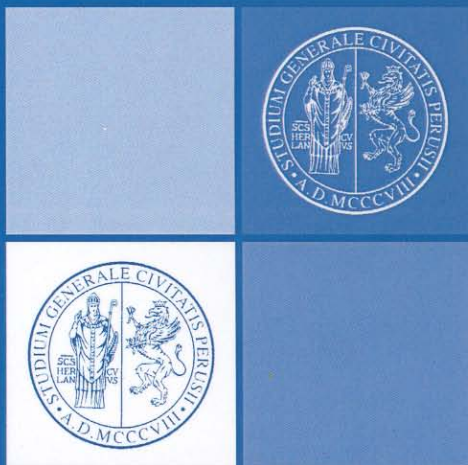


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria
dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, DCB Perugia



Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
Editore

Modalità di abbonamento

Editore: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia
tel. 075.41508 - 075.5857355-7 / fax 075.5857361

Registrazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Abbonamento 2013 (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartacco € 57,00 / on-line € 50,00

Privati: cartacco € 42,00 / on-line € 30,00

Soci S.It.I.: cartacco € 26,00 / on-line € 18,00

Estero: cartacco € 65,00 / on-line € 55,00

Un fascicolo separato: cartacco € 15,00 / on-line € 8,00

Il pagamento potrà essere effettuato su: Conto corrente postale n.10999068

oppure

Conto corrente bancario

UniCredit BANCA - Agenzia di Perugia - Elcc

IBAN: IT 81 U 02008 03037 000040871543

intestati a Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia

oppure on-line:

http://www.antropologiamedica.it/cditoria_riviste.php

Per eventuali informazioni e ulteriori richieste

Ufficio abbonamenti: Maria Margherita Tinarelli

e-mail: tinarelli@antropologiamedica.it

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

strada Ponte d'Oddi, 13 / 06125 Perugia

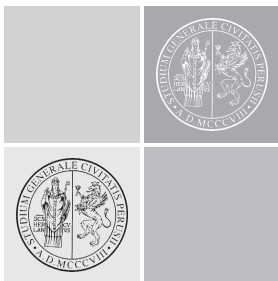
tel.: 075.41508 / fax 075.5857361

Tipografia

Grafiche Sabbioni s.n.c.

voc. Braccione, Trestina (Perugia)

tel.: 075.854186



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 57, n. 3, luglio-settembre 2013

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-56-55 - fax: 075.5857361 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / www.unipg.it/csesi

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo, Azienda Sanitaria n. 2, Regione Umbria

Presidente del Comitato scientifico: Maria Antonia Modolo, Università degli studi di Perugia

Redattore capo: Lamberto Briziarelli, Università degli studi di Perugia

Segretario di redazione: Paola Beatini, Università degli studi di Perugia

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Comitato scientifico: Bruno Benigni, Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" (Arezzo) / Mario Bertini, Società italiana di psicologia della salute, già professore di psicologia, Sapienza Università di Roma / Francesco Blangiardi, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione AUSL n. 7 della Sicilia (Ragusa) / Sabrina Boarelli, Ufficio scolastico regionale per l'Umbria / Antonio Boccia, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Francesco Bottaccioli, Società italiana di psiconeuroimmunologia (Roma) / Lamberto Briziarelli, già professore di igiene, Università di Perugia / Antonio Cappelli, Centro italiano ricerca sui servizi sanitari e sociali (Roma) / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS (Roma), professore di sociologia della salute, Sapienza Università di Roma / Paolo Contu, professore di igiene, Università di Cagliari / Michele Conversano, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Taranto / Giorgio Cosmacini, professore di storia della medicina, Università Vita-Salute San Raffaele (Milano) / Claudio Cricelli, Società italiana di medicina generale / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di neuroscienze, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" (Milano) / Paola Di Nicola, professore di sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Verona / Floriana Falcinelli, professore di didattica generale e tecnologie dell'istruzione, Università di Perugia / Carlo Favaretti, Health promoting hospital & health services network, Azienda ospedaliera-universitaria "Santa Maria della Misericordia" (Udine) / Luigi Ferrannini, Società italiana di psichiatria, Dipartimento di salute mentale, ASL n. 3 della Liguria (Genova) / Irene Figà-Talamanca, già professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Fabrizio Fornari, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Salvatore Geraci, Area sanitaria della Caritas Diocesana Roma / Mariano Giacchi, professore di igiene generale e applicata, Università di Siena / Guido Giarelli, European society for health and medical sociology, professore di sociologia generale, Università Magna Graecia (Catanzaro) / Margherita Giannoni, professore di economia sanitaria, Università di Perugia / Marco Ingrosso, professore di sociologia generale, Università di Ferrara / Domenico Lagravinese, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio italiano sulla salute globale, professore di politica sanitaria internazionale, Università di Firenze / Maurizio Mori, già professore di medicina di comunità, Università di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società italiana di psicologia della salute, professore di psicologia generale, Università di Bologna / Walter Ricciardi, European public health association, professore di igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) / Paola Rivosecchi, professore di metodologia epidemiologica e igiene, Università di Perugia / Roberto Romizi, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente / Tullio Seppilli, già professore di antropologia culturale, Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Paolo Siani, Associazione culturale pediatri, Ospedale Cardarelli (Napoli) / Gianfranco Tarsitani, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Maria Teresa Tenconi, professore di igiene, metodologia epidemiologica e medicina di comunità, Università di Pavia / Maria Triassi, professore di igiene generale e applicata, Università Federico II di Napoli / Enrico Tempesta, Osservatorio permanente giovani e alcol, Roma / Maria Giovanna Vicarelli, professore di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università Politecnica delle Marche (Ancona) / Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale, Università di Perugia.

Comitato di redazione: Sandro Bianchi, Associazione culturale pediatri (sezione Umbria) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Fausto Francia, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Bologna / Patrizia Garista, Università di Perugia / Edvige Mancinelli, Università di Perugia / Giuseppe Masanotti, Università di Perugia / Liliana Minelli, Università di Perugia / Giovanni Paladino, Università Federico II di Napoli / Damiano Parretti, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Rossana Pasquini, Università di Perugia / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Giancarlo Pochetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Tiziano Scarponi, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria.

	245	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriale</i>	247	Qualcosa di nuovo per Educazione sanitaria e Promozione della salute? Lamberto Briziarelli
<i>Monografia</i>	249	Attualità e riorientamento della Promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo Marco Ingrosso
	265	<i>Core competencies</i> per gli operatori della promozione della salute. Risultati del Progetto Europeo COMPHP Donatella Belotti, Giancarlo Pocetta, Laura Pilotto
	278	Il benessere soggettivo in tempi di crisi Sandro Stanzani
	291	Promuovere la salute ed il benessere in età adulta ed anziana attraverso il potenziamento delle Life Skills. Un percorso di ricerca-intervento Manuela Zambianchi, Pio Enrico Ricci Bitti
	308	Are you ready for dance/change? Il “Programma Interdipartimentale Promozione della salute” dell’Azienda USL di Modena: innovare l’organizzazione Giuseppe Fattori, Maria Monica Daglio, Marco Vanoli
	316	La Carta di Ottawa. Ancora oggi strumento di innovazione in Emilia Romagna Fausto Francia, Patrizia Beltrami

<i>Articoli</i>	322	Per un questionario europeo di indagine sui consumi alcolici e sui possibili danni correlati. Un'esperienza italiana Allaman Allamani, Maria Cristina Manca, Karin Pantzer, Ilaria Basetti Sani, Patrizia Ammannati
	335	Fattori alimentari ed antropometrici associati al rischio del tumore mammario implicazioni per la prevenzione primaria Adelaide Chiaravalloti, Simone Manfredelli, Fabrizio Giannandrea, Irene Petritsi Figà-Talamanca
<i>Recensioni</i>	356	
<i>Schede</i>	358	
<i>Documenti</i>	361	EuroHealthNet - Bruxelles, 10 settembre 2013. EuroHealthNet sollecita azioni più incisive: Il rapporto della Commissione europea sulle diseguaglianze in salute conferma che persistono gap dannosi e costosi tra gli Stati membri dell'Unione europea e al loro interno
<i>Notiziario</i>	365	Società Italiana per la Promozione della Salute. La promozione della salute in Lombardia. Primo incontro della delegazione Lombardia della Società Italiana per la Promozione della Salute. Milano 30 ottobre 2013 / 5° Convegno internazionale sulla Qualità del Welfare. La tutela degli anziani buone pratiche per umanizzare l'assistenza. Rimini, 18-19 novembre 2013 / Progetto MATTONE INTERNAZIONALE - WORKSHOP. Salute 2020: un nuovo approccio per il salute e il benessere in Europa. Roma 17-18 ottobre 2013 / II Corso di Formazione Internazionale, <i>Florence International Training Course</i> , Firenze 17-22 novembre 2013 / NOTIZIE IUHPE Giancarlo Pocetta, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli studi di Perugia

IN QUESTO NUMERO

In questo numero una *Monografia* per una riflessione e un'analisi sulla attualità e validità dei principi e modelli della promozione della salute individuati dalla Carta di Ottawa nel 1986, alla luce dei vasti cambiamenti culturali, sociali, economici ed ovviamente sanitari che hanno investito il nostro tempo.

Questione difficile e sicuramente non esplicabile ed esauribile in "alcune decine di pagine": ampi e complessi i suoi risvolti e le implicazioni nell'intero sistema sociale sui quali si sofferma *Lamberto Briziavelli* nel suo Editoriale introduttivo.

Aprè la serie di contributi l'importante saggio di *Marco Ingrosso* che ricostruisce - attraverso l'analisi dei documenti internazionali e della produzione scientifica su riviste e siti dedicati - le fasi di sviluppo della promozione della salute, aprendo a nuove prospettive emergenti che necessitano di essere caratterizzate da un atteggiamento generale che "dia senso alla salute" attraverso scelte etiche ed estetiche e adeguata capaci-

tà operativa.

In riferimento alla specifica area tematica della formazione postlaurea dei professionisti della promozione della salute nel nuovo contesto globale, *Gianni Pocetta et al* riferiscono sul progetto europeo CompHP finalizzato ad elaborare uno schema delle competenze di base che gli operatori coinvolti stabilmente in questo ambito dovrebbero possedere. Il progetto ha costruito al contempo un sistema di valutazione e di certificazione di accreditamento dei professionisti e dell'offerta formativa dedicata.

Il contributo di *Sandro Stanzani* affronta il tema delle ripercussioni della crisi economica sul benessere degli individui. La ricerca indaga la percezione dello stato di salute in relazione al peggioramento delle condizioni economiche; l'Autore individua strategie politiche di promozione della salute della comunità centrate sul rafforzamento della coesione sociale e sullo sviluppo di capitale sociale.

Si sono da tempo affermati programmi di

life skill education rivolti alla popolazione giovanile. La ricerca-intervento presentata da *Zambianchi e Ricci Bitti* descrive un percorso formativo che utilizza l'approccio del potenziamento delle life-skill negli adulti e negli anziani, al fine di ridurre in tale soggetti i rischi per la salute legati alla crescente complessità della società e alla precarizzazione dei percorsi biografici di vita. La metodologia si è rilevata efficace ed applicabile anche in queste fasce di età.

Gli ultimi due contributi della *Monografia* riportano esperienze di innovazione organizzativa che utilizzano i principi della promozione della salute in Emilia Romagna.

Giuseppe Fattori et al riferisce il Programma Interaziendale di promozione della salute nell'Azienda USL di Modena, esperienza di strutturazione organizzativa degli interventi attraverso il sostegno alle reti di relazioni e all'integrazione tra i soggetti interni ed esterni alla Asl: integrazione politica, tecnica e strategico-operativa.

Fausto Francia e Patrizia Beltrami riconducono ai cinque cardini della Carta di Ottawa gli interventi attuati in Emilia Romagna dai Servizi di Prevenzione: una testimonianza della validità della strategia di Ottawa per i professionisti sul territorio.

Seguono la monografia gli *Articoli* di *Allaman Allamani et al* e *Chiaravalloti et al*.

Allamanni descrive il contributo italiano al Progetto SMART finalizzato a costruire e testare un questionario alcologico per rilevare - attraverso una metodologia standardizzata a livello europeo - i consumi di bevande alcoliche e conseguenti danni. Sono riportati i risultati della sperimentazione italiana.

Una review della letteratura sul ruolo dell'ambiente e dell'alimentazione come fattori di rischio di tumore mammario, il contributo di *Adelaide Chiaravalloti et al*; particolare enfasi è posta sui fattori modificabili attraverso interventi di promozione ed educazione alla salute.

Editoriale

Qualcosa di nuovo per Educazione sanitaria e Promozione della salute?

Something new for Health Education and Health Promotion?

Lamberto Briziarelli
Redattore capo della Rivista

Con la ridenominazione della nostra rivista in “Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute” avevamo inteso allargare ulteriormente l’ambito concettuale e culturale in cui ci eravamo mossi lungo l’arco dei sessanta anni di vita, proseguendo la nostra continua ricerca di adeguamento ai cambiamenti del contesto in cui la nostra azione si svolgeva.

Abbiamo così aperto le collaborazioni, allargando lo spettro del giornale ben oltre il modello bio-psico-sociale della salute verso cui ci siamo sempre mossi. E così nei primi numeri della nuova programmazione abbiamo affrontato temi generali di contesto, dentro i quali hanno portato il loro contributo studiosi di discipline diverse dalle nostre di igienisti – seppure innovatori, come abbiamo cercato di essere – introducendo idee nuove, ed anche qualche volta controcorrente, magari divergenti dalle nostre.

In questo processo di rinnovamento/innovazione rispetto ad un mondo che si muove

a velocità vertiginosa, senza spesso sapere dove esattamente stia andando, con la parte monografica di questo numero abbiamo voluto aprire un grosso momento di discussione e riflessione sugli stessi fondamenti della nostra disciplina naturale – l’Educazione sanitaria/alla salute – e del suo contenitore primigenio, la Promozione della salute. Temi sui quali noi stessi ci eravamo interrogati ed avevamo presentato diversi contributi. Ma riteniamo che non sia sufficiente, occorre approfondire ulteriormente. Abbiamo quindi pensato di chiedere ancora altri lavori su questo tema a diversi dei nostri collaboratori, sottoponendo alla loro riflessione ed analisi questo interrogativo principale: **gli schemi culturali della Promozione della salute ed in essa dell’Educazione sanitaria/alla salute, i principi, modelli e metodi che ci hanno accompagnato sin dagli anni ‘80, da Ottawa ad oggi, sono ancora gli stessi? La loro applicazione operativa è la medesima?**

Come debbono muoversi coloro che operano verso questi fini?

Tenendo conto di quello che è successo nel contesto applicativo, con gli sconvolgimenti che hanno interessato negli ultimi trent'anni non solo il nostro Paese ma l'intero globo terrestre:

- un profluvio di nuove conoscenze scientifiche, in particolare sui determinanti di salute e malattia, nella loro più ampia accezione e l'incremento esasperato delle tecnologie hanno posto nuovi, grossi problemi al mondo della sanità e non solo;
- la crisi economica nell'ambito della globalizzazione ed i conseguenti mutamenti socio-economici (in aggiunta a quelli demografici e al movimento delle popolazioni) hanno messo in discussione obiettivi e programmi, organizzazioni e professioni;
- i mutamenti ambientali hanno turbato profondamente modi di pensare l'organizzazione sociale, nelle varie nicchie ecologiche;
- la crisi di rappresentanza delle popolazioni e il mutato rapporto con le organizzazioni intermedie della democrazia, come partiti, sindacati ed altri soggetti, hanno determinato necessariamente cambiamenti istituzionali;
- in questo quadro è stato messo in discussione il ruolo dei servizi pubblici e sono stati introdotti vari tentativi di ritorno alla privatizzazione, come anche un ripen-

samento ai modi di finanziamento;

- infine i profondi cambiamenti nelle forme e nelle modalità di comunicazione e di informazione – in particolare connesse con lo sviluppo della rete, dei *social network* e di forme autarchiche di aggregazione hanno posto forti interrogativi sui modelli comunicativi propri dell'educazione alla salute, della comunicazione e informazione sociale, del modo di formarsi della pubblica opinione.

La revisione dei temi concettuali e di fondo si riverberano poi sull'organizzazione, lo sviluppo dei servizi, le modalità operative, la formazione degli operatori e così via. Non riteniamo di approfondire questi punti, che saranno oggetto dei contributi richiesti.

Con questi interrogativi e su questi temi abbiamo ricevuto una prima serie di risposte, negli articoli che presentiamo, che non esauriscono l'intero pacchetto previsto nelle nostre intenzioni e che sarà completato nei prossimi numeri. Essi si muovono in diverse direzioni, anche con una certa distanza tra di loro.

Su questi contributi sollecitiamo, come già abbiamo fatto in passato, la discussione dei nostri lettori, aprendo un vero e proprio forum, del tutto necessario vista la complessità della materia e del momento che stiamo vivendo. Ogni contributo potrà fornire non solo punti di vista diversi ma ulteriori apporti al chiarimento delle problematiche ed alle possibili direzioni in cui andare.

