



UNA BUSSOLA PER IL RILANCIO DEL SSN

Il sessione - La distorsione culturale: la medicalizzazione della vita

PER UN SSN SALUTOGENO
centrato sul cittadino singolo e associato

Marco Ingrosso

Università di Ferrara

Distorsione culturale

Orientamento patogenico: ontologizzazione, esternalizzazione, individualizzazione della malattia (Wulf et al., 1995)

Equivoco che nella formazione e visione medica (e per estensione in tutto l'ambiente sanitario) si debba fare ricorso ad un **uso esclusivo** del paradigma riduzionista [tecnici asettici dell'intervento biologico o professionisti della salute e della cura?]

EFFETTI:

Medicalizzazione: distorsione della percezione del soggetto, dei suoi bisogni e della sua sofferenza

Passivizzazione: rapporti di cura asimmetrici (paternalismo, tecnicismo); mancata percezioni delle risorse soggettive, ambientali e salutogeniche;

Sanitarizzazione: trattamento univoco in termini sanitari e mancata visione integrata e complessa dell'insieme degli interventi di cura

Correttivi al paradigma riduzionista

- **Integrazione sistemico-complessa del paradigma medico** (grossi problemi nella medicina generale, geriatria, pediatria, in prevenzione e promozione della salute, nella medicina personalizzata-4P);
- *Il soggetto nel suo ambiente*: sviluppo di una **visione d'insieme, complessa e relazionale del soggetto**, delle sue esigenze, del suo punto di vista, delle sue sofferenze, delle sue risorse e capacità, delle sue reti e contesto di vita;
- *La cura*: assunzione di una **visione multidimensionale e multiprofessionale della cura** e sue componenti relazionali, comunicative, ambientali
- *La salute*: Affiancamento ad una visione centrata sul contenimento dei processi patogenici, una complementare di **stimolo dei processi salutogenici**

Orientamento salutogenico: stimolare processi di genesi e rigenerazione della salute attraverso il coinvolgimento del soggetto, del suo ambiente di vita, di forme organizzate di azione e intervento sociale

Genesi dell'orientamento salutogenico

- **Alma Ata, 1978:** la salute si genera laddove «**le persone vivono, lavorano, amano, giocano**»
- **Carta di Ottawa, 1986:** riorientare le politiche di salute pubblica in termini di **promozione della salute** (soggetto, comunità, ambienti di vita favorevoli, ecologia ambientale, riorientamento dei servizi sanitari)
- **Antonowsky, 1996:** la promozione della salute come sviluppo di **processi salutogenici** nella *formazione* del soggetto in tutte le età della vita e nelle *risorse di resistenza ambientali*
- **Huber, 2010 e segg:** **nuova definizione di salute e estensione dell'orientamento salutogenico**

Salutogenesi:

origine e rigenerazione della salute

Sviluppato da Aaron Antonovsky:

studi su stress, coping, capacità di adattamento attivo
(Health, Stress and Coping, 1979)

studi sui fattori sociali, determinanti della salute, stili di vita salutari
(Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well, 1987)

La salutogenesi è rilevante per la promozione della salute
(non solo benessere ma apprendimento-cambiamento in seguito ad eventi)
ma anche per il sostegno del soggetto nel corso dei percorsi di cura
(interventi ambientali, pratiche salutogeniche)

Salutogenesi:

- Si differenzia da *patogenesi* (tipica del positivismo bio-medico)

Tre assunzioni:

- I. Necessità di **ADATTAMENTO o di COPING** di fronte a varie problematiche della vita, quindi capacità personale di *resistenza e vitalità* (*sense of coherence*) per ritrovare equilibrio, coerenza, soluzioni adeguate;
- II. “**SALUTARY FACTORS**” (o *health promoting factors*) ossia **risorse** di ogni tipo che possano risultare **neghentropiche** (riportare sotto controllo una situazione caotica)
- III. “**HEALTHY/DIS-EASE CONTINUUM**”: diversa visione della salute, non dualista ma di *coesistenza e contrasto* fra ben/malessere, saluto/patogenesi; genesi dell’ordine/genesi dell’entropia

PROPOSTE 1:

Contesto pre-Covid:

- I cittadini lamentano: incuria verso i pazienti (37%); atteggiamenti sgarbati (32%); maltrattamenti (12,3%); difficoltà a ricevere informazioni sul proprio stato di salute (9,8%) (XXII Rapporto Pit Salute 2019)
- “**medicina difensiva**” e “**crisi di fiducia**” fra medico e paziente (Cosmacini, 2013; Flamigni e Mengarelli, 2014)
- **Aggressività e violenza** vs professioni sanitarie
- **Ragioni sociali del “ruolo attivo”** e dell’obsolescenza del ruolo di “paziente”

