasto respiro, con l'apporto scientifico e tecnico di molte commissioni internazionali formate da studiosi ed esperti, mediante congressi, conferenze, gruppi di studio che hanno fornito importanti contributi scientifici e suggerimenti strategici per le politiche sanitarie degli Stati membri dell'Organizzazione ai fini della pratica applicazione del nuovo concetto di salute e della formulazione di piani operativi concreti per la promozione della salute intesa come benessere.

A questo proposito, un importante programma di strategia globale fu approvato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel

<sup>5</sup> A. Antonovsky, *Health, Stress and Coping*, San Francisco, Jossey-Bass, 1979; Id., *The Sense of Coherence as a Determinant of Health*, in «Advances», 1 (3), 1984, pp. 36-50.

1979, con lo scopo generale di «promuovere il raggiungimento da parte di tutti, in tutto il mondo, di un livello di salute che permetta a tutti di vivere una vita socialmente ed economicamente produttiva». Quel programma, indicato con lo slogan «Salute per tutti nell'anno 2000», fu basato sui seguenti fondamentali valori e principi:

- assicurare alle popolazioni l'equità nei confronti della salute (intesa ovviamente come precisato nell'art. 1 dello Statuto);
- aggiungere vita agli anni facendo in modo che le persone possano raggiungere e utilizzare la massima potenzialità fisica, mentale e sociale;
- aggiungere salute alla vita riducendo il numero e la durata delle malattie e disabilità;
- aggiungere anni alla vita aumentandone la speranza o la durata.

Negli anni seguenti l'Ufficio dell'OMS per l'Europa predispose dei «modelli» di programmazione sanitaria che fornivano esempi utili di metodologia ai vari Stati e suggerivano indicatori utili per il monitoraggio e la valutazione dei programmi stessi di promozione della salute. Quei documenti dimostrarono concretamente la coerenza dell'indirizzo politico dell'Organizzazione con i principi statutari e con i concetti di base.

Per esempio, nel documento dedicato agli *Obiettivi specifici di supporto alla strategia regionale europea di salute per tutti* (OMS, Ufficio per l'Europa, Copenaghen, 1985)<sup>6</sup> fu dimostrato che il grado di salute può essere misurato in termini di abilità con la quale un individuo o un gruppo di persone è in grado di realizzare le sue aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e, da un altro lato, di affrontare ed eventualmente di cambiare l'ambiente in cui vive.

In questo modo venne messa in evidenza un'interessante evoluzione del concetto di base, secondo il quale la salute poteva essere vista come una risorsa della vita di ogni giorno e non come un obiettivo da raggiungere. Si trattava di un ulteriore passo avanti che poneva l'accento sulle capacità delle persone, mantenendo fermo il concetto base di salute, anzi, estendendolo e indicando una strada possibile e pratica per misurare, con adeguati indicatori, il grado di salute degli individui e dei gruppi.

Compito dell'Agenzia tecnica dell'ONU è sempre stato quello di indicare agli Stati le vie per adottare strategie di promozione della salute. La continuità dell'impegno dell'OMS ha messo in evidenza gradualmente vari nodi di questo processo.

<sup>6</sup> WHO Regional Office for Europe, *Targets for Health for All - Targets in support of the european regional strategy for health for all*, Copenaghen, 1985.

A questo proposito è importante ricordare che negli anni ottanta fu raggiunto il consenso sulla seguente affermazione:

Senza pace e giustizia sociale, senza cibo sufficiente e acqua, senza un'educazione e un'abitazione decente, senza che ognuno e tutti abbiano un ruolo da svolgere nella società e senza un reddito adeguato non ci può essere salute, né crescita reale, né sviluppo sociale.

Non fu immediato il consenso su questi punti che furono indicati come «pre-requisiti della salute». Alcuni di essi rientravano già tra i diritti umani riconosciuti, ma in particolare, ad esempio, ci furono delle lunghe discussioni sul primo punto, quello riguardante la pace, perché in quegli anni alcuni sostenevano che in quel periodo storico era stato raggiunto ormai un equilibrio politico tra gli Stati, assicurato dalle armi atomiche, che non avrebbero consentito altre guerre con la sopravvivenza delle parti. Quindi non sembrava più opportuno indicare quel pre-requisito, o per lo meno il pre-requisito pace per la salute non era da collocare al primo posto. I fatti hanno dimostrato il contrario.

A parte questa considerazione, l'identificazione dei cosiddetti pre-requisiti rappresentava un'ulteriore tappa nell'evoluzione del concetto di salute e faceva constatare, con disappunto di qualcuno, che la principale responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi riconosciuti come pre-requisiti della salute stava al di fuori del settore sanitario, il quale era stato ritenuto per antica tradizione l'esclusivo tutore e unico responsabile della salute, ovviamente finché questa era stata concepita soltanto come assenza di malattia.