Monografia

Attualità e riorientamento della Promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo

Relevance and reorientation of Health Promotion in contemporary social scenario

Marco Ingrosso

Marco Ingrosso

Professore ordinario di Sociologia della Salute e Direttore del Laboratorio di Studi sociali su Salute, Cura e Benessere sociale "Paracelso", Università di Ferrara

Parole chiave: promozione della salute, cura, continuum delle pratiche di salute

RIASSUNTO

Obiettivi: il saggio intende ricostruire le varie fasi di sviluppo della Promozione della salute (PdS), a partire da quella generativa, iniziata circa trent'anni or sono, fino a quella contemporanea, segnata dalla crisi globale. Vengono evidenziati i cambiamenti di contesto prodottisi, segnati da notevoli mutamenti epidemiologici, ecologici, tecnici, economici e culturali, che hanno depotenziato e distorto il modello di azione politico-sociale immaginato dalla Carta di Ottawa. A questa situazione si è risposto, nel primo decennio degli anni duemila, attraverso proposte che volevano accreditare la PdS come un'azione sanitaria efficace ed efficiente, ma anche con un'apertura al mercato in nome delle tendenze alla commercializzazione e individualizzazione delle pratiche di benessere diffuse nella società. Il saggio si chiede se confermare questo orientamento o ripensarlo alla luce delle nuove prospettive emergenti.

Metodo: analisi dei principali documenti internazionali sulla PdS e della produzione scientifica di alcune riviste e siti di riferimento nell'arco di circa trent'anni.

Risultati: nella fase recente, segnata dalla crisi, la salute resta un riferimento sociale condiviso molto rilevante che si situa all'interno di un *continuum* di pratiche che va dalla cura di sé, alla promozione della salute, all'intervento medico-sanitario a varia intensità, fino alla riabilitazione e all'assistenza nelle fasi terminali. Per questo la promozione non deve essere disgiunta dalla cura, intesa non in senso meramente tecnico, ma come impegno attento e responsabile a difendere, promuovere, ristabilire il benessere nonché affrontare le difficoltà poste dalla malattia. Il cambiamento di contesto deve stimolare non un semplice adeguamento ai trend esistenti, ma piuttosto un riorientamento che stimoli la capacità di "dare senso" alla salute a partire da significative scelte etiche ed estetiche sostenute da un'adeguata capacità operativa.

Key words: Health Promotion, care, continuum of health practices

SUMMARY

Objectives: This paper aims to reconstruct the various stages of development of Health Promotion (HP), from the generative period, started about thirty years ago, to contemporary times, marked by the global crisis. Context changes occurred are also analysed, marked by significant epidemiological, ecological, technical, economic and cultural transformations. They have weakened and distorted the pattern of political-social intervention imagined by the Ottawa Charter. This situation stimulated proposals, in the first decade of the new millennium, where they wanted to obtain credit to HP as an effective and efficient health action, but also with an opening to the market in the name of the commercialization and individualization of well-being practices spread in society. The essay asks if we have to confirm this orientation, or rethink it in the light of new emerging assumptions.

Method: Analysis of the main international documents on the HP and the scientific production of a number of magazines and reference sites over a period of about thirty years.

Results: In the recent phase, marked by the crisis, the health remains a very relevant social reference that lies within a continuum of practices ranging from self-care, health promotion, medical intervention at various intensity until the rehabilitation and assistance in the terminal stages. For this, promotion must not be separated from the care, understood not in a purely technical sense, but as a careful and responsible commitment to defend, promote, restore well-being and coping with challenges posed by the disease. The change of context should stimulate not just a simple adjustment to the existing trends, but rather a re-orientation that fosters the ability to “make sense” to health from significant ethical choices and aesthetic supported by adequate operational capacity.

Genesi, sviluppi, ripensamenti della Promozione della salute

La domanda sulla rilevanza assunta dalla Promozione della salute (PdS/HP), come movimento collettivo e sana politica pubblica, a circa trent'anni dalla sua elaborazione e lancio, nonché sulla sua attualità nel diverso contesto epidemiologico e sociale contemporaneo, difficilmente può avere risposte univoche sia perché essa abbraccia un insieme di realtà locali, nazionali, globali estremamente vaste ed eterogenee sia perché la PdS ha avuto interpretazioni e applicazioni molto diversificate, mutevoli e non sistematiche.

La *fase generativa e creativa* della Promozione della salute si è avviata nei primi anni ottanta attraverso elaborazioni realizzate da gruppi di lavoro in ambito dell'OMS-Euro-

pa ed applicazioni in paesi guida, come il Canada, l'Australia, i Paesi scandinavi (35). La nuova proposta prendeva spunto dai movimenti sociali attivi negli anni settanta (di salute pubblica, delle donne, ambientalista, di self-care/self-help, ecc.), nonché dalle elaborazioni della “Health for All” (Thirtieth WHA, Geneva, 2-19 May 1977), per perseguire uno *scenario ecologico di salute* (32, 11), ossia un nuovo orizzonte di interventi contrassegnato dallo sviluppo dell'ecologia ambientale e di quella sociale, capace di fare uscire la sanità dalla tradizionale caratterizzazione paternalista e ospedalocentrica per proiettarla verso una nuova combinazione di opportunità e risorse capace di valorizzare i saperi e le responsabilità personali, gli ambienti di vita quotidiana (scuola, lavoro, ..), l'associazionismo e le risorse

territoriali/comunitarie, i servizi di prevenzione, educazione e *primary care* posti a supporto di un nuovo modello d'azione (36). Gli scopi erano attinenti ad obiettivi: a) di salute pubblica (riduzione delle nuove problematiche comportamentali - fumo e droghe - e dei rischi di cronicità, promuovendo gli stili di vita più sani); b) di partecipazione e libertà individuale (le scelte sane facilitate e la promozione della *self-care*); c) di equità sociale (estensione di buone pratiche e creazione di nuove opportunità); d) di contenimento dei costi della sanità (i comportamenti sani - specie nell'età adulta e anziana - promettevano una limitazione degli interventi tecnici e assistenziali e dei relativi costi).

La fase creativa si è caratterizzata per la ricerca di un nuovo orientamento verso la salute: si è infatti parlato di salute "*in positivo*", di sviluppo del *potenziale* di salute, di capacità di *coping* di fronte alle situazioni difficili della vita, di processi di *salutogenesi* da favorire e supportare (1, 6), di una nuova *scienza integrata della salute* (26), capace di fare sintesi di diversi modelli e approcci. Sembrava possibile rispondere ad una nuova situazione sociale post-moderna e aperta al nuovo attraverso l'elaborazione di un pensiero complesso, socialmente e politicamente attivo, capace di contrastare il dualismo imperante (la "salute in un vuoto", da una parte, i rischi e le malattie al centro, dall'altra) e l'ingessatura della sanità sulle tradizionali problematiche sanitarie (12).

Si voleva passare dal paradigma pre-ventivista a quello *pro-mozionale*, che implicava nuovi obiettivi e metodi dell'*educazione alla salute*, ma anche la capacità di valorizzare la *self-care* nell'età adulta, oltretutto rilevanti investimenti collettivi di supporto e mobilitazione.

Fin da subito si lanciano nuove iniziative e aggregazioni sviluppando il metodo delle reti (*Città sane, Scuole che promuovono la salute*, ecc.). Sul piano delle politiche nazionali s'invocano *nuovi investimenti* in campi esterni a quelli sanitari (trasporti, ambiente cittadino, cibo, energia, ecc.) e la valutazione di tutte le politiche per il loro impatto sulla salute (*Health Impact Assessment*).

Ci si muove su uno scenario mondiale, come testimoniano le diverse assise che hanno luogo negli anni successivi in diverse capitali continentali (37, 38, 39, 40), con l'obiettivo di ridurre le resistenze che, fin da subito, si manifestano a livello di politiche nazionali, ma anche nell'ambito delle dirigenze, professioni e strutture sanitarie. In alcuni paesi, fra cui l'Italia, si evita per molto tempo, a livello di politiche nazionali e regionali, di dare ascolto a queste assise mondiali: infatti, nel nostro Paese solo nel Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000 viene introdotto il tema, con diverse ambiguità e limitazioni.

Alla fase creativa del primo decennio-quindicennio ne subentra un'altra di *assunzione nel discorso pubblico, ma con attuazioni parziali e depotenziate*. Ciò si spiega con il mutamento del clima politico e culturale che si produce nei paesi occidentali, ma anche a livello globale. Si assiste al progressivo estendersi della società liquido-moderna (2) e dei rischi (4) che porta ad un vigoroso sviluppo di una cultura edonista e di consumo, ad una crescita dei mercati globali, ad un ridimensionamento sia dei movimenti per la salute sia delle politiche pubbliche riformiste dei decenni precedenti. La PdS mettendo l'accento (anche) sul ruolo individuale verso la salute sembra andare incontro alle nuove tendenze individualizzanti e poter dare una "buona immagine" del com-

plesso sanitario.

Contemporaneamente, tuttavia, nel campo sanitario si assiste allo sviluppo di un nuovo orientamento politico e gestionale di tipo aziendalistico ed economicistico volto al contenimento dei costi dell'apparato di cura, alla crescita di efficienza dei servizi, all'accrescimento delle opportunità di scelta (pubbliche e private) da parte del pubblico. Un orientamento che, sotto molti aspetti, collide con quello che ha ispirato la PdS della prima fase. Infatti le politiche nazionali vengono messe in crisi a favore di unità gestionali decentrate e di una libertà aziendale ispirata dal mercato (o da quasi-mercati semi-pubblici), mentre le attività sanitarie non prestazionali e "produttive" vengono smantellate: fra queste quelle di educazione sanitaria/della salute e preventive/di controllo. Si riduce la collaborazione coi territori, con le dimensioni socio-assistenziali, con l'associazionismo. Ci si chiude piuttosto nello specifico sanitario-curativo trainato da nuovi e rilevanti investimenti tecnologici, compresi quelli informatico-amministrativi volti a tenere sotto controllo le variabili gestionali.

In tale fase, alla forte riduzione della prospettiva e delle pratiche di educazione alla salute si risponde potenziando aspetti legati agli stili di vita, in particolare l'alimentazione e l'attività motoria, che diventa il focus di interventi dimostrativi (spesso con uno stile di marketing), di campagne comunicative di massa, di riutilizzi della logica preventivista guidata dagli esperti, di promozione di attività sportive.

La PdS ha ancora carte da giocare in questa fase in quanto per prima, nel campo sanitario, ha previsto e interpretato fenomeni nuovi, come la comunicazione della salute nei media, le potenzialità delle nuove strategie

comunicative organizzate, l'utilizzo dei nuovi media, lo sviluppo della *literacy* e delle competenze dei cittadini, la necessità di sviluppare stili di vita più sani e a minore impatto sui servizi sanitari, la necessità di programmi locali e di una programmazione locale-regionale coordinata fra diversi attori di salute. Essa quindi continua a proporre innovazioni che tuttavia trovano scarso ascolto e applicabilità, al di là dei proclami di facciata.

Nel corso degli anni duemila si apre tuttavia un ulteriore periodo, che potremmo chiamare di *riadattamento e rielaborazione*. Il contesto sociale sembra vedere, per un verso, il trionfo delle culture e politiche neo-liberali, di nuovi assetti continentali e nuovi protagonisti della scena economica (sintetizzati nel termine "Brics"), di un quadro di instabilità politica internazionale (dopo l'11 settembre 2001), ma, per un altro, anche la possibilità di orientamenti di "terza via" capaci di coniugare riformismo e liberismo. In tale situazione, la PdS sembra cambiare progressivamente il proprio modo di pensare e le proprie linee d'azione.

Diverse sono le testimonianze di questo ripensamento. In primo luogo la Carta di Bangkok (41), frutto della 6° Conferenza Globale sulla Promozione della salute (2005), assume il tema della globalizzazione come nuovo scenario di riferimento. In particolare si afferma la necessità di una *governance* globale della salute nei campi del commercio, produzione, servizi e marketing. Il mercato e il settore privato vengono visti come un nuovo ampio campo di intervento per gli impatti che essi rivestono sulla salute. Si ammette inoltre che vi sia stato un significativo divario di implementazione delle risoluzioni attinenti la PdS e che questo dovrebbe essere colmato con nuove for-

me di partnership che includano lo stesso settore privato.

Un altro segnale di questa fase è la forte enfasi che vengono ad assumere gli orientamenti di *evidence based* nella PdS (28, 29). Si vuole così passare da una fase *naïf* e volontarista ad una nuova applicazione “scientifica” e professionalmente organizzata della PdS. Solo in questo modo sarà possibile superare le riserve ad una sua legittimazione in ambito sanitario, e non solo.

Ci si accorge inoltre che la salute resta un aspetto rilevante anche della società globalizzata contemporanea, ma che essa è proceduta per canali autonomi dagli interventi pubblici e “comunitari”. Vi è stata piuttosto una privatizzazione e commercializzazione della *wellness* che ha avuto impatti ben maggiori delle iniziative promozionali. L’empowerment del soggetto passa quindi per una valorizzazione della sua individualità, attraverso opportune tecnologie personalizzate (9), piuttosto che per iniziative comunitarie e aggregazioni locali.

Tale fase di riposizionamento della PdS viene bruscamente rimessa in discussione dalla crisi mondiale – che si sviluppa dalla fine del 2008 fino a oggi – che ha trovato, al momento, solo parziali aggiustamenti e contenimenti. Infatti, in tale contingenza, prevalgono le difficoltà operative in tutti i campi, le riduzioni dei finanziamenti a medio e lungo termine sulle politiche pubbliche e sanitarie, le incertezze di prospettiva. I temi proposti in molte assise regionali e mondiali di questo periodo cercano di sviluppare aspetti già noti ma poco attuati delle politiche sanitarie pubbliche, come la valutazione di tutte le politiche (43), la dimensione della “salute globale” (3), le applicazioni tecnologiche delle ITC, le valutazioni di risultati della HP. Si assiste dunque a una

fase di attesa e di incertezza che non ha ancora trovato nuovi sbocchi e indicazioni mobilitanti.

Globalizzazione e individualizzazione: i nuovi scenari sociali

Come si è detto, molti si sono chiesti se il nuovo contesto della globalizzazione porti a cambiamenti significativi nelle politiche pubbliche e, fra queste, nell’azione della Promozione della Salute (27, 29).

I cambiamenti intercorsi negli ultimi trent’anni sono di diverso tipo. In primo luogo *demografici* (la popolazione sulla terra è arrivata a superare i 7 mld), in virtù dell’allungamento della vita in quasi tutti i paesi, in particolare nei paesi occidentali sviluppati, e dell’incremento demografico in molti a medio tasso di sviluppo. Ciò ha comportato anche un ulteriore avanzamento dell’invecchiamento della popolazione in occidente. Inoltre, si sono avuti ampi spostamenti di popolazione, prevalentemente dal sud al nord del mondo, con *forti correnti migratorie* che hanno significativamente mutato lo scenario socio-culturale di molti paesi.

Si sono diffuse molte *malattie trasmissibili* (come l’HIV-Aids, Sars, H1N1, ecc.) fra gli esseri umani e fra gli animali (mucca pazza, aviaria, peste suina, ecc.), producendo allarmi globali. Le “malattie della civiltà” sviluppate in occidente si sono ulteriormente incrementate e diffuse anche altrove, seppur con ritmi minori, in alcuni casi, grazie a qualche limitato cambiamento dei comportamenti nocivi (fumo, sostanze psicoattive, alimentazione squilibrata, ecc.).

Sono peggiorati i tassi di inquinamento e i *cambiamenti climatici*, così come gli squilibri degli ecosistemi naturali, nonostante i primi tentativi di introdurre fonti energetiche

meno inquinanti.

Su piano sociale, le *diseguaglianze di salute* si sono incrementate e ha avuto un andamento irregolare la diffusione della *povertà* e dell'indigenza estrema che continua ad attanagliare quasi un miliardo di persone.

Per quanto riguarda i paesi occidentali, profondi sono stati i cambiamenti economici (decentramento, terziarizzazione, precarizzazione del lavoro, ecc.) e quelli tecnologici (ITC, nanotecnologie, ecc.), ma anche le trasformazioni di costume e culturali. Fenomeni come la precarietà lavorativa, l'individualizzazione, la multimedialità, il multiculturalismo, la "liquidità" delle appartenenze, delle relazioni e dei percorsi di vita hanno portato a *climi sociali competitivi, edonisti, nihilisti* e ad un vistoso calo del *capitale sociale* (31) e del *benessere sociale* [dato dalle relazioni di reciprocità e appartenenza: (22, 13, 15)].

Sul piano dei rapporti internazionali molte sono state le situazioni di conflitto endemico che hanno portato a significative difficoltà e diffidenze negli scambi mondiali di popolazioni (per lavoro e turismo). Anche l'avvento di un nuovo multilateralismo (per la crescita di paesi come Cina, India, Brasile, ecc.), se ha portato ad incrementi degli scambi economici e del PIL mondiale, ha altresì innescato relazioni sempre più difficili e poco governate a vari livelli, per cui solo in pochi casi si sono trovati accordi (ad esempio sul clima) abbastanza vasti e adeguati.