Durante Covid:

- Si sono alternate situazione di **totale abbandono e disumanizzazione** dei setting sanitari con altre di **grande coinvolgimento e impegno** anche relazionale del personale:
NUOVA PERCEZIONE SOCIALE DELLA MEDICINA E SANITÀ

PERSONALIZZAZIONE e PARTNERSHIP

OBIETTIVO: sviluppare **forme di cura integrate** e più personalizzate, capaci di **coinvolgere** la persona e le sue reti nel percorso di cura e stabilire forme di **collaborazione** e partnership fra curanti e curati:

- Promuovere un **piano di incentivi** per avviare progetti e esperienze relative al miglioramento della comunicazione, del coinvolgimento e della collaborazione fra personale sanitario e cittadini
- Promuovere **sperimentazioni e ricerche** sull’applicazione di nuove modalità di relazioni di cura nei setting sanitari ospedalieri e territoriali (*medicina narrativa, engagement, co-produzione della cura, budget di salute, ecc.*)
- Promuovere la **formazione** sulla gestione delle relazioni di cura (e sui conseguenti diritti-doveri reciproci) rivolti sia alla cittadinanza sia al personale socio-sanitario
- Costituire un **tavolo di lavoro presso l’ISS** che rediga un *Rapporto annuale sui rapporti di cura* e sostenga lo sviluppo della sperimentazione

PROPOSTE 2:

Contesto post-Covid:

- Malessere personale e collettivo diffuso
- Diverse età coinvolte
- Prospettiva *life course* e *salutogenica in PdS*
- Esperienze della “Città sane” (ruolo dei Comuni)

PROMOZIONE COMUNITARIA DELLA SALUTE

- **Dotare le Comunità locali di team multidisciplinari di promotori di salute con risorse adeguate:**
- **I team territoriali si coordinano con i:** servizi sanitari e sociali territoriali (*Case della Salute/della Comunità*), con la scuola, con gli ambienti di lavoro e con quelli del tempo libero, con le reti associative, coi centri giovanili, con le società sportive amatoriali, con gli operatori delle pratiche mente-corpo, con gli operatori culturali stabilendo nuove connessioni e progettazioni
- **per sviluppare progetti di rete e comunitari** in aree attinenti il benessere sociale, il disagio, l’inclusione, lo sviluppo della cura di sé e degli altri rivolte alle diverse fasce d’età e condizioni sociali

PROPOSTE 3:

Contesto post-Covid:

- Aumento **povertà e solitudini**
- **Reti sociali corte e sfilacciate:** contrazione del capitale sociale
- Necessità di ripensare l'**abitare** dotando i quartieri e le comunità locali di maggiori infrastrutture, maggiore autosufficienza, rivalutando i contesti di solidarietà e vicinato
- nuove forme dell'**abitare** (vivibilità, co-housing, sostenibilità, ecc.)

PROSSIMITÀ E PARTECIPAZIONE

- **Prossimità** come «andare verso» con una visione d'insieme, superando l'organizzazione a sportello e prestazionale
- **Sociale:** esperienze delle microaree a Trieste, ma varie le sperimentazioni in atto; **Medicina generale** d'iniziativa e di comunità: **dotarsi di coordinamenti di area o quartiere** nelle Case della Salute/della Comunità
- **Partecipazione** come forme di aggregazione, reciprocità, responsabilizzazione, decisionalità dei residenti, delle forme aggregative e istituzionali intermedie, del Terzo settore
- Necessarie **forme di autogestione e governance partecipata** dei servizi
- Nuovo ruolo delle **istituzioni rappresentative** nell'indirizzo dei processi di benessere sociale e di salutogenesi

Superare la distorsione culturale

(Medicalizzazione, Passivizzazione, Sanitarizzazione)

- **La via salutogena delle 5 P** (*personalizzazione, partnership, promozione, prossimità, partecipazione*)
- si traduce in **maggiori risorse personali, relazionali, collaborative, associative, comunitarie, istituzionali disponibili per la salute**
- è necessario adottare una **visione della salute, della cura, del welfare più globale e integrata, più resiliente e salutogenica, più complessa e collaborativa**
- La **sociologia** si fa carico di sviluppare e applicare questa visione nei vari *setting* in cui è chiamata a operare e collaborare