Nel 1974, il programma politico del Governo del Canada presentato dall'allora Ministro della Sanità, Marc Lalonde<sup>7</sup>, aveva suscitato molto interesse e ha avuto una forte influenza sull'evoluzione delle conoscenze intorno al concetto di salute perché aveva posto l'accento su una domanda che tutti si ponevano: «Che possiamo fare, come possiamo agire praticamente, concretamente, per migliorare la salute delle nostre popolazioni?». Quel programma politico diede un contributo importante alla strutturazione razionale e allo sviluppo delle conoscenze scientifiche perché dimostrava che sull'ambiente totale (cioè fisico, biologico, occupazionale, sociale, economico...), sugli stili di vita, sui diversi fattori biologici e sulle caratteristiche dei servizi che venivano resi disponibili alle popolazioni, si poteva intervenire

<sup>7</sup> M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Health and Welfare Canada, 1974.

attivamente in modo coerente con l'obiettivo generale di tutelare e promuovere la salute. Su quella strada si sono poi sviluppati gli studi intorno ai fattori considerati *determinanti* per la salute.

Un'ulteriore tappa nell'evoluzione del concetto di salute quale fondamentale diritto umano fu fissata dalla Carta di Ottawa, prodotta alla fine della 1<sup>a</sup> Conferenza internazionale sulla promozione della salute (1986)<sup>8</sup>, seguita da altre Conferenze internazionali sullo stesso tema, riguardanti in particolare la politica per la salute (Adelaide, 1988), gli ambienti di sostegno della salute (Sundsvall, 1991) e, nella 4<sup>a</sup> Conferenza – che proiettò la promozione della salute verso il XXI secolo (Jakarta, 1997) –, i «Nuovi attori per una Nuova Era». Come si vede, l'OMS è stata sempre la protagonista in questo campo.

Le strategie delineate dalla Carta di Ottawa si basano, nel complesso, sulla realizzazione di azioni nelle seguenti aree, così indicate:

- costruire una politica pubblica per la salute;
- creare ambienti di sostegno;
- rafforzare l'azione della comunità per la salute;
- sviluppare le capacità delle persone;
- ri-orientare i servizi.

L'approccio strategico allo sviluppo della salute umana mediante il cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche risulta molto più efficace, come è stato confermato nelle varie Conferenze internazionali, se l'approccio è globale rispetto alle singole azioni. In ogni caso la partecipazione attiva e cosciente delle popolazioni è certamente essenziale per sostenere l'azione di promozione della salute; perciò l'educazione alla salute è stata sempre considerata uno strumento di primaria importanza.

Per partecipazione si intende un certo tipo di presenza attiva e consapevole della popolazione che le consenta di essere e operare non come semplice «oggetto», ma quale «soggetto» in qualche misura corresponsabile e codeterminante di tutte le decisioni sociali che sempre più direttamente e pesantemente la coinvolgono.

### 3.1. La promozione della salute

La Carta di Ottawa (1986) ha fornito dei chiarimenti importanti su questo punto e perciò essa rappresenta una delle tappe importanti nell'evoluzione del concetto di salute perché ha

<sup>8</sup> WHO, Ottawa Charter for Health Promotion, 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada, 17-21 November 1986.

chiarito che la promozione della salute è un processo sociale e politico che comprende non soltanto le azioni per rafforzare e sviluppare le capacità e abilità delle persone di affrontare la vita, ma anche l'azione rivolta a cambiare le condizioni ambientali, sociali ed economiche in modo che risultino vantaggiose o favorevoli al miglioramento della salute pubblica e della salute individuale, in altri termini al miglioramento della qualità della vita.

Le aree strategiche di azione sono quelle indicate sopra schematicamente e tutto il processo deve essere sostenuto e difeso con chiarezza e fermezza; tutta la popolazione deve essere messa nelle condizioni di partecipare con tutte le sue forze, e i vari interessi sociali ed economici, che sono spesso contrastanti, debbono trovare punti di mediazione. Quindi la promozione della salute è un processo, né semplice né facile, ma possibile se c'è volontà e piena consapevolezza.

### **3.2. La cultura della salute**

Cultura della salute, in coerenza con il concetto attuale di salute, significa promuovere un sistema culturale basato su elementi cognitivi, credenze, valori e norme, schemi di comportamento che tutelino e promuovano la salute, che non producano malattie del corpo e della mente, cioè un sistema culturale che porti o riporti la fiducia sulle capacità e responsabilità individuali e collettive di controllare e promuovere la salute come una risorsa per vivere bene e per realizzarsi nella vita.

Dunque anche l'educazione alla salute, sopra accennata, si configura come un intervento sociale che tende a facilitare il cambiamento consapevole e durevole dei comportamenti identificati come di rischio per la salute e tende anche a facilitare le scelte positive ovvero l'adozione di comportamenti sani. Ma nel contesto della promozione di salute l'intervento educativo non è rivolto soltanto alle persone singole bensì anche a gruppi e intere comunità che devono assumere la consapevolezza nei riguardi delle cause ambientali, sociali ed economiche che possono essere responsabili di salute oppure di malattie. La popolazione deve essere informata nel processo di cambiamento in modo corretto e onesto, il che non è facile nell'epoca del consumismo sfrenato e dei persuasori più o meno occulti, quasi mai interessati alla salute della popolazione.