La globalizzazione si è quindi accompagnata solo in parte ad una distensione internazionale capace di superare i muri e le divisioni dell'epoca novecentesca e moderna. Nuove problematiche e conflitti internazionali si sono affacciati, tali da rendere difficile intervenire anche sulla mondializzazione delle malattie

o sulle nuove diseguaglianze.

Molte delle politiche pubbliche – e quelle promozionali in specie – sono messe in crisi da questi cambiamenti. In primo luogo l'azione pubblica è sempre più pressata da riduzioni di spesa da una parte e da nuove problematiche emergenti dall'altra. Ampie le diffidenze culturali diffuse sulla sua capacità di sviluppare innovazione e buona gestione, per cui è pervaso un clima pregiudizialmente ostile all'intervento pubblico e collettivo. Sul piano della mobilitazione delle forze locali, in particolare associative e di "terzo settore", se in un primo momento esse sembravano una risposta alla crisi dell'intervento pubblico, in seguito esse hanno risentito del sempre maggiore disinvestimento nei servizi e nella solidarietà organizzata.

L'individualizzazione ha avuto anch'essa effetti ambivalenti in quanto ha fatto crescere le attese di una maggiore valorizzazione delle voci e scelte personali, ma, al contempo, è cresciuta esponenzialmente la differenziazione e complessità sociale, la scarsa fiducia e fragilità delle relazioni sociali, una cultura narcisistica ripiegata sul presente.

I servizi socio-sanitari, a loro volta pressati dai continui tagli e ristrutturazioni che hanno adottato nuove modalità gestionali e procedurali sempre più complesse e neo-centralizzate, hanno avuto minore autonomia e hanno ben poco supportato la promozione della salute a livello comunitario e individuale.

Si può quindi dire che, nel nuovo scenario, il modello di azione politico-sociale immaginato dalla Carta di Ottawa risulta depotenziato, distorto e, al contempo, sfidato da nuove problematiche. Depotenziato in quanto le principali leve d'azione (pubbliche e comunitarie) sono in crisi di risorse,

autonomia, innovazione. Distorto in quanto il nuovo soggettivismo dei “nativi digitali” presenta peculiari fragilità, forti carenze in termini di relazioni sociali, nuove propensioni a forme di incontro mobili e meno impegnative (*social network*), ma anche la disponibilità a mobilitazioni sostenute da intense correnti emozionali (5). Si affacciano inoltre nuovi rischi per il benessere personale (crisi di passaggio, depressione, stress, scompensi emozionali multiproblematici, ecc.) che escono dai canoni dello “star bene” occidentale (tutto centrato su alimentazione, fitness/fisicità e attivismo) e difficoltà di conciliare gli stili di vita “disordinati” della cultura giovanile (estesa a molte fasce di popolazione) con l’ordine e l’equilibrio della cultura della salute.

Si pone quindi il problema di come rileggere la situazione sociale intravedendone inedite potenzialità d’azione adeguate al presente e al prossimo futuro.

Il ripensamento della Carta di Ottawa

Come detto nel primo paragrafo, nel corso del primo decennio degli anni duemila sono stati fatti vari tentativi di ripensamento della PdS al fine di aderire ai nuovi canoni imposti dallo scenario sociale neoliberale e neoriformista (o di “terza via”). Fra questi, quello di coloro che hanno cercato di portare evidenze sul contributo che la PdS aveva portato e poteva portare nel ridurre i costi medici (28). Ovviamente queste misure potevano essere rilevate allorché i programmi promozionali erano stati ampi, continuativi e sistematici, almeno per certe fasce di popolazione, condizione difficile da reperire, come già si è detto. In ogni caso, essi avevano un fine principale non legato all’efficacia, ma all’*efficienza* costi/benefici,

ossia alla dichiarata riduzione delle spese mediche da parte del sistema pubblico, ma anche di quello assicurativo privato. Volevano quindi incentivare una partecipazione delle aziende e dei fondi assicurativi all’introduzione di misure di *health promotion* nei luoghi di lavoro e nel tempo libero dei lavoratori. Inoltre, esse evidenziavano la necessità di sviluppare figure professionali e organizzazioni, anche private, che sovrintendessero alla gestione di tali interventi e ne garantissero l’efficacia/efficienza in termini di vari output.

Secondo il nuovo termine introdotto nel 2006 nel *Glossary* ufficiale dell’HP (33), per *Evidence-based health promotion* si intende «L’uso di informazioni derivate da ricerche formali e sistematiche volte ad identificare le cause e i fattori contribuenti (al soddisfacimento) dei bisogni di salute e alle più efficaci azione di promozione della salute da indirizzare in contesti dati e popolazioni specifiche». Dunque, le nuove azioni vanno giustificate sulla base dei risultati precedenti, accuratamente vagliati secondo i metodi standard della ricerca medica. La fase creativa è così definitivamente abbandonata a favore di una legittimazione tecnica ed economica avente i crismi della “scienza dura”. Un ulteriore indizio di tale orientamento risiede in un altro concetto introdotto nell’aggiornamento del *Glossary* nello stesso anno: quello di *social marketing*, che è definito come «applicazione di tecnologie di marketing commerciale all’analisi, esecuzione e valutazione di programmi progettati per influenzare il comportamento di target di pubblico in funzione dell’incremento del benessere degli individui e della società» (33). Si cerca dunque di indurre attraverso campagne “promozionali/di mercato” il prodotto benessere nel comportamento di ben

individuati bersagli. Si noti che non si parla di *Health Communication*, intesa come analisi della comunicazione di salute esistente, lancio e negoziazione di messaggi adeguati alle differenze culturali e linguistiche presenti nella popolazione, strategie complesse educativo-comunicative, come sostengono altri interpreti (21, 14, 16, 17), ma piuttosto di comunicazione persuasiva mutuata dall'esperienza commerciale.

Interessante è anche l'introduzione del termine *Wellness*, definito «lo stato ottimale di salute di individui e gruppi», ma anche «la realizzazione del potenziale fisico, psicologico, sociale, spirituale ed economico», nonché «la soddisfazione delle aspettative di ruolo nella famiglia, comunità, luogo di culto, posto di lavoro e altri contesti». Come ho cercato di mostrare, in effetti la storia della wellness ha avuto diversi punti di contatto alle sue origini con il movimento della HP (20). Molti degli attivatori dei programmi di buona salute hanno cercato ispirazioni plurime per cercare di uscire da un canone occidentale di "star bene" appiattito su una fisicità prestativa (*fitness*) ben poco sensibile alle dimensioni psico-relazionali e spirituali. Tuttavia in seguito, al mutare di sensibilità e clima sociale, molte delle iniziative no-profit di wellness sono diventate ben organizzati business, soprattutto nel contesto statunitense, con una crescita di centri, prodotti, servizi, insegnamenti che hanno strutturato un nuovo settore della cultura popolare.

Riflettendo su questo enorme spazio creatosi nell'ambito del mercato, Ilona Kickbusch (con L. Payne), per un lungo periodo a capo dell'Ufficio Europeo OMS della PdS, già nel 2003 era arrivata a proporre un sistematico cambiamento di prospettiva capace di fare incontrare la "terza rivoluzio-

ne" delle politiche pubbliche (ossia la PdS) con la "Wellness revolution" (25): «Mentre i membri della comunità della PdS discutono del suo futuro, essi tendono a negare uno dei maggiori orientamenti seminali delle società moderne: la crescente privatizzazione della PdS. Mentre essi ancora combattono per superare l'esistenza marginale all'interno del settore sanitario curativo, il settore privato ha intrapreso ciò che un autore ha definito la "wellness revolution" (30).» L'autrice prosegue mettendo in rilievo che il segno più evidente di tale rivoluzione è stata l'esplosione dei *media* dedicati alla salute e benessere, tanto in formato tradizionale quanto elettronico, ma anche la costituzione di un ampio mercato privato di beni e servizi. In tale mercato, in cui predomina la distribuzione di conoscenza anziché di merci, «la linea di confine fra cibo, integratori dietetici e prodotti farmaceutici sta diventando difficile da tracciare». L'analisi prosegue indicando i vari settori merceologici in espansione e, in particolare, il ruolo di quelle nuove imprese commerciali che erano state capaci di strutturare e vendere programmi di PdS nei luoghi di lavoro ottenendo un successo che le reti pubbliche non avevano conseguito.

Se dunque la *commercializzazione, privatizzazione e individualizzazione della salute* sono espressioni di ampi trend presenti nelle società contemporanee, continua la Kickbusch, si tratta di vedere le nuove esigenze emergenti e farsene carico: ad esempio in termini di protezione dei consumatori da frodi e prodotti nocivi, ma anche di sviluppo delle competenze e conoscenze degli acquirenti nella scelta dei prodotti e servizi disponibili. Di qua la nuova enfasi posta nello sviluppo della *Health Literacy* del pubblico adulto che deve fare i conti con i di-

versi ambienti nel quale esso può reperire risorse per la propria salute [sistema delle cure, arena politica, mercato, lavoro, casa e comunità: (24)].

Nello stesso periodo, il pensiero dell'autrice si focalizza sulla teorizzazione di quelle che essa chiama le "società della salute" (23). La Kickbusch argomenta che, nonostante tutti i cambiamenti, la salute è una delle caratteristiche distintive della società contemporanea: essa è un tema dominante del discorso politico e un obiettivo centrale per le persone. Le società della salute si caratterizzano per due macrofenomeni: l'espansione del territorio della salute (soprattutto nella direzione del mercato, come si è visto) e l'espansione della riflessività: «La nostra comprensione dei determinanti della salute rende ovvio che ogni decisione politica che un governo assume produce un impatto sulla salute e la nostra conoscenza dei fattori di rischio implica che a livello individuale ogni scelta comportamentale ha delle conseguenze di salute». Si deve quindi discutere di come portare le nuove politiche pubbliche del 21esimo secolo «molto oltre ciò che avevamo intravvisto nella Carta di Ottawa della Promozione della Salute».

Una delle principali promotrici di quel movimento ritiene dunque che la nuova situazione porti a immaginare scenari e azioni profondamente cambiate. Essa ritiene che tutti i quattro domini dei sistemi di salute si espandano, ma secondo logiche differenziate (salute personale, salute pubblica, sanità, mercato del benessere). Il tema della "medicalizzazione" e del potere della professione medica non è più centrale come in passato: piuttosto il dibattito si è spostato su questioni come «la responsabilità pubblica e quella privata, la privatizzazione e la commercializzazione, la salute e la ric-

chezza, l'empowerment e la partecipazione, l'inclusione e l'esclusione sociale» (23). Alcune conseguenze di tale nuovo contesto sono che il ruolo dello Stato rispetto alla salute si espande fino a comprendere nuovi tipi di regolazione, così come nuove forme di partnership pubblico-privato. Si portano, a tal proposito, gli esempi della "Health in All Policies" e del lancio dell' *European Platform on Diet, Physical Activity and Health* da parte della Commissione Europea che si rivolgono a un vasto gruppo di *players* di tipo pubblico, privato e no-profit. Le proposte sono quelle di accrescere gli investimenti passando dall'attuale media del 3% del budget medio complessivo della sanità per prevenzione, promozione e sanità pubblica ad un 5,5%, ma altresì di scorporare questo settore da quello della medicina curativa, possibilmente creando un ministero apposito come hanno cominciato a fare alcuni paesi. Tale scorporo dovrebbe evidenziare il contributo che la PdS può dare al raggiungimento degli obiettivi generali di una società e dovrebbe portare questo settore a dotarsi di una solida infrastruttura operativa. Andrebbe inoltre compensato l'attuale deficit democratico rispetto alla salute e alle sue politiche attraverso un riorientamento della partecipazione e responsabilizzazione della popolazione nella gestione del sistema sanitario e delle iniziative attinenti la salute in tutti i settori.

È evidente la forte portata e provocatorietà di tale analisi che ribalta molti degli assunti originari della PdS sempre presentata come una politica pubblica integrata, comunitaria, idealista e agita dal basso. Di fronte a vent'anni di resistenze e sordità del settore pubblico, si prospetta una strada di uscita incorporando tale "azione di cittadinanza" dall'apparato curativo, facendola

correre in uno spazio aperto, prevalentemente privato, dotandola di una propria struttura di supporto ben più specializzata e robusta rispetto a quella attuale, ma, al contempo, mantenendola nell'alveo dei diritti democratici.

Non è facile dire fino a che punto tale autorevole analisi abbia avuto seguito, dato che, come già si è anticipato, lo scenario si è ulteriormente evoluto poco tempo dopo l'avanzare di tali proposte in ragione della crisi economica che ha investito a fondo le economie occidentali. Ben difficilmente le proposte di tipo finanziario e politico avanzate potevano trovare applicazione in tale quadro di crisi. Esse restano come segnale di un forte ripensamento che si è avuto fra diversi autorevoli esponenti internazionali della PdS di fronte al nuovo contesto sociale che sembrava destinato a durare e affermarsi permanentemente.

Crisi economica e strategie per la salute

Quali indicazioni trarre dall'analisi fin qui compiuta? Sicuramente che il mutamento di contesto va compreso e considerato. Il rischio di andare avanti per inerzia battendo le stesse strade degli inizi va evitato. Si deve probabilmente distinguere fra alcuni "principi ispiratori" della Carta di Ottawa che sembrano mantenere validità e le strade per metterla in pratica. È necessario sviluppare nuove idee guida che ispirino un'etica e un'estetica, ossia un piacere/desiderio che motivi significativi attori sociali verso la salute.

La crisi in atto ha stimolato ripensamenti e proposte che hanno auspicato l'apertura di un nuovo quadro di riferimento. Fa queste segnali quelle espresse da A. Tannahill, capo dell'Ufficio "Evidence for Action" dell'Or-

ganizzazione Nazionale Scozzese per la crescita della salute. Apprendo la conferenza internazionale "Setting the Ethical Agenda for Health Promotion" (Ghent, 2007) egli ha presentato una prolusione dal significativo titolo "Beyond evidence-to ethics" (34). Egli propone un modello di *decision-making* in cui l'evidenza è subordinata alle scelte etiche incarnate nella promozione della salute (fra queste: *agire per il bene, non produrre danno, equità, rispetto, empowerment, sostenibilità, responsabilità sociale, partecipazione, trasparenza, verificabilità*) ed è vagliata da opportune proposte teoriche. Gli scopi etici stanno al vertice del triangolo decisionale (etica-teoria-evidenza) attraverso cui vengono assunte le scelte in campo pubblico. Questa indicazione ribalta l'idea che il semplice "fare", comunque coniugato o anche scientificamente vagliato, sia adeguato e sufficiente per promuovere la salute. Tannahill indica la strada di una ricerca etica generativa e preliminare per la *mission* e la *vision* delle strategie di salute, ma stimola anche a produrre buone teorie che guidino la ricerca e progettazione applicativa.

Cominciano ad emergere inoltre delle voci che protestano contro le vistose disegualanze della salute e contro la mercantilizzazione della salute, a cui la PdS non ha saputo e potuto mettere un argine, come emerge dai lavori della *Commissione sui Determinanti sociali di salute* (42).

Un bilancio aggiornato delle strategie di salute nel corso della crisi recessiva contemporanea si può avere esaminando il programma "Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century" diffuso dall'Ufficio Europeo dell'OMS nel 2013 (44) come frutto dell'accordo dei 53 Stati aderenti alla Regione. In tale documento programmatico si nota un'enfasi par-

ticolare, come forse mai in passato, sul ruolo che la buona salute assume per l'intera società, ma soprattutto per l'economia, la produttività, l'innovazione: «La salute contribuisce ad incrementare la produttività, ad una più efficiente forza-lavoro, ad un invecchiamento più sano, a minori spese durante la malattia, oltre che ad altri benefici sociali e a una bassa perdita di entrate fiscali». Il settore salute, si prosegue, è importante per gli effetti diretti e indiretti che ha sull'economia, l'occupazione, i consumi, l'innovazione. Tuttavia, nonostante i miglioramenti, si deve registrare che «le diseguaglianze si sono grandemente accresciute nelle decadi recenti» e questo «è inaccettabile» (44). L'incremento dei costi della sanità è spesso difficile da controllare, si ammette, ma quello che è peggio è che i risultati in termini di diritti di salute e protezione sociale peggiorano. In particolare si sottolineano i bassi investimenti in PdS (circa il 3% del budget complessivo della sanità nei paesi OCSE) che non sono stati in grado di contrastare le diseguaglianze prodotte. Le tecnologie nelle aree dell'informazione, del marketing sociale e dei media offrono degli utili strumenti, ma non sufficienti. È dunque necessario un grande sforzo di efficienza e cambiamento da parte dei sistemi sanitari, così come un impegno coordinato di diversi attori sociali per cooperare a buone politiche e interventi. Dunque, bisogna arrivare a migliori sistemi di *governance* per affrontare le nuove problematiche sociali ed epidemiologiche.

Al di là di alcune interessanti proposte, come quella di investire in salute adottando un modello *life-course* attento alla costante valorizzazione delle persone o l'introduzione del concetto di *resilient community*, resta il fatto che il programma sembra lanciare un

appello ad uscire da un meccanismo che ha ben poco funzionato: i sistemi sanitari si sono poco riformati, hanno investito pochissimo in prevenzione-promozione, hanno mantenuto alti costi e basse performance rispetto al miglioramento della *salute e benessere* (i due termini vengono sistematicamente usati insieme). Ciò in quanto le politiche hanno ben poco governato i processi ottenendo effetti recessivi anche in campo economico. In altri termini: *le intuizioni della PdS erano giuste e avrebbero potuto portare forti benefici, ma non si sono attuate.*

Vi è ora spazio per un ripensamento? Dall'interno della crisi attuale si direbbe di no, ma è possibile che la prospettiva cambi nel corso del decennio. Difficile immaginare governi che facciano scelte di reinvestimento e di forte *governance*, così come attori collettivi che assumano una leadership premendo sugli stessi. È forte quindi il rischio di stallo e avvilitamento.

Idee generative per una riforma del continuum di salute

Si è visto che l'accomodamento della PdS agli andamenti economici neo-mercantisti e neo-riformisti ha portato a proposte difficilmente giustificabili, come quelle della scissione fra salute e sanità. Resta di fatto che la salute necessita di essere "promossa" in molti modi e in tutte le situazioni andando molto al di là dei confini della sanità; che, inoltre, la sanità pubblica si è fatta carico finora in modo molto limitato e riduttivo di tali problematiche. L'esperienza dei Piani di salute-Piani di zona (ora unificati), sviluppati in alcune Regioni e territori in Italia, sembrava essere una via d'uscita a tale difficoltà attraverso il coinvolgimento del terzo settore (15), ma essi non sono stati certamente sufficienti e mobilitanti.

Nonostante i limiti attuativi, la PdS ha ancora molte ragioni che ne giustificerebbero gli investimenti, ma essa andrebbe inserita in un nuovo quadro di azioni e strutture coordinate. Essa deve tornare a risultare coinvolgente e mobilitante, oltretutto capace di dare risposte alle nuove problematiche (demografiche, epidemiologiche, sociali) emerse nel frattempo. Cercherò qui di avanzare alcune riflessioni in merito, senza avere l'ambizione di esaustività.

In primo luogo, l'analisi della Kickbusch, pur discutibile nelle soluzioni proposte, pare cogliere un punto forte dell'assetto contemporaneo: la costituzione di "società della salute", cioè di assetti sociali che fanno della salute (e della sua strutturazione organizzata) un riferimento d'interesse generale e di "tenuta" di una società. I fenomeni di commercializzazione e individualizzazione vanno visti allora non come tendenze ineluttabili, ma come ricerca di spazi ulteriori che lo standard sanitario non riesce a raggiungere e promuovere, in primo luogo per la ristrettezza del suo sguardo centrato sul danno da riparare. Per uscire da tale strettoia, non pare sufficiente affidarsi al mercato, ma piuttosto è possibile puntare su progetti con un radicamento comunitario e insieme operativamente ben attrezzati. In altri termini, si tratta di incentivare attori/imprenditori no-profit capaci di farsi collettori e sviluppatori di reti e iniziative per il benessere in specifici territori. Ciò è possibile trovando forme di gestione che medino fra pubblico e privato, che evidenzino la necessità – e direi la bellezza – del fare comune per ottenere risultati diffusi. Ciò

può avvenire col sostegno di opportuni incentivi e attivatori d'impresa costituiti da Enti locali, regionali o nazionali. Le reti che possono collocarsi intorno a tale nucleo organizzativo possono coinvolgere società sportive dilettantistiche, operatori delle pratiche non convenzionali, centri di aggregazione giovanili e così via. Con i modi opportuni, anche aziende di vari settori affini al benessere possono essere portate a collaborare.

La società della salute si sviluppa sulla base di idee generative etiche, estetiche, operative. Una di queste, emersa in questi anni, è quella della salute come "bene comune". Non si tratta però di scrivere proclami ideologici ma di dare evidenza ad una realtà oggi sommersa: per star bene, è necessaria un'azione cooperativa, fatta insieme¹. È necessario partire da un accordo che la salute è un diritto da tutelare, ma insieme una responsabilità di ciascuno. Inoltre la salute è frutto di una cura reciproca senza la quale si vanifica in una serie di consumi e pratiche che rischiano la dispersione e l'inefficacia. Non basta tuttavia dire che la "Salute è un bene comune" in quanto è anche un bene personale e un fascio di relazioni con gli altri e l'ambiente. Abbiamo quindi bisogno di ricorrere a concetti triadici: ad es. quello di Cooperazione-Libertà-Cura (19) o, in altri termini, di *salute come un benfare comune-personale-relazionale*. Il "comune" non coincide con il pubblico-statale, ma con una visione generale che si traduce in consenso e capacità operativa.

La fase generativa della PdS ha insegnato che la salute-benessere è un costruito dina-

¹È in questa direzione che sembra andare il documento "Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario" redatto dalla Fondazione Angelo Celli (7) che sottolinea appunto che la salute non deve essere intesa come un "possesso pubblico", ma come un fare insieme che richiede forme partecipate di gestione.

mico, interagente con l'ambiente sulla base di un assetto personale soggetto a cambiamenti e apprendimenti. La salute non può essere assimilata ad uno "star bene" distinto e polarizzato rispetto alla malattia, ma piuttosto va vista come una condizione vitale che si dispiega in tutte le età e situazioni nel corso della vita. Benessere e malessere, agio e disagio, star bene e star male si alternano, si rimandano, coesistono e hanno bisogno ambedue di cura, in molte forme, ma con una precisa attenzione responsabile verso di sé e verso gli altri. L'equilibrio salutare solo in parte può essere tenuto sotto controllo (come aspirano tutte le politiche), ma con esso si può interagire attraverso un'attenzione responsabile, chiamata *cura*, che usa tutte le risorse disponibili per ottenere i migliori benefici per il soggetto stesso nelle varie condizioni e fasi di vita. Per questo *la promozione non deve essere disgiunta dalla cura*, intesa non in senso meramente tecnico, ma come impegno attento e responsabile a difendere, promuovere, ristabilire il benessere. Un impegno che si dispiega, quando necessario, anche affrontando le difficoltà poste dalla malattia (*resilienza*), cercando di mantenere salda e viva la dignità personale fino che c'è possibilità di una "vita buona".

Per la cura della salute si deve ragionare su un *continuum* di pratiche che va dalla cura di sé, alla promozione della salute, all'intervento medico-sanitario a varia intensità, fino alla riabilitazione, alle cure palliative e all'assistenza nelle fasi terminali. È bene che una struttura unica sovrintenda a questi percorsi, ma con il concorso e la responsabilità di diversi attori, e in primis della persona-nel-proprio-ambiente. La PdS è dunque uno spazio attivo che opera in sinergia con la cura di sé da una parte e con l'assi-

stenza primaria dall'altra.

Nelle varie fasi della vita i compiti della promozione della salute cambiano: *in infanzia-adolescenza* è importante avviare ciascuno alla cura di sé attraverso un significativo e costante investimento educativo, ma è anche importante dare adeguate opportunità ambientali per coltivare pratiche salutari e per proteggersi dai rischi. La prevenzione cerca di percepire e cogliere i diversi rischi possibili, ma si deve muovere in modo promozionale stimolando sia a cercare un equilibrio salutare sia anche a fare i conti con le minacce e le difficoltà della vita. Va dunque superata l'idea che la promozione sia solo "salute in positivo": piuttosto *cura di sé socialmente assistita* che comprende i primi rudimenti di scelta e *resilienza* di fronte ai rischi e alle minacce per il benessere proprio e altrui. La cura di sé si distingue nettamente dal narcisismo e ripiegamento autocelibrativo. Come ho cercato di mostrare (18), essa va di pari passo con la cura degli altri, degli esseri viventi, dell'ambiente da assumere all'interno di un forte e sistematico percorso educativo.

L'età adulta ha più capacità di promuovere la salute in presenza di informazioni aggiornate e di sostegni/opportunità ambientali. Vi sono però informazioni fuorvianti, bassa capacità di alcune fasce di popolazione, per vari motivi, risorse non agibili (per mancanza di mezzi o per modelli culturali non adeguati). La PdS deve poter agire in termini di comunicazione sociale per tutti (fornendo risorse informativo-comunicative di riferimento), di sviluppo di risorse locali (sostenendo iniziative opportune di agenzie locali, come si è detto), di formazione e affiancamento per le fasce con maggiori difficoltà. Le strutture della *primary care* devono poter essere interlocutori di tali iniziative,

e soprattutto agire per valorizzare la self-care personale e di gruppo nella gestione dei piccoli mali e delle patologie cronico-degenerative insorgenti.

La terza età s'intreccia con la tarda maturità e vede diversi stadi di passaggio. La capacità di gestire il proprio benessere e i propri limiti funzionali deve ricevere nuovo impulso di fronte ai bisogni e alle difficoltà crescenti. La gradualità degli interventi può permettere di guadagnare diversi anni in buona/accettabile salute se si accompagna con un'adeguata "salute promossa" nel quotidiano. Sono necessarie forme di affiancamento dei soggetti e delle famiglie capaci di consigliare e limitare le degenerazioni funzionali. Successivamente è possibile passare a forme di sostegno che permettano di contrastare gli effetti più deleteri delle patologie cronico-degenerative mantenendo le persone nei propri ambienti di vita quanto più a lungo possibile in modi sostenibili per le famiglie. L'assistenza domiciliare e le cure primarie dovrebbero essere messe in grado, con opportune riforme, di sovrintendere a tali fasi contando non solo su risorse proprie ma anche su quelle familiari e associative.

Nel complesso la PdS non solo ha ragione di esistere, ma può ampliare il suo raggio di intervento senza tuttavia aspirare ad una presenza totalizzante. Il mercato continuerà ad avere propri spazi, che tuttavia andranno regolati grazie ad interventi delle associazioni di difesa dei consumatori e ad un'opportuna legislazione che nasce dall'esperienza.

Nuova attenzione va portata all'area delle *pratiche non convenzionali* che possono essere utilmente coinvolte per una gestione soft dei piccoli mali e per la promozione del benessere (si pensi allo yoga, allo shiatsu,

all'agopuntura, ecc.). Esse possono arricchire la cura di sé e la promozione della salute (8, 10) senza essere pensate e vissute come "alternative" alla cura medica (che tuttavia può assumere un atteggiamento più prudente e meno invasivo in diverse situazioni).

Questo programma d'azione implica *un'organizzazione e professionalizzazione di alcuni nuclei centrali e periferici della promozione*, capaci soprattutto di animare vaste reti locali e campagne nazionali. Competenze progettuali, comunicative e organizzative devono essere affiancate da quelle di nuove figure tecniche psico-socio-sanitarie capaci di promuovere e sostenere le competenze per la cura di sé interfacciando le risorse ambientali (ad es. le associazioni sportive e gli spazi per attività fisiche), le opportunità delle pratiche non convenzionali e i percorsi di *primary health care*.

Un nuovo investimento è possibile se si potrà sostenere che il cambio di passo può dare frutti operando in modo meno dispersivo che in passato, costituendo primi nuclei di riferimento pluriprofessionali che finora non ci sono stati. Le possibilità di uscita dalla crisi economica vanno colte attraverso un adeguato programma di riforma del settore che non disgiunga promozione e cura ma le ripensi entrambi e le intrecci, dando tuttavia alla promozione quell'autonomia e quelle gambe operative che non ha avuto finora. Essa deve poter testimoniare concretamente che salute e cura sono un compito personale, relazionale, comune che s'interfaccia con le strutture socio-sanitarie.

Queste devono perdere la propria autoreferenzialità, essendo in grado di *facilitare, abilitare e sostenere* soggetti e comunità, come già diceva la Carta di Ottawa. La nuova struttura di assistenza primaria (in particolare le costituenti *Case della salute*) ha, in

questa direzione, un ruolo importante di raccordo e mediazione, non limitandosi ad essere solo un presidio decentrato della medicina “hard”.

In conclusione, il cambiamento di contesto deve stimolare non un adeguamento caratterizzato dal seguire le tendenze alla frantumazione sociale e individualizzazione spinta (fonti di diversi nuovi rischi sociali, come si è detto), ma piuttosto esso deve essere governato attraverso la capacità di “dare senso” alla salute attraverso significative scelte etiche ed estetiche sostenute da un’adeguata organizzazione operativa. Le promesse della PdS hanno ancora una ra-

gione forte dalla loro, soprattutto in una società che continua a guardare alla salute come un grande albero piantato nel campo comune che deve mantenersi saldo, frondoso e fruttifero. Tuttavia essa opera controcorrente rispetto all’efficientismo economico di breve periodo e al consumismo edonistico, ma spesso anche rispetto alle tendenze produttivistiche e autoreferenziali dei sistemi sanitari. Un cammino non facile, per il quale trovare alleanze e punti forti nell’immaginario collettivo, ma per cui c’è ancora spazio e possibilità.

BIBLIOGRAFIA

1. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11(1): 11-18.
2. Bauman Z. *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*. Roma-Bari:Laterza; 1999.
3. Beaglehole R, Bonita R. What is Global Health?, *Global Health Action* 2010; 3: 5142.
4. Beck U. *La società del rischio, Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci; 2000.
5. Censis, Ucsi. *Decimo rapporto sulla comunicazione. I media siamo noi. L’inizio dell’era biomediatca*. Milano: Angeli; 2012.
6. Erickson M, Linsdröm B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter, *Health Promotion International* 2008; 23(2): 190-199.
7. Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*. Perugia: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute; 2010.
8. Hawk C, Ndetan H, Evans MW. Potential role of complementary and alternative health care providers in chronic disease prevention and health promotion: An analysis of National Health Interview Survey data. *Preventive medicine* 2012; 54(1): 18-22.
9. Giampieretti R, Palmer M, Steffen C, Giorgio F. *Empowering Citizens through pHealth. The EU Agenda*. Brussels, Belgium: European Commission; 2010.
10. Hill F.J. Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion?, *Health Promotion International* 2003; 18(3): 265-272.
11. Ingrosso M. La promozione della salute nel quadro di un paradigma ecosistemico. In Ingrosso M. *a cura, Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Milano: Angeli; 1987.
12. Ingrosso M. *La promozione della salute: una proposta di cambiamento nelle politiche sociali. Educazione sanitaria e Promozione della salute* 1988; 11(4).
13. Ingrosso M. *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell’era planetaria*. Milano: Angeli; 2003.
14. Ingrosso M. *Progetti di comunicazione pubblica nella promozione della salute, Educazione sanitaria e promozione della salute* 2005; 28(2).
15. Ingrosso M. *La promozione del benessere sociale. Progetti e politiche nelle comunità locali*. Milano: Angeli; 2006.

16. Ingrosso M. (a cura) Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute. *Salute e Società* 2007; n° mon, 1.
17. Ingrosso M. a cura La salute comunicata. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari. Milano: Angeli; 2008.
18. Ingrosso M. Educazione alla cura e promozione della salute. *Educazione sanitaria e Promozione della salute* 2011; (4).
19. Ingrosso M. Cooperazione, Libertà, Cura, La società degli individui 2012; 45 (3).
20. Ingrosso M. Voce "Wellness". *Encyclopedia of Quality of Life Research*, Springer, Heidelberg, in press.
21. Kar SB, Alcalay R, Alex S. *Health Communication: A Multicultural Perspective*, London: Sage; 2001.
22. Keyes C L M. *Social Well-Being Social Psychology Quarterly* 1998; 61(2).
23. Kickbusch I. Responding to the health society. *Health Promotion International* 2007; 22(2): 89-91.
24. Kickbusch I, Maag D. Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute. In Ingrosso M. a cura *Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute. Salute e Società* 2007; n° mon.,1.
25. Kickbusch I, Payne L. Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promotion International* 2003;18 (4): 275-278.
26. Lafaille R, Fulder S. *Towards a new science of health*. London and New York: Routledge; 1993.
27. Lemma M. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Milano: Unicopli; 2005.
28. Musich SA, Adams L, Edington DW. Effectiveness of health promotion programs in moderating medical costs in the USA. *Health Promotion International* 2000; 15(1): 5-15.
29. McQueen DV, Jones C. (eds) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer/International Union for Health Promotion and Education; 2007.
30. Pilzer PZ. *The Wellness Revolution: How to Make a Fortune in the Next Trillion Dollar Industry*, New York: John Wiley and Sons; 2002.
31. Putnam R D. *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America* Bologna: Il Mulino; 2004,
32. Robertson J, *Scenarios for Lifestyles and Health*, Technical Paper. Copenhagen:WHO; 1983.
33. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. *WHO Health Promotion Glossary: new terms*. *Health Promotion International* 2006; 21(4): 340-345.
34. Tannahill A. Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International* 2008; 23(4): 380-390.
35. WHO-European Office, *Concepts e principles of health promotion: a discussion document*. Copenhagen: WHO; 1984.
36. WHO Ottawa Charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion. *The move towards a new public health*. Geneva:WHO; 1986.
37. WHO Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. *Second International Conference on Health Promotion*, 5–9 April 1988, Adelaide, South Australia.
38. WHO Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. *Third International Conference on Health Promotion*, 9–15 June 1991, Sundsvall, Sweden.
39. WHO The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva: WHO; 1997.
40. WHO Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: from ideas to action. Geneva:WHO; 2000.
41. WHO The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva:WHO; 2005.
42. WHO-Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2008.
43. WHO, *Health in all policies*, 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, Geneva, 2013.
44. WHO-European Office, *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen:WHO; 2013.