### 3.3. Il benessere spirituale

Non si può dimenticare che, negli ultimi tempi, è stata data importanza a un'altra dimensione della salute, quella spirituale, e anche questa dimensione andrebbe collocata nell'ambito del diritto perché tutti dovrebbero avere accesso alle risorse di base per il benessere, incluso il benessere spirituale.

Dalle recenti pubblicazioni scientifiche sul tema «spiritualità e medicina» risulta che la spiritualità viene vista per lo più come una parte complessa e multidimensionale dell'esperienza umana, avendo aspetti cognitivi, esperienziali e comportamentali.

Gli aspetti cognitivi o filosofici comprendono la ricerca del senso, dello scopo, della verità nella vita e comprendono le credenze e i valori secondo i quali l'individuo vive.

Gli aspetti esperienziali ed emozionali comprendono le sensazioni di speranza, amore, appartenenza, pace interna, conforto, sostegno. Questi aspetti si riflettono sulla qualità delle risorse interiori dell'individuo e sulle sue relazioni con se stesso, con la comunità, con l'ambiente, con la natura e il trascendente.

Gli aspetti comportamentali della spiritualità comprendono i modi con cui una persona manifesta le credenze spirituali individuali e lo stato spirituale interiore. Molte persone promuovono la spiritualità attraverso la religione oppure attraverso una relazione personale con il divino, mentre molte altre possono promuoverla attraverso un rapporto con la natura, con la musica e le arti, attraverso una serie di valori e di principi oppure attraverso la ricerca delle verità scientifiche.

Si può comprendere che nel processo per la tutela e la promozione della salute la spiritualità può aiutare a sopportare il dolore, ad affrontare la morte, a sopportare le cure, a resistere e superare malattie e difficoltà della vita e può aiutare anche a migliorare la condizione di benessere, che a sua volta aumenta il piacere di vivere.

Qualcuno pensa che questa dimensione della salute possa essere collocata nell'ambito generale del concetto di benessere mentale e sociale, altri invece ritengono che il benessere spirituale possa essere specificato in aggiunta e distintamente tra le componenti della salute specificate nello Statuto dell'OMS (l'art. 1 dello Statuto non è stato finora modificato).

#### 4. Utopia?

A questo punto si può concludere questa analisi sintetica e cronologica dell'evoluzione del concetto di salute durante la seconda metà del XX secolo, fino agli albori del nuovo secolo.

Si potrebbero formulare delle ipotesi sulle eventuali evoluzioni future del concetto soffermandosi, per esempio, su alcuni programmi e progetti dell'OMS in corso di svolgimento, che attualmente si propongono di tradurre in pratica il concetto di promozione della salute e in questo modo consentono di approfondire le idee e di proporre interventi e azioni sempre più efficaci. Sono progetti legati ai luoghi: città sane, scuole per la promozione della salute, ospedali per la promozione della salute, luoghi di lavoro e mercati per la promozione della salute, piani di azione come quelli sull'alcool, tabacco, sulla vita attiva e sull'invecchiamento sano. A livello locale si constata con maggiore immediatezza che la gran parte degli strumenti che condizionano la salute dipendono da settori diversi da quello della medicina e la visione di insieme nei singoli luoghi potrebbe fornire delle indicazioni su quelle che potranno essere le caratteristiche di una nuova Sanità pubblica, che non cura soltanto le malattie ma promuove anche la salute con il coinvolgimento dei settori non sanitari che hanno responsabilità in questo campo.

E ci si può chiedere se la nuova concezione di salute intesa come stato di completo benessere fisico, sociale, mentale e, perché no, di benessere spirituale possa essere collocata come ideologia o come utopia tra le categorie trascendenti la realtà, tenendo conto delle esperienze pratiche finora disponibili. Secondo alcuni filosofi e sociologi, il criterio di distinzione tra ideologia e utopia è la loro realizzazione nella storia. Sono da riguardarsi come ideologie le idee che si dimostrano in seguito soltanto delle rappresentazioni mascheranti un ordine sociale passato; mentre debbono essere considerate utopie le idee che si concretano positivamente nella successiva situazione sociale.

L'utopia, per quel suo carattere di rottura nei confronti della realtà esistente, rappresenta un fenomeno ad azione rivoluzionaria, mentre l'ideologia è un fenomeno che contribuisce al consolidamento dell'ordine esistente. Le ideologie sono idee situazionalmente trascendenti che non riescono mai *de facto* ad attuare i progetti in esse impliciti (si pensi, per esempio, alla democrazia), mentre le utopie sono sistemi di idee che riescono

a trasformare l'ordine esistente in uno più confacente con le proprie concezioni<sup>9</sup>.

Chi scrive si sente propenso a classificare l'idea della salute umana come completo benessere fisico, sociale, mentale e spirituale tra le utopie piuttosto che tra le ideologie, perché si è visto finora che riesce a trasformare in qualche modo l'ordine esistente; ma la risposta a questo quesito sarà meglio affidarla ai filosofi e ai sociologi.

<sup>9</sup> B. Cattarinussi, in *Dizionario di Sociologia*, Milano, Edizioni Paoline, 1976.