Core competencies per gli operatori della promozione della salute. Risultati del Progetto Europeo CompHP

Core competencies for professionals in health promotion. Results of the European Project CompHP

Giancarlo Pocetta, Patrizia Garista, Erika Maria Pace, Alessandra Sotgiu, Paolo Contu

Giancarlo Pocetta

Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia

Patrizia Garista

Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia

Erika Maria Pace

Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia

Alessandra Sotgiu

Università degli studi di Cagliari

Paolo Contu

Università degli studi di Cagliari

Parole chiave: promozione della salute, competenze, valutazione, accreditamento, formazione, CompHP, IUHPE

RIASSUNTO

Obiettivi: il Progetto CompHP si è proposto di elaborare uno schema delle competenze di base che gli operatori coinvolti stabilmente nella promozione della salute dovrebbero dimostrare di possedere per garantire azioni efficaci, eticamente sostenibili ed eque. In parallelo con l'elaborazione delle competenze, CompHP si è proposto di costruire un sistema di valutazione e di accreditamento volontario sia dei singoli professionisti della promozione della salute che dei corsi di laurea e post lauream destinati a formare tali professionisti.

Metodi: l'approccio seguito da CompHP si è sviluppato attraverso i seguenti metodi: ampia ricerca bibliografica internazionale, gruppi di lavoro tra i membri del progetto, consultazione di esperti (Focus Group, DELPHI), studi di fattibilità sul campo.

Risultati: Sono stati elaborati tre documenti relativi, ciascuno, alle tre aree di lavoro: core competencies, standard di valutazione, sistema di accreditamento.

L'articolo si propone di illustrare i risultati ottenuti da CompHP discutendoli alla luce della più recente esperienza italiana.

Key words: health promotion, skills, assessment, accreditation, training, CompHP, IUHPE

SUMMARY

Objectives: the project CompHP it was proposed to develop a framework of basic skills that operators regularly involved in health promotion should demonstrate to ensure effective action, ethically sustainable and equitable. In parallel with the development of skills, CompHP it was proposed to build a system of evaluation and accreditation is voluntary individual professionals health promotion courses in undergraduate and postgraduate degree designed to train these professionals.

Method: the approach followed by CompHP was developed through the following methods: large international bibliographic research, working groups from among the members of the project, expert consultation (Focus Group, DELPHI), feasibility studies in the field.

Results: we developed three texts, each of the three areas of work: core competencies, standards of evaluation, accreditation system. The article aims to present the results obtained from CompHP discussing them in the light of more recent Italian experience.

Il Contesto

"The practice of contemporary health promotion is informed by decades, if not centuries, of methods of working with communities, policymakers and other professionals to empower people to have more control over the factors that influence and impact upon their health. The field of health promotion has evolved over time, though an articulation and delineation of what we now think of as the profession or practice of health promotion is relatively recent.

Awareness of the principles, best practices, and the values that underpin health promotion are critical to an efficient and effective delivery of health promotion activity. As clever and good-intentioned as we may be, there is still a need for structure to ensure that health promotion training is well-grounded in evidence; and is consistent, professional, and comprehensive. If we are to build capacity to promote health, we must have frameworks from which to work and standards by which we

measure our efforts."(1)

Michael Sparks Presidente dell'Unione Internazionale per la Promozione della Salute (IUHPE) mette bene in evidenza che la straordinaria evoluzione sia in termini teorici che operativi della Promozione della Salute a livello mondiale richiede un "in più" di competenza da parte dei professionisti che se ne occupano e che il sistema formativo a livello universitario e post universitario aggiorni le proposte formative in modo da corrispondere a questa esigenza.

In questo articolo, daremo conto in sintesi dei risultati e dello stato di avanzamento di un progetto europeo, al quale l'Italia sta partecipando con il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria di Perugia ed il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Cagliari, volto a definire il nucleo delle competenze di base degli operatori, sanitari e non,

della Promozione della Salute, a migliorare l'offerta formativa e, infine, come conseguenza, a sviluppare un sistema di accreditamento tra pari degli operatori (2).

In anni recenti, alcuni avvenimenti hanno segnato il contesto italiano in modo da rendere rilevante il tema delle competenze e della formazione della salute anche nel nostro Paese. Il primo è l'approvazione del Programma Nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" il cui obiettivo primario è declinato nel modo seguente: "agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come veri e propri fenomeni sociali" (3). Questa dichiarazione e gli atti successivi, principalmente gli accordi con le Regioni e le Province Autonome e i Protocolli d'intesa dal Ministero della Salute con altri Ministeri ed enti pubblici e privati a vario titolo coinvolti nelle aree d'intervento identificate dal Programma esplicitano l'adesione delle politiche per la salute del nostro Paese ai criteri di intersectorialità, multidisciplinarietà, centratura sulla comunità, che sono fattori di riconoscimento e qualificazione delle azioni di Promozione della Salute. Il secondo momento importante dal punto di vista dell'incardimento della Promozione della Salute nelle politiche per la salute in Italia è rappresentato dall'iter dei Piani di Prevenzione che seppure con molte incertezze e ambiguità tuttavia hanno il pregio di collocare la Promozione della Salute nel pieno della programmazione sanitaria del nostro Paese coinvolgendo la piena responsabilità politica delle

Regioni e Province Autonome nell'adottare questa strategia. Tutto ciò sta implementando il "sistema" della Promozione della Salute in Italia nel quale svolgono un ruolo importante anche i sistemi di sorveglianza che in parallelo sono stati attivati e si vanno stabilizzando: PASSI, OKKIO ALLA SALUTE, PASSI D'ARGENTO insieme ad una platea di altri "attori" di cui vale la pena citare come esempio i grandi network di Promozione della Salute, espressione di un'adesione italiana ad iniziative di respiro internazionale, quali la Rete degli Ospedali promotori di salute (4), oppure la Rete delle Scuole che promuovono salute (5) fino all'ultima iniziativa della Rete Italiana delle Culture per la Salute che raccoglie adesioni di enti e professionisti del territorio.

Questi avvenimenti esplicitano, in qualche modo, quella "domanda" di competenze in Promozione della Salute richiamata da M. Sparks la quale va oltre il settore sanitario non considerando l'ampissima quantità di intervento collocati in settori diversi da quello sanitario come l'ambiente scolastico, quello del sociale, ecc. Un quadro molto rappresentativo del panorama italiano della Promozione della Salute dal punto di vista dell'operatività è stato recentemente offerto dalla Manifestazione Nazionale del Programma svolta a Venezia nel Giugno 2012 (6). E' abbastanza consequenziale affermare che tale quantità di impegno istituzionale, politico, amministrativo, organizzativo sulla Promozione della Salute cui si accompagna un altrettanto cospicua movimentazione di risorse, richieda via via modelli formativi sempre più appropriati per produrre operatori sempre più qualificati.

L'ambito formativo rappresentato dall'Università, dai corsi post laurea e dalla formazione continua, costituisce, insieme a quello

dell'organizzazione dei servizi, la dimensione delle risposte ed in questo ambito si colloca il contributo portato dal Progetto Europeo "Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (CompHP) (7)".

CompHP: una visione d'insieme

Il progetto CompHP, iniziato nel 2009 e giunto oggi alla sua fase pilota, vede la partecipazione di 24 Paesi coordinati in una prima fase dall'Università di Galway (Irlanda) e successivamente dall'Ufficio Europeo dell'IUHPE.

CompHP si propone alcuni obiettivi rilevanti per lo sviluppo professionale del settore della Promozione della Salute, ovvero (3):

- A. la comprensione condivisa ed il consenso sulle competenze di base richieste per la pratica della Promozione della Salute ed i processi educativi e formativi ad essa collegati,
- B. a partire dalle competenze, sviluppare un set di standard che supportino i processi, di livello europeo, di costruzione delle capacità professionali in Promozione della Salute,
- C. costruire un sistema di accreditamento volontario tra pari validato a livello nazionale e gestito dall'Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione alla Salute (IUHPE) che supporti gli organismi nazionali nell'accREDITAMENTO dei professionisti e dei provider della formazione (di base e post laurea) utilizzando criteri condivisi,
- D. sviluppare/migliorare la formazione di base e post laurea in Promozione della Salute in Europa sulla base della comprensione

comune delle competenze di base e dei relativi standard che dovranno essere incorporati nei curricula accademici,

- E. la promozione dello sviluppo professionale e delle buone pratiche in Promozione della Salute attraverso il coinvolgimento dei professionisti e degli organismi professionali nello sviluppo degli standard di qualità e dei sistemi di accreditamento,
- F. sviluppare la cooperazione ed il coordinamento delle azioni di Promozione della Salute e della formazione a livello europeo attraverso un processo attivo di consultazione e diffusione che conduca ad una qualità migliore delle pratiche basate su competenze e standard condivisi.

La strategia del CompHP si articola su alcune aree chiave che esprimono anche l'orientamento verso una formazione adeguata all'attuale panorama della Promozione della salute in Europa e a livello nazionale:

- una precisa definizione dei destinatari
- l'articolazione in competenze
- la valutabilità della formazione
- il riconoscimento pubblico/professionale delle competenze e il lavoro.

I destinatari

Le competenze di base del progetto CompHP sono destinate in primo luogo agli operatori la cui funzione lavorativa principale è la Promozione della Salute e che hanno una formazione superiore in questo settore: "una persona in possesso di laurea o di un titolo post laurea in Promozione della Salute o una disciplina correlata, il cui ruolo e funzione principale sia quella di promuovere la salute secondo i principi della Carta di Ottawa¹ (2):

- costruire una politica pubblica per la salute

¹ Ad esempio: sanità pubblica, psicologia, epidemiologia, sociologia, scienze dell'educazione, comunicazione, scienze ambientali, sviluppo di comunità, urbano e rurale, scienze della politica. Questo, nonostante l'ampiezza, non è un elenco esaustivo ma lascia aperta la possibilità di essere coinvolte anche ad altre discipline.

- creare ambienti favorevoli
- dare forza all'azione della comunità
- sviluppare le abilità personali
- riorientare i servizi sanitari

Sebbene quindi i curricula formativi e le qualifiche professionali nei diversi Paesi dell'Unione possano non includere sempre il termine "Promozione della Salute", le competenze di base sono state elaborate per essere appropriate per quei professionisti il cui ruolo riflette la definizione e i principi della Carta di Ottawa. Ad essi è dunque indirizzata una formazione di base e specialistica specifica ed un processo continuo di aggiornamento professionale per mantenere quella particolare combinazione di "conoscenze" e "abilità" richieste per azioni efficaci e sostenibili.

Il sistema delle competenze

In CompHP, competenza vuol dire "la combinazione di risorse interne possedute, ad esempio conoscenze, abilità, capacità ed attitudini che l'individuo necessita per mettere in pratica un insieme di compiti ad uno standard appropriato" (2).

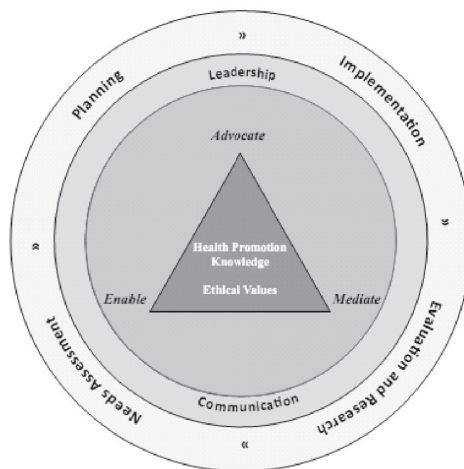
La scelta strategica di elaborare un sistema

basato sulle competenze per contribuire alla definizione ed allo sviluppo di un'area professionale deriva da una serie di potenziali ricadute positive. Un sistema di questo tipo ha la capacità di:

- supportare lo sviluppo futuro della formazione di base e specialistica dei professionisti coinvolti,
- supportare un'efficace e sostenibile progettazione, implementazione e valutazione della formazione continua degli stessi,
- attivare sistemi di accreditamento e miglioramento continuo della qualità degli interventi,
- consolidare la definizione dei contenuti disciplinari e operativi di un ambito professionale,
- dare conto, in modo pubblico, della qualità delle prestazioni professionali e dell'uso delle risorse.

La definizione dei domini di competenza professionale in Promozione della Salute rappresenta quindi il fulcro dell'elaborazione di CompHP e la figura seguente sintetizza i domini per ciascuna delle quali esse sono state elaborate.

Figura 1: Il quadro delle competenze formulato dal Progetto CompHP (4)



I Valori Etici e le Conoscenze in Promozione della Salute sono presentati come il centro di tutte le azioni in Promozione della Salute negli altri nove domini. I Valori Etici sono fondamentali per le azioni in Promozione della Salute e formano il contesto in cui tutte le altre competenze vengono praticate. Essi includono: equità, giustizia sociale, rispetto per l'autonomia e la scelta, di individui e di gruppi, di processi di lavoro che si basano sulla collaborazione e consultazione (2). A sua volta, il dominio delle Conoscenze in Promozione della Salute descrive le competenze di base ed i principi che caratterizzano l'attività in Promozione della Salute. Le conoscenze chiave richiedono che un operatore in Promozio-

ne della Salute si avvalga di conoscenze multidisciplinare in concetti chiave, principi, teorie e ricerche in Promozione della Salute e l'operabilità in campo di essi (2).

Gli altri nove domini, elencati nella tabella di seguito (2), si riferiscono ad aree specifiche di pratica in Promozione della Salute². L'elaborazione di specifiche formulazioni di competenze all'interno di queste aree rappresenta lo sforzo di elaborazione più produttivo attuato nel Progetto CompHP ed ha richiesto un lungo lavoro di ricerca e di costruzione del consenso tra i partecipanti al Progetto, e tra questi e numerosi stakeholder di diversa estrazione nazionale. In sintesi, per ciascuna area è stato elaborato un elen-

Rendere Possibile il Cambiamento *Rendere possibile che individui, gruppi, comunità e organizzazioni costruiscano capacità per le azioni di Promozione della Salute al fine di migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze di salute*

Sostegno per la Salute *Promuovere e sostenere pubblicamente le idee, insieme e per conto di individui, comunità e organizzazioni, per il miglioramento della salute e il benessere e per sviluppare le capacità necessarie per le azioni di Promozione della Salute*

Mediare attraverso il Partnerariato *Lavorare in modo collaborativo tra diverse discipline, settori e partner per rafforzare l'impatto e la sostenibilità delle azioni di Promozione della Salute*

Comunicazione *Comunicare efficacemente le azioni di Promozione della Salute utilizzando tecniche e tecnologie appropriate per diversi tipi di pubblico*

Leadership *Contribuire allo sviluppo di una visione condivisa e di un orientamento strategico verso l'azione di Promozione della Salute*

Analisi *Condurre un'analisi dei bisogni e delle risorse, in collaborazione con gli stakeholder, nel quadro dei determinanti politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che promuovono o compromettono la salute*

Pianificazione *Sviluppare, in collaborazione con gli stakeholder, in base all'analisi di bisogni e alle risorse, finalità e obiettivi di Promozione della Salute misurabili*

Implementazione-Attuazione *Implementare, in collaborazione con gli stakeholder, azioni di Promozione della Salute efficaci, efficienti, etiche e culturalmente sensibili*

Valutazione e Ricerca *Utilizzare metodi di valutazione e di ricerca, in partenariato con i soggetti interessati, per determinare l'impatto, la portata e l'efficacia dell'azione di Promozione della Salute*

² La tabella che segue come le successive riportano la traduzione dei rispettivi testi fatta a cura degli autori di questo articolo

co di criteri che articolano il concetto principale e che rappresentano anche la base del processo di (auto) valutazione sia dei profes-

sionisti che dei percorsi formativi. La tabella seguente mostra l'articolazione del dominio relativo alla *Leadership* (2).

5. Leadership

Contribuire allo sviluppo di una visione condivisa e di un orientamento strategico verso l'azione di Promozione della Salute.

Un operatore in Promozione della Salute è in grado di:

5,1 Lavorare con i portatori di interesse (stakeholders) per concordare una visione condivisa e una direzione strategica per l'azione di Promozione della Salute

5,2 Utilizzare capacità di leadership che promuovano l'empowerment e la partecipazione (considerando il lavoro di gruppo, la negoziazione, la motivazione, la risoluzione dei conflitti, il processo decisionale, la facilitazione e la risoluzione dei problemi)

5,3 Lavorare in rete e motivare i portatori di interesse nel guidare il cambiamento per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze

5,4 Incorporare nuove conoscenze per migliorare la pratica e rispondere alle sfide emergenti nella Promozione della Salute

5,5 Contribuire alla mobilitazione e alla gestione delle risorse per le azioni di Promozione della Salute

5,6 Contribuire all'apprendimento organizzativo e di gruppo per promuovere l'azione di Promozione della Salute

La valutabilità delle competenze: gli Standard professionali

Sulla base dell'articolazione delle competenze il CompHP ha dunque elaborato un approccio valutativo costituito dagli standard che esplicitano ciò che il professionista deve possedere in termini di conoscenze e abilità. Per il CompHP "standard" è: "a technical specification or other precise criteria designed to be used consistently as a rule, guideline, or definition" (8). Il CompHP, come progetto Europeo, accoglie le diverse prospettive con cui in Europa sono delineati i sistemi di qualificazione delle competenze i quali comprendono sistemi in cui le performance professionali sono strettamente dettagliate e anche sistemi con formulazioni più generali che descrivono i contenuti di un apprendimento. Per sintetizzare questi diversi siste-

mi di qualificazione, il CompHP ha adottato la proposta dello Europea Qualification Framework che gli standard si basino su esiti di apprendimento rappresentati da: *Knowledge* (teoriche e fattuali), *skills* (sia l'uso del pensiero logico, intuitivo e creativo nonché le capacità pratiche e di metodi, tecniche e strumenti), *competence* come esercizio di responsabilità ed autonomia (9). Lo standard quindi può facilmente prestarsi ad una (auto)valutazione utilizzabile a diversi livelli: il singolo professionista che ha uno strumento di pianificazione della carriera professionale anche in riferimento alla mobilità lavorativa, gli ordini e gli organismi professionali che vi trovano la possibilità di sviluppare processi di valutazione della qualità professionale, dei "datori di lavoro" (Aziende Sanitarie, ad esempio) che hanno uno stru-

mento di sviluppo della qualità delle prestazioni di Promozione della Salute ed anche di orientamento nel reclutamento e nella gestione della mobilità interna degli operatori di Promozione della Salute ed infine e altrettanto importante, i cittadini stessi e le comunità coinvolte nelle azioni di Promozione della Salute. Gli standard quindi hanno una doppia valenza: definiscono il perimetro della "professione" di promotore di salute e nello stesso tempo sono alla base di un percorso di tipo valutativo. A titolo di esempio, di seguito proponiamo una nostra traduzione degli standard relativi ad uno dei 9 domini di competenza, la leadership.

Il riconoscimento pubblico/professionale delle competenze e il lavoro

Il sistema basato sulle competenze ha quindi lo scopo di descrivere le capacità fondamentali necessarie a generare una pratica efficace in Promozione della Salute. Nel contesto del CompHP sono state usate non solo come base per sviluppare i relativi Standard Professionali ma anche per indicare una strategia che, tenendo conto delle caratteristiche dei sistemi vigenti nei diversi Paesi e delle condizioni professionali di ciascuno, permetta di costruire percorsi di Accredimento Professionale tra pari, condivisi a livello Pan Europeo. Allo stesso modo di altri contesti professionali, l'accREDITamento tra pari è inteso come uno strumento atto a facilitare la realizzazione di processi virtuosi di Miglioramento Continuo della Qualità professionale.

Su questo si appoggia il terzo livello del progetto CompHP, ovvero la definizione di un percorso formale di accREDITamento e che riguarda tanto gli operatori della Promozione della Salute quanto l'offerta formativa (v. pagine seguenti Figg. 2 e 3).

Dalle competenze e degli standard si è costruito un sistema di accREDITamento per la formazione e la professione del promotore di salute, condiviso a livello internazionale. In realtà i due sistemi si incrociano fra loro, in quanto un professionista che possiede un background formativo accREDITato, ha una via preferenziale di accREDITamento.

L'accREDITamento dei professionisti

L'accREDITamento di un singolo professionista è una 'registrazione' che attesta le competenze in base al livello di istruzione, esperienza di lavoro, sviluppo professionale continuo o combinazioni di questi elementi. Esistono due differenti accessi all'accREDITamento individuale:

- 1) un "Health Promotion Practitioner" con laurea (Bachelor o Master) di un corso di promozione della salute accREDITato nell'ambito dell'accREDITamento IUHPE, su presentazione della prova di laurea;
- 2) un "Health Promotion Practitioner" con laurea (Bachelor o Master) di un corso di promozione della salute **non accREDITato** nell'ambito dell'accREDITamento IUHPE o un corso in altra disciplina rilevante, con un minimo di 2 anni di esperienza di lavoro e pratica in promozione della salute nei precedenti cinque anni. Gli aspiranti dovranno dimostrare di soddisfare i criteri compilando un modulo di autovalutazione e fornendo le opportune referenze.

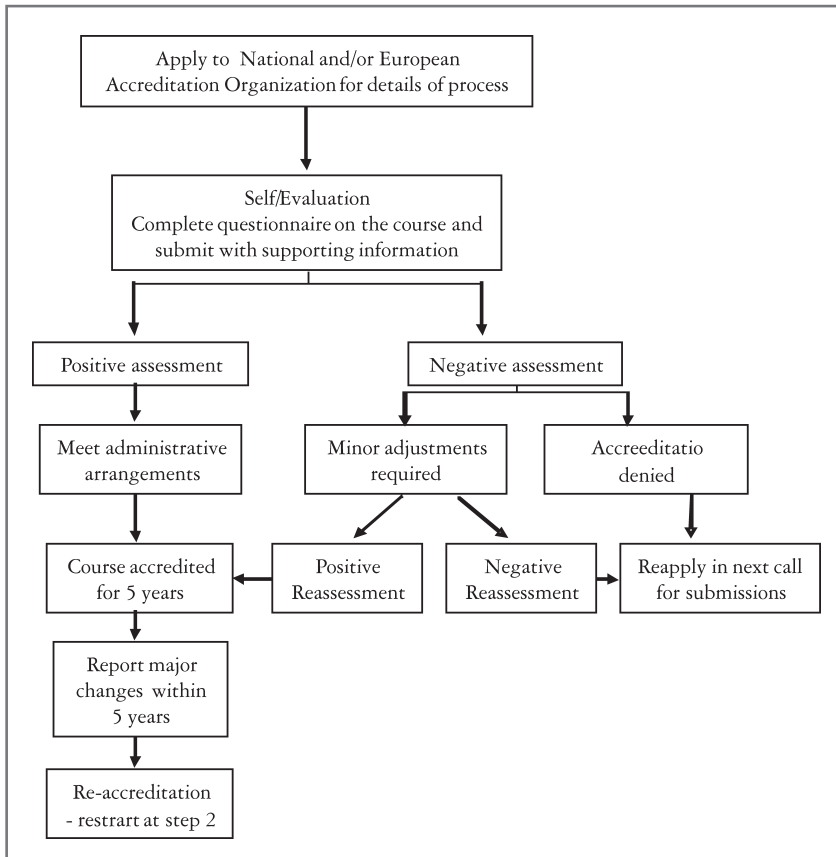
L'accREDITamento dell'offerta formativa

L'accREDITamento di un Corso di Laurea è una 'registrazione' che certifica che il corso fornisca agli studenti delle competenze in base al programma curriculare, esperienza sul campo (tirocini, etc.), capacità professionali.

Standard relativi alla Leadership

Standard 5. Leadership <i>Contribuire allo sviluppo di una visione condivisa e di un orientamento strategico verso l'azione di Promozione della Salute. Un operatore in Promozione della Salute è in grado di:</i>		
<i>Competenza</i>	Conoscenze e Abilità richieste includono:	Performance Criteria - evidenza fornita da documentazione o valutazione condotta durante esperienze di lavoro o studio, che dimostra l'abilità del candidate di:
<p>5,1 Lavorare con i portatori di interesse per concordare una visione condivisa e una direzione strategica per l'azione di Promozione della Salute</p> <p>5,2 Utilizzare capacità di leadership che promuovano l'empowerment e la partecipazione (considerando il lavoro di gruppo, la negoziazione, la motivazione, la risoluzione dei conflitti, il processo decisionale, la facilitazione e la risoluzione dei problemi)</p> <p>5,3 Lavorare in rete e motivare i portatori di interesse nel guidare il cambiamento per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze</p> <p>5,4 Incorporare nuove conoscenze per migliorare la pratica e rispondere alle sfide emergenti nella Promozione della Salute</p> <p>5,5 Contribuire alla mobilitazione e alla gestione delle risorse per le azioni di Promozione della Salute</p> <p>5,6 Contribuire all'apprendimento organizzativo e di gruppo per promuovere l'azione di Promozione della Salute</p>	<p>Conoscenze</p> <p>Teorie e pratica di leadership effettivi</p> <p>Teorie di management e sviluppo organizzativo</p> <p>Teorie di sviluppo di strategie e pratica di lavoro collaborative che include: negoziazione, risoluzione di conflitto, mediazione, decision-making, lavoro di squadra, coinvolgimento degli stakeholder</p> <p>Lavorare favorendo partnership intersettoriali effettivi</p> <p>Sfide emergenti in salute e la Promozione della Salute</p> <p>Principi effettivi di gestione e mobilitazione delle risorse umane e finanziarie</p>	<p>5a. Identificare e mobilitare i leader nelle comunità, dimostrando come sono coinvolti e motivati per condividere una vision comune e una direzione strategica.</p> <p>5b. Dimostrare l'uso delle proprie abilità di leadership in, ad esempio, lavoro di squadra e processi di decision-making, descrivendo il proprio ruolo in un area specifica di azione in Promozione della Salute.</p> <p>5c. Dimostrare come incorporare e nuove idee e conoscenze per migliorare le azioni in Promozione della Salute descrivendo il proprio ruolo in un area specifica di azione in Promozione della Salute.</p> <p>5d. Dimostrare come le risorse sono state mobilitate per uno specifico intervento di Promozione della Salute, e dimostrare una consapevolezza dei principi effettivi per la gestione delle risorse umane e/o finanziarie per la Promozione della Salute.</p> <p>5e. Riflettere sulla propria pratica, e dimostrare come questo contribuisce all'apprendimento del team e/o all'apprendimento organizzativo per migliorare le azioni in Promozione della Salute.</p>
	<p>Abilità</p> <p>Coinvolgimento dei portatori di interesse</p> <p>Abilità di lavoro collaborativo</p> <p>Facilitazione</p> <p>Abilità di muovere gruppi ed individui verso un fine comune</p> <p>Gestione delle Risorse</p>	

Fig.2 - Schema del processo di accreditamento dei singoli professionisti



Possiamo suddividere l'accreditamento tra corsi completi (cioè quelli che consentono il primo accreditamento di laureati), i quali devono ricoprire tutti i domini definiti dal CompHP e dimostrare come il contenuto del corso permetta agli studenti di soddisfare i criteri di performance (ad esempio risultati di apprendimento) secondo gli standard definiti dal CompHP.

Gli enti formatori devono fornire la prova di riconoscimento/accreditamento nell'ambito del sistema di assicurazione/accreditamento di qualità dell'istruzione in vigore nel loro

paese (10).

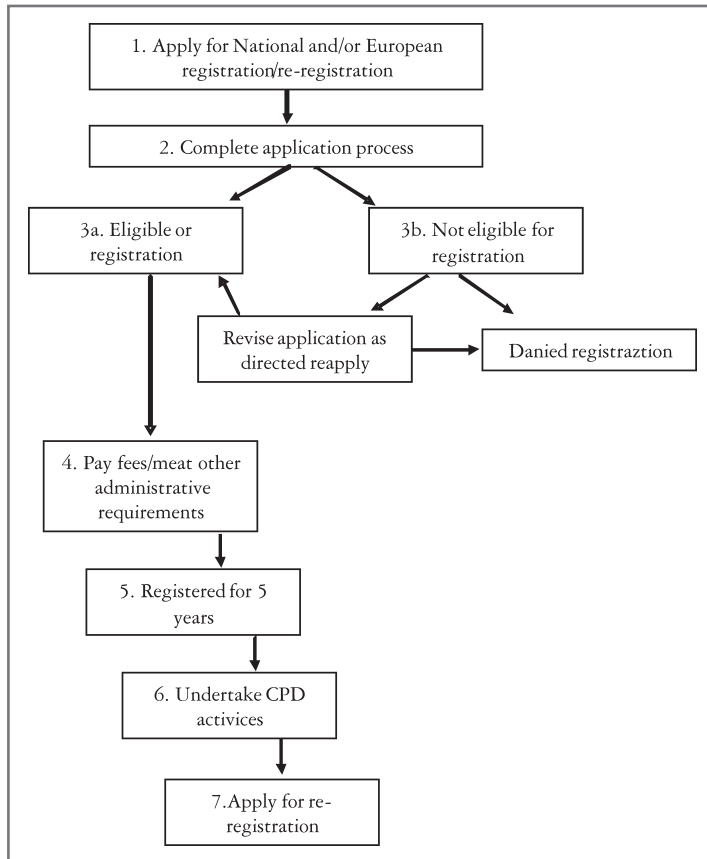
Va sottolineato che ad essere accreditati al termine del processo, non sono gli enti formatori (es. le università) ma i singoli corsi di studio (Bachelor o Master).

Attualmente è in corso la fase pilota di accreditamento che coinvolge 20 professionisti a livello europeo, suddivisi tra diversi paesi europei e due corsi di laurea.

Al termine di questa fase di accreditamento, si introdurrà la procedura su larga scala a livello internazionale.

Tale sistema di accreditamento ha introdott-

Fig.3 - Schema del processo di accreditamento dell'offerta formativa



to un discorso di riconoscimento della qualità del professionista e della formazione che ha incontrato molto interesse anche al di fuori del progetto CompHP.

In conclusione, uno sguardo alla ricaduta lavorativa

Il Progetto CompHP si pone in coerenza con il più generale approccio che fa dell'apprendimento non un traguardo ma una funzione della crescita e dello sviluppo di una persona e di una comunità e che si dipana perciò lungo tutta l'esistenza umana. Tuttavia, all'in-

terno di questa prospettiva così ampia, la definizione della "competenza" diventa non più "solo" un concetto regolatore di tutto il processo di apprendimento nel corso della vita (*lifelong learning*) ma anche la condizione per accrescere le possibilità occupazionali nel mercato del lavoro e facilitare l'accesso a qualifiche e titoli di studio più elevati grazie al riconoscimento di parte delle conoscenze acquisite sul lavoro. In questo, il Progetto CompHP si colloca in coerenza anche con lo sviluppo che di questa materia sta dando il nostro Paese, seppure con molta lentezza. E'

sufficiente richiamare due questioni, da una parte la stretta analogia che il lavoro di CompHP esprime con la definizione di competenza data, nel contesto italiano, dall'ISFOL ovvero: "la competenza è il patrimonio complessivo di risorse di un individuo nel momento in cui affronta una prestazione lavorativa o il suo percorso professionale. E' costituita da un insieme strutturato di conoscenze, abilità e risorse personali"; in secondo luogo occorre ricordare che anche l'Italia sta contribuendo al disegno di una strategia europea in materia avendo accettato di condividere l'iniziativa del *Quadro europeo delle qualifiche (EQF)* che mira a dotare l'Europa di uno strumento comune per facilitare la comparazione delle diverse qualificazioni esistenti negli Stati Membri dell'Unione Europea.

Rimane però un punto finale che il Progetto CompHP lascia scoperto. Se infatti, il versante dell'applicazione professionale e operativa del sistema di competenze è ben delineato e coerente, su un altro versante, quello della ricaduta sul sistema formativo, il lavoro di CompHP è ancora non concluso pur se, come si è evidenziato all'inizio riportandone le finalità, il progetto CompHP si propone di offrire uno strumento di miglioramento anche della qualità della formazione in Promozione della Salute.

Il contributo del Progetto CompHP – se assunto con chiarezza sia dai professionisti che dalle associazioni professionali che dal corpo accademico e delle organizzazioni formative

del settore – avrà certamente importanti ricadute a vantaggio del nostro sistema di Promozione della Salute e infine del nostro sistema di Sanità Pubblica. Esso infatti contribuirà allo sviluppo professionale in un'area di intervento che oggi ha, anche in Italia, un considerevole sviluppo quantitativo e qualitativo, incoraggerà l'applicazione di metodologie e pratiche basate su prove di evidenza scientifica, centrate sui bisogni delle comunità, solide dal punto di vista etico ed eque, formerà la base di pratiche responsabili sia dal punto di vista della qualità delle prestazioni che da quello dell'uso delle risorse pubbliche, assicurerà valide e chiare linee guida ad una pratica efficace e etica, darà sostanza ai processi formativi e di qualificazione professionale stabilendo un ponte tra questi e i bisogni professionali, sosterrà lo sviluppo delle carriere professionali facilitando la mobilità dei professionisti attraverso i molteplici "ambienti" di lavoro della Promozione della Salute, favorirà gli scambi professionali, attraverso il processo di accreditamento professionale ed il riconoscimento delle competenze, all'interno dei sistemi socio-sanitari regionali e tra Paesi che condividono il sistema delle competenze, promuoverà infine una comunicazione più efficace a livello multidisciplinare e multisettoriale attraverso il linguaggio comune delle competenze condivise rendendo omogenea la visione degli operatori che lavorano nei settori di interesse della Promozione della salute e favorendo un più solido riconoscimento della pratica di Promozione della Salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Sparks M. Introduzione al volume: Barry MM, Battel-Kirk B, Davison H, Dempsey C, Parish R, Schipperen M, Speller V, Zanden van der G, Zilnyk A. on behalf of the CompHP Partners. The CompHP Project Handbooks. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Paris:IUHPE; 2012.
2. Barry, MM, Battel-Kirk B, Davison H, Dempsey C, Parish R, Schipperen M, Speller V, Zanden, van der G, Zilnyk, A. on behalf of the CompHP Partners The CompHP Project Handbooks. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Paris:IUPHE; 2012.
3. <http://www.guadagnaresalute.it/programma/> (ultimo accesso 5 Settembre 2013)
4. <http://hphnet.org/> (ultimo accesso 5 Settembre 2013)
5. <http://www.schoolsforhealth.eu/> (ultimo accesso 5 Settembre 2013)
6. <http://www.guadagnaresalute.it/convegni/venezia2012.asp> (ultimo accesso 5 Settembre 2013)
7. <http://www.iuhpe.org/index.html?page=614&lang=en> (ultimo accesso 3 Agosto 2013)
8. British Standards Institution (2012). What is a standard? <http://www.bsigroup.com/en/Standards-and-Publications/About-standards/What-is-a-standard/>
9. Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005. A framework for Qualifications of the European Higher Education Area. 3.3 Descriptors of learning outcomes including competencies. 63-69. Ministry of Science, Technology & Innovation, Copenhagen, http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050218_QF_EHEA.pdf
10. Contu, P., Sotgiu, A. and the CompHP Partners (2012). Mapping competencies against academic curricula and exploring accreditation of educational and training programmes. IUHPE, Paris.

Il benessere soggettivo in tempi di crisi

Subjective well-being in times of crisis

Sandro Stanzani

Sandro Stanzani

Dipartimento TESIS (Time, Space, Image and Society), Università degli studi di Verona

Parole chiave: salute, benessere, crisi economica

RIASSUNTO

Obiettivi: la letteratura sulle conseguenze delle crisi economiche per il benessere degli individui ha messo in luce alcune relazioni statistiche. In particolare esiste un accordo tra i ricercatori sul fatto che le crisi economiche si trascinino dietro un aumento dei suicidi, delle malattie depressive e dell'abuso di sostanze alcoliche. Il presente lavoro si propone l'obiettivo di indagare l'impatto umano della crisi economica. In particolare, attraverso un panel di dati riferiti alla popolazione italiana, andrà alla ricerca di eventuali nessi tra il peggioramento delle condizioni economiche delle famiglie italiane e fenomeni meno critici, ma pur sempre rilevanti, come sono lo stato di benessere generale e la salute soggettivamente percepita.

Metodologia: il metodo utilizzato è quello della ricerca quantitativa attraverso dati raccolti in successive rilevazioni dal 2009 al 2012 su un panel rappresentativo della popolazione italiana.

Risultati: dall'analisi dei dati emerge che circa un quarto del campione ha avvertito in modo significativo il peggioramento delle condizioni economiche e che tale peggioramento è correlato ad una percezione negativa dello stato di salute. In sostanza la crisi non produce solo effetti negativi perché sviluppa un maggior grado di stati depressivi o un aumento dei tassi di suicidio, un maggior uso di sostanze alcoliche. Ma è il clima psicologico culturale del Paese che viene a modificarsi, tanto da colpire il cittadino in genere determinando un minore senso di benessere. Ciò richiede una riflessione sulle misure da mettere in campo, accanto a quelle di natura economico politica, per favorire anche in questa delicata fase la promozione della salute dei cittadini.

Key words: health, well-being, economic crisis

SUMMARY

Objectives: the social sciences found evidence of the statistical relation between economic crises and well-

being. Suicide, depressive illness and alcohol abuse seem to be the consequences of a worsening of individual economic status. The paper's aim is to analyze the human impact of Italian economic crises. Particularly through a panel of data it will search possible links between worsening of familial economic conditions and some less critical, but still important, phenomenon, like general subjective well-being and self-perception of health.

Method: the work uses a quantitative method of analysis of data collected thorough repeated surveys from 2009 to 2012 through a panel representative of the Italian population.

Results: data analysis shows that a quarter of the sample experienced a significant deterioration in economic conditions and that this decrease is related to a negative perception of health status. In short an economic crisis does not only produce strong negative effects like a greater degree of depression or an increase in suicide rates and increased use of alcohol. But it is the Country's cultural psychological climate that changes, so as to hit the single citizen resulting in a lower sense of well-being. This calls for a reflection on the measures to be put in place, alongside those of an economic policy, to encourage even in this delicate situation the promotion of public health.

1. Introduzione

Esiste un forte nesso tra sistema sociale e stato di benessere delle persone. Ne sono prova i fatti di cronaca che hanno accompagnato in questi ultimi tempi il persistere della crisi economica dei paesi industrializzati e dell'Italia in particolare. Certo le condizioni del sistema economico, i suoi alterni successi ed insuccessi non esauriscono il paniere delle variabili che influiscono sul benessere e sulla salute. Se ne sono accorti da tempo gli scienziati sociali, in particolare economisti e istituti di statistica che stanno cercando di individuare nuovi indici per misurare lo stato di benessere complessivo di una società che prescindano dal PIL. Al tempo stesso non è ancora chiaro in che misura e attraverso quali leve la dimensione economica della vita sociale incida sul benessere delle persone. È questo il contesto nel quale si colloca il presente lavoro che intende fornire un contributo alla misurazione dell'influenza esercitata

dalle variabili economiche sulla percezione del benessere da parte dei singoli, al fine di individuare eventuali modalità di promozione della salute. A tale scopo, il secondo paragrafo propone una rassegna della letteratura in argomento. Il quarto paragrafo, invece, presenta l'analisi dei dati messi a disposizione dal panel dell'Osservatorio sui consumi degli italiani. Il paragrafo cinque propone la discussione sintetica dei risultati di ricerca e alcune riflessioni di conclusione.

2. Rassegna della letteratura

La letteratura sui fattori psico-sociali che influenzano il benessere delle persone è imponente. Le recenti raccolte di saggi sul tema curate da Ed Diener (9, 10) ne forniscono una dimostrazione. Gli aspetti economici svolgono un ruolo non secondario nell'influenzare lo stato di benessere degli individui¹. Più di recente l'attenzione degli osservatori e delle scienze sociali si è rivolta agli effetti delle

¹ Una letteratura piuttosto estesa (ad esempio Diener & Oishi 2000; Diener & Seligman 2004; Fitch et al. 2009; Economou e Nikolaou 2008; Stuckler *et al.*) offre in proposito indizi empirici consistenti.

congiunture economiche sullo stato di benessere degli individui cercando di individuare qual è l'impatto prodotto da una fase di sviluppo o di crisi economica sulla salute. Non sempre, e non necessariamente, lo sviluppo è associato al benessere e la crisi al malessere. Ad esempio è stato osservato che nelle fasi di sviluppo economico si riscontra un aumento dell'inquinamento ed una maggiore esposizione ad agenti ambientali pericolosi, un aumento del traffico ed un conseguente aumento degli incidenti stradali, un aumento degli infortuni sul lavoro, una maggiore distribuzione della ricchezza che consente a più persone di sostenere stili di vita rischiosi per la salute.

Al tempo stesso i dati mostrano che in occasione delle crisi economiche i medesimi fattori di rischio si riducono con un effetto positivo sulla salute collettiva. Tuttavia non è questo un motivo sufficiente per dare il benvenuto alla crisi economica, anche perché oltre alle convinzioni del senso comune gli stessi dati di ricerca empirica hanno messo in luce una serie di conseguenze negative della crisi economica. È cioè provato ad esempio, che le crisi economiche sono positivamente correlate con un aumento dei suicidi (22), delle patologie depressive (13, 2) e dell'uso di sostanze alcoliche (7); così come ad una minore diffusione di stili di vita sani e ad un minore o ritardato accesso ai servizi e alle cure sanitarie. Questi ultimi fenomeni possono essere determinati dalla contrazione dei redditi e/o dell'aumento del costo di prodotti sani (ad esempio alimenti come la frutta e vegetali o di prodotti per l'igiene e la cura della persona), oppure all'aumento del costo di accesso a servizi sanitari di varia natura da quelli diagnostici a quelli terapeutici (6). Si pensi, per quanto riguarda il caso italiano, ai costi dei ticket o a quelli dei ser-

vizi non mutuabili come le cure dentistiche o la terapia psicologica.

Ciò che sembra più rilevante e urgente è, tuttavia, l'osservazione dell'influenza esercitata dalla crisi sul disagio psicologico. In effetti le patologie depressive e i comportamenti suicidi sono, nell'immediato, gli aspetti di maggiore impatto della crisi. Frequenti sono stati nel nostro Paese gli allarmi prodotti da fatti di cronaca che hanno coinvolto con forme di grave autolesionismo lavoratori e imprenditori in difficoltà economiche. Su questo fronte le scienze sociali non hanno mancato di esercitare la loro indagine per individuare quali sono i nessi che dalla crisi economica conducono al disagio soggettivo. Certamente la perdita del lavoro ha un'influenza sul benessere soggettivamente percepito. Ciò non solo per via della conseguente perdita del reddito, ma anche e, secondo alcuni, soprattutto per via delle ricadute simboliche e psico-sociali che una tale condizione si trascina dietro. Già diversi anni fa la psicologa sociale Mary Jahoda (18, 19, 20) ha elaborato una teoria delle funzioni dell'occupazione professionale distinguendo tra funzioni manifeste e funzioni latenti. La funzione manifesta dell'occupazione è quella di garantire un reddito al lavoratore, ma esistono, secondo la psicologa sociale austriaca, altre importantissime funzioni di natura psicologico-culturale che l'autrice definisce funzioni latenti. Si tratta della possibilità di strutturare l'esperienza del tempo e di condividere esperienze, dell'occasione di intrattenere relazioni regolari con persone all'esterno della famiglia, della possibilità di perseguire obiettivi e fini d'azione che trascendono gli scopi meramente personali, della definizione dello status e dell'identità del soggetto lavoratore. La ricerca ha offerto svariati sostegni empirici a tale prospettiva ed ha

riflettuto sugli effetti di *deprivazione latente* cui un licenziamento sottopone i disoccupati (6, 26).

Tuttavia, come spesso accade, l'attività di ricerca empirica non ha individuato nessi univoci tra le variabili in gioco². Si può ipotizzare che siano proprio i già citati aspetti psicologico-culturali della percezione del proprio lavoro a spiegare la scarsa concordanza dei dati di ricerca empirica relativamente all'impatto determinato dalle crisi economiche sulla rappresentazione soggettiva del benessere e della salute. Alcune ricerche addirittura sostengono che sembra essere per lo più lo stato di incertezza, e, dunque, la dimensione psicologica, piuttosto che quella meramente economica a determinare un peggioramento nella percezione soggettiva del benessere. Ad esempio Dekker e Schaufeli (16) hanno mostrato che, in una fase di crisi aziendale, i lavoratori sottoposti all'incertezza derivante dal rischio di perdere il lavoro, una volta informati del loro effettivo licenziamento, e dunque di un peggioramento della loro condizione economica, mostravano tuttavia un aumento del loro benessere.

La disoccupazione non è, comunque, l'unica conseguenza negativa prodotta dalle crisi economiche sulla vita delle persone e, come

abbiamo visto, non è univoca l'influenza che essa produce, poiché è condizionata dall'intervento di variabili psicologiche, sociali e culturali. Esistono altri studi che testimoniano delle tragiche ricadute umane delle congiunture economiche negative³.

3. Obiettivi e metodologia della ricerca

Mantenendo sullo sfondo le ricerche consolidate su crisi economica e salute ed in particolare l'analisi sugli esiti più tragici che la crisi ha prodotto⁴ il presente lavoro conduce un'indagine esplorativa sul clima psicologico culturale indotto dalla crisi economica⁵, nell'ipotesi che l'insicurezza circa il futuro e la chiusura di prospettive generate dal clima economico abbiano un impatto sul benessere individuale.

A tale scopo utilizzeremo i dati dell'Osservatorio sulle strategie di consumo delle famiglie curato dalla società di ricerca sociologica SWG e dal centro studi CRiS dell'Università di Verona. L'osservatorio, diretto da Maurizio Pessato (SWG) e da Domenico Secundulfo (Università di Verona), conduce periodicamente indagini campionarie con il metodo CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) su un panel (*split panel*) di circa

²Un lavoro che ha proposto un'analisi ancora attuale e di sicuro interesse dell'influenza esercitata da una serie di variabili intervenienti nella relazione tra perdita del lavoro e aumento di sintomi depressivi è stato condotto da Leonard Pearlin e collaboratori (28); cfr. anche Pearlin (27).

³Per una riflessione ad ampio raggio Feather (18), importanti ricerche empiriche sono quelle di Blanchflower e Oswald (5); Di Tella *et al.* (15), che hanno mostrato una correlazione tra il benessere soggettivamente percepito e variabili economiche come la disoccupazione e l'inflazione. Si veda anche ad esempio Bambra e Eikemo (3).

⁴Per un'analisi della variabili che influenzano negativamente la salute degli italiani in tempi di crisi si veda Costa *et al.* (7) e la banca dati dell'Osservatorio nazionale sulla salute degli italiani PASSI (<http://www.epicentro.iss.it/passi/>).

⁵Sul tema dell'impatto psicologico delle crisi economiche nei paesi europei cfr. Who (2011), Anderson (1), de Belvis *et al.* (4).

2.000 intervistati rappresentativo dell'intera popolazione italiana. Il campione è stratificato per area geografica di residenza (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole), sesso ed età degli intervistati. In particolare nel presente lavoro verranno utilizzati dati dell'ultima rilevazione disponibile al momento (dicembre 2012) e confrontati, in alcuni casi, con le rilevazioni precedenti (2009, 2010, 2011). Il lavoro ha un obiettivo descrittivo ed esplorativo, non tenta di verificare ipotesi o di fornire analisi esplicative dei nessi tra le variabili analizzate.

4. Risultati

4.1. *L'impatto economico della crisi*

Attraverso le domande del questionario è possibile osservare l'andamento della crisi negli ultimi anni. Si ricordi che la crisi ha fatto sentire i suoi effetti in Italia con particolare intensità a partire dal 2009. I dati dell'osservatorio mostrano in generale un andamento altalenante che, sulla base della percezione degli intervistati, vede la situazione economica delle famiglie peggiorare nel 2009, recuperare nel corso del 2010, per poi conoscere un più forte peggioramento nel 2011 e soprattutto nel 2012. Se ad esempio si analizza la variabile sulla situazione lavorativa dei membri delle famiglie intervistate, si nota che nel 2009 il 25,7% delle famiglie ha visto un peggioramento della condizione lavorativa di almeno uno dei suoi membri, nel 2010 il 24,5%, nel 2011 il 27,4% e nel 2012 del 31,6%.

Se poi ci si limita a confrontare i dati del 2009 con quelli del 2012 si nota con maggiore chiarezza l'impatto complessivo della

crisi economica. Infatti, se nel 2009 la crisi ha cambiato il modo di fare la spesa del 66,7% degli intervistati, nel 2012 (assommando a 77,6% degli intervistati) sono l'11% in più le famiglie costrette ad un tale cambiamento. Percentuali analoghe si riscontrano alla domanda sulla impossibilità di accantonare risparmi. Nel 2012 sono il 74,3% degli intervistati a dichiarare di non riuscire ad accantonare risparmi, nel 2009 era il 66,3% (l'8% in meno). In sostanza la crisi impedisce oggi ai tre quarti degli italiani di confermare una delle caratteristiche tipiche del Paese: l'elevata propensione al risparmio delle famiglie. Vi è poi, nel 2009, una quota circa del 20% (non molto lontana dal 25% di famiglie che ha visto uno dei membri della famiglia peggiorare la sua situazione lavorativa) che dichiara di non disporre di un reddito familiare sufficiente a coprire tutte le spese mensili e che è stata costretta nel corso dell'anno a chiedere aiuti economici. La quota di chi non ha un reddito sufficiente nel 2012 è salita al 23,2%, mentre è rimasta invariata la percentuale di coloro che hanno chiesto aiuti economici. Insomma possiamo dire che complessivamente la crisi economica ha fatto sentire in modo significativo il suo impatto, con un'accentuazione lungo il corso del 2012 (Tab. 1, v. pag. seg.).

Con le domande citate è stata costruita una variabile sintetica per misurare l'impatto della crisi sulle economie familiari⁶. Ne è scaturito un indice che, standardizzato, varia tra 0 e 10, e nel 2009 presenta un valore medio di 4,4 con una deviazione standard di 2,9, mentre nel 2011 la media è 4,6 e la deviazione standard 2,8 e nel 2012 la media

⁶ Per la costruzione dell'indice sono state utilizzate le seguenti variabili: il reddito mensile non è sufficiente per coprire le spese familiari; nell'ultimo anno è capitato di chiedere aiuti economici; nell'ultimo anno non è riuscito ad accantonare risparmi; la crisi ha cambiato il suo modo di fare la spesa.

Tab. 1 - L'impatto della crisi sulle economie familiari

	Anno	2009	2010	2011	2012
Nell'ultimo anno la situazione lavorativa di uno dei membri della famiglia è peggiorata	%	25,7	24,5	27,4	31,6
La crisi ha cambiato il modo di fare la spesa	%	66,7	65,8	71,0	77,6
Il reddito mensile non è sufficiente per coprire le spese familiari	%	19,2	17,2	20,8	23,2
Nell'ultimo anno è capitato di chiedere aiuti economici	%	20,8	19,0	19,6	20,9
Nell'ultimo anno non è riuscito ad accantonare risparmi	%	66,3	64,9	69,7	74,3
	N	2022	2007	2008	2109

crece al 4,9 con una deviazione standard dello 0,28. Siamo dunque di fronte a un fenomeno in crescita che testimonia del perdurare e dell'aggravarsi nel corso del tempo degli effetti economici della crisi sulle condizioni di vita delle famiglie.

Incrociando i valori dell'indice con i dati di profilo degli intervistati emerge che la crisi si fa sentire leggermente di più per coloro che sono nelle coorti centrali delle fasce d'età. Il diverso sviluppo economico delle aree geografiche del Paese genera un diverso impatto della crisi che è avvertito maggiormente dalle famiglie, man mano che si passa da Nord a Sud. Anche la struttura familiare sembra esercitare un'influenza sulla percezione della crisi. Sono le famiglie con figli, specie se più di uno, ad avere un più alto indice di impatto della crisi. E, ovviamente, l'indice di impatto della crisi è maggiore per coloro che sono in condizioni occupazionali maggiormente precarie, disoccupati, cassintegrati, lavoratori atipici e giovani in cerca di prima occupazione. In sostanza l'analisi bivariata, che considera il profilo degli intervistati e delle loro famiglie e l'impatto della crisi economica, conferma le nozioni di senso comune.

4.2. L'impatto psicologico della crisi

Alcune domande del questionario sono volute a rilevare quello che potremmo definire l'impatto psicologico legato alle condizioni economiche degli intervistati, o, per meglio dire, costituiscono una *proxy* del concetto. Agli intervistati è stato chiesto di valutare la situazione economica della loro famiglia, distinguendo tra: precaria; soddisfacente; buona e ottima; e di manifestare la loro eventuale preoccupazione pensando alla situazione economica familiare dell'anno futuro. Le rilevazioni successive mostrano che, quanto alla valutazione della condizione economica della famiglia, circa il 35% degli intervistati nel 2009 la riteneva buona od ottima. Nel 2011 il dato è in leggero calo (- 2 punti percentuali) e nel 2012 il calo si fa ancora più significativo (- 8 punti percentuali rispetto al 2009). Andamento analogo per la variabile relativa alle previsioni future, che nel passaggio dal 2009 al 2012 vede un aumento di 8 punti percentuali tra coloro che si dicono fortemente preoccupati per la situazione economica familiare dell'anno seguente (Tab. 2, v. pag. seg.).

Attraverso le due variabili appena citate è stato costruito un indice di impatto psicolo-

Tab. 2 - La preoccupazione per la crisi (valori %)

Come valuta l'attuale situazione economica della Sua famiglia?	Precaria	Soddisfacente	Buona	Ottima	N
2009	20,5	44,4	27,5	7,6	2002
2010	18,6	46,7	26,6	8,1	2007
2011	22,1	45,2	25,8	7,0	2008
2012	25,2	46,8	22,0	6,1	2109
Pensando alla situazione economica familiare del prossimo anno, si ritiene	Per nulla preoccupato	Scarsamente preoccupato	Preoccupato	Fortemente preoccup.	
2009	8,0	39,2	42,6	10,2	2002
2010	7,4	41,5	40,4	10,7	2007
2011	3,9	29,7	49,2	17,2	2008
2012	3,2	30,8	47,5	18,4	2019

gico della crisi, che, standardizzato secondo un intervallo da 0 a 10, presenta un valore medio di 5,59 nel 2009 con una deviazione standard di 2,37 mentre nel 2012 è aumentato al valore medio di 6,24 con una deviazione standard di 2,30. Se si correla la variabile ottenuta con l'indice di impatto economico della crisi se ne ricava un r di Pearson di 0,658***, che testimonia della stretta associazione tra aspetti strutturali e psicologici della crisi. Se poi si analizza l'indice d'impatto psicologico in relazione alle variabili di profilo degli intervistati si riscontra una conferma di quanto già rilevato per l'indice di impatto economico della crisi. Sostanzialmente, la crisi sembra avere maggiori ripercussioni psicologiche man mano che si scende da Nord a Sud del Paese, se si hanno figli, se si è in età lavorativa, si possiede un titolo di studio basso e se ci si trova in una condizione occupazionale incerta (disoccupati, in cerca di prima occupazione, lavoratori atipici). Inoltre si può dire che, come mostra la figura 1, il perdurare della crisi ha prodotto un innalzamento della preoccupazione per la situazione economica della famiglia negli anni

a venire. Si è infatti passati da valori intorno al 50% nel 2009 e 2010 a valori intorno al 66% nel 2011 e 2012 (Fig. 1, v. pag. seg.).

4.3. Crisi economica e benessere soggettivo

Accertata l'influenza crescente della crisi sulle economie familiari e lo stato di preoccupazione che ne deriva, indaghiamo le eventuali conseguenze della crisi economica sulla salute.

L'osservatorio fornisce una sola variabile per misurare il grado di salute soggettivamente percepito. Si tratta della domanda formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che recita: "Come va la sua salute oggi?: (5) molto bene; (4) bene; (3) discretamente; (2) male; (1) molto male" e utilizzata, in Italia, anche dall'Istat. La quota di coloro che si collocano nella polarità negativa poiché utilizzano le modalità di risposta male e molto male è circa del 28% ed è leggermente superiore alla quota della polarità positiva 26%⁷ (Tab. 3, v. pag. seg.).

Se si incrocia il dato con le variabili che riguardano la situazione economica delle famiglie si ottiene un quadro empirico che testimonia dell'associazione tra gli aspetti materiali della vita delle famiglie e la percezio-

⁷ Purtroppo in questo caso non è possibile un confronto con gli anni precedenti poiché è stata utilizzata una diversa strategia di rilevazione della variabile.

Fig. 1 - Andamento della preoccupazione per la situazione economica



Tab. 3 - Grado di salute soggettivamente percepita (anno 2012)

Come va la sua salute in generale oggi?		
	N	% valide
Molto bene	166	7,9
Bene	385	18,2
Discretamente	969	46,0
Male	485	23,0
Molto male	103	4,9
Totale	2108	100,0

ne soggettiva del benessere.

Ad esempio incrociando la salute soggettivamente percepita con la disponibilità di reddito si può notare chiaramente che tra coloro che non hanno un reddito mensile sufficiente a coprire tutte le spese è molto più alta la percentuale di quanti dichiarano di trovarsi in condizioni di salute critiche (le risposte: male/molto male sono il 23,3% tra chi dispone di un reddito mensile sufficiente e il 43% tra chi non ne dispone) (tab. 4, v. pag. seg.).

Analogamente alla domanda “Come valuta

l’attuale situazione della sua famiglia?” si nota una netta associazione con la variabile relativa alla salute percepita. Infatti la percentuale di coloro che dichiarano di godere di salute buona o molto buona cresce sensibilmente se si passa da coloro che definiscono la situazione economica precaria (20,2% dichiara di godere di buona salute) a coloro che la definiscono ottima (37,0%). All’opposto, coloro che dicono di non godere di buona salute sono il 48% di chi considera precaria la situazione economica della famiglia e solo il 19,7% di coloro che la considerano ottima. Vi è dunque un nesso particolarmente forte e significativo tra le due variabili (Tab. 5, v. pag. seg.)

Certo le relazioni analizzate potrebbero anche essere spiegate nei termini di un’influenza delle condizioni di salute sulla situazione economica, ma pare decisamente più probabile che sia il giudizio sulla propria condizione economica a determinare una maggiore o minore soddisfazione per il proprio benessere psicofisico. La forza del nesso tra percezione del proprio stato di benessere psicofisico e condizioni economiche è con-

Tab. 4 - Grado di salute soggettivamente percepita e reddito mensile (anno 2012)

			Il reddito mensile di cui dispone la sua famiglia è sufficiente a coprire le spese mensili?		
			Sì	No	Totali
Come va la sua salute in generale oggi?	Molto bene/ Bene	%	27,4	22,0	26,2
	Discretamente	%	49,3	35,0	46,0
	Male/ Molto male	%	23,3	43,0	27,8
Totali		N			2109
		%	100,0	100,0	100,0

Chi-quadrato = 73,30; V di Cramer = 0,186; $p < 0,001$; gradi di libertà 2

Tab. 5 - Grado di salute percepita e situazione economica della famiglia (anno 2012)

			Come valuta l'attuale situazione economica della Sua famiglia?				Totali
			Precaria*	Soddisfacciente*	Buona*	Ottima*	
Come va la sua salute in generale oggi?	Molto bene/ Bene	%	20,2	26,5	29,3	37,0	26,1
	Discretamente	%	31,3	49,6	55,8	43,3	46,0
	Male/ molto male	%	48,6	23,9	14,9	19,7	27,9
Totali		n	531	986	464	127	2108
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-quadrato = 170,98; V di Cramer = 0,201; $p < 0,001$; gradi di libertà 6

* *Precaria*: le risorse familiari non sono sufficienti e siamo sempre costretti a delle rinunce o a dei tagli di spesa.

* *Soddisfacciente*: le risorse familiari soddisfano le esigenze principali ma talvolta siamo costretti a delle rinunce.

* *Buona*: le risorse familiari soddisfano ogni esigenza ma non riusciamo a mettere da parte dei risparmi.

* *Ottima*: le risorse familiari soddisfano ogni esigenza e riusciamo anche a mettere da parte i risparmi

fermata anche dall'incrocio con altre variabili, quali ad esempio: «Nell'ultimo anno le è capitato di chiedere aiuti economici?». Tra coloro che hanno risposto «sì» il 33,2% valuta il suo attuale stato di salute in modo negativo, mentre lo fa solo il 26% di coloro

che non hanno chiesto aiuti economici. Analoghe distribuzioni si ottengono con domande del tipo «Nell'ultimo anno è riuscito ad accantonare risparmi?». Chi ha risparmiato sta meglio di chi non è riuscito a farlo. Anche variabili come il miglioramen-

Tab. 6 - Grado di salute percepita e impatto economico della crisi (anno 2012)

			Indice di impatto economico della crisi			
			Basso	Medio	Alto	Totali
Come va la sua salute in generale oggi?	Molto bene/ Bene	%	30,2	23,7	25,0	26,2
	Discretamente	%	49,6	48,3	38,4	45,9
	Male/ molto male	%	20,2	28,0	36,6	27,9
Totali		n	678	830	601	2110
		%	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi-quadrato = 47,64; V di Cramer = 0,106; $p < 0,001$; gradi di libertà 4

to o il peggioramento delle condizioni di lavoro di un familiare incidono sul benessere percepito. Non v'è dubbio, dunque, che esista un nesso tra la crisi economica e la percezione del proprio stato di salute. Ciò giustificherebbe l'ipotesi che con la crisi economica si stia diffondendo un atteggiamento di pessimismo generalizzato che arriva a coprire anche la sfera della percezione del proprio benessere psicofisico.

Per cogliere in modo sintetico quanto appena detto utilizziamo gli indici di impatto economico e di impatto psicologico della crisi. Dalla tabella 6 emerge con chiarezza l'associazione tra le due variabili dell'impatto economico della crisi e del grado di salute soggettivamente percepito. In effetti, coloro che dichiarano di sentirsi male o molto male sono solo il 20,2% di chi avverte un basso impatto della crisi mentre sono il 36,6% di coloro che ne subiscono uno elevato. Un andamento analogo, anzi dimensionalmente più accentuato, si riscontra incrociando l'indice di impatto psicologico della crisi con il grado di salute percepita (Tab. 6).

La tendenza evidenziata trova poi un'ulteriore conferma in altre elaborazioni, non

ultime le tavole di contingenza tra reddito familiare e salute percepita. Non è tuttavia il caso di insistere nell'approfondimento statistico della tendenza. Le rilevazioni sono sufficienti per certificare la necessità di riflettere in qualche modo sulle conseguenze psicologico-culturali della stagione economico politica che stiamo attraversando, e di interrogarsi sulle iniziative che possono essere messe in campo per fronteggiare non solo gli aspetti strutturali della crisi, ma le conseguenze psicologico-culturali che essa si trascina dietro.

7. Conclusioni

In sintesi il panel dell'Osservatorio sui consumi delle famiglie mostra che la crisi economica ha colpito una quota consistente di cittadini. Oltre il 65% degli intervistati nel periodo dal 2009 al 2012 dichiara di avere dovuto modificare il proprio modo di fare la spesa, di avere dovuto ridurre gli acquisti per alcune tipologie merceologiche e di non essere riuscito ad accantonare risparmi. Inoltre un 25% circa lamenta di avere fatto esperienza di un peggioramento della condizione lavorativa di un familiare ed una percentuale simile (intorno al 20%) dichiara di non

disporre di un reddito mensile sufficiente a coprire tutte le spese familiari e di avere dovuto chiedere nell'ultimo anno aiuti economici. Tali fenomeni sono distribuiti in modo diverso tra la popolazione, aumentano in presenza di figli e nel passaggio dal nord al sud del Paese e si riducono al crescere del titolo di studio.

Tale situazione, che affligge il sistema economico e le casse delle famiglie, si ripercuote anche sugli atteggiamenti, le opinioni e gli umori degli intervistati. C'è oramai una mole considerevole di dati che mostra le correlazioni tra crisi economica e fenomeni patologici di tipo psichico. Tuttavia, i dati dell'osservatorio evidenziano che la crisi non produce solo effetti negativi perché sviluppa un maggior grado di stati depressivi o un aumento dei tassi di suicidio, un maggior uso di sostanze alcoliche. Ma è il clima psicologico culturale del Paese che viene a modificarsi, tanto da non colpire solo chi si trova in condizioni di estrema difficoltà economica e mette in atto strategie di "fronteggiamento" estreme (assunzione di alcool, manifestarsi di patologie psicologiche o psichiatriche, suicidi). È piuttosto il cittadino in genere ad essere afflitto dalla crisi ricevendone un minore senso di benessere e addirittura una definizione del proprio grado di salute più precario (indipendentemente da effettive manifestazioni biologiche o psicologiche del malessere). La ricerca ha messo in luce, infatti, che l'esperienza di dovere modificare il proprio stile di vita, di dover tenere sotto controllo le spese, di monitorare a fine mese il saldo del conto corrente, sono tutti fattori che si associano ad una percezione negativa dello stato di salute/benessere degli intervistati. Anzi quanto maggiore è il numero di eventi conseguenti la crisi economica sperimentati dal sogget-

to tanto maggiore è la probabilità che egli definisca la situazione della sua salute come negativa in modo più o meno indipendente dal buon funzionamento dell'organismo.

In un tale contesto, quali possono essere le misure da mettere in campo per la promozione della salute? Di primaria importanza sono, ovviamente, le misure di politica economica che devono essere messe in campo per migliorare le prospettive economiche e, di conseguenza, il clima psicologico generale. Tuttavia, nella congiuntura attuale, spesso tali misure sono misure di austerità che tendono a ridurre le risorse economiche delle famiglie (in seguito alla tassazione) e le risorse a disposizione per l'erogazione dei servizi pubblici (tagli di spesa). Ciò a quanto pare tende ad aggravare il clima psicologico, a meno che i cittadini non avvertano nelle stesse misure un sacrificio necessario ad un'apertura di prospettiva futura. In sostanza la situazione è tale per cui a fronte di una carenza di risorse economiche, oltre ad agire per migliorare il loro rendimento in vista di una loro futura implementazione, occorre portare l'attenzione su altre risorse. Risorse simboliche e sociali. In quest'ottica le istituzioni politiche e la pubblica amministrazione hanno un ruolo chiave e sono chiamate ad esercitare tutta la loro responsabilità. Nello specifico le stesse politiche sanitarie, pur nell'austerità delle misure, dovrebbero insistere sul valore della tutela della salute, conservando ad esempio una attenzione ai livelli essenziali di assistenza. Come mostrano alcune ricerche empiriche - ad esempio Rothstein e Stolle (29); Stolle (30) - le buone performances delle pubbliche amministrazioni concorrono a generare capitale sociale e coesione sociale, cioè risorse sociali simboliche che possono in un certo senso sopperire alla carenza delle ri-

sorse economiche. Servizi sociali ed educativo formativi che sfuggano alla trappola dell'assistenzialismo cercando di attivare ed accrescere (con l'apprendimento e formazione ad esempio) le risorse di chi a causa della crisi si trova in condizioni di difficoltà, possono concorrere a livello micro-sociale a modificare il clima psicologico negativo innescato dalla crisi. Al tempo stesso anche politiche di promozione della coesione sociale attraverso l'associazionismo o la tutela dei beni comuni, come il verde, possono concorrere alla generazione di capitale sociale, quale risorsa aggiuntiva rispetto alle risorse economiche carenti. La letteratura sul capitale sociale e sul suo ruolo nella promozione del benessere soggettivo è decisamente consistente⁸. Il capitale sociale è un concetto che ha avuto un notevolissimo successo nelle scienze sociali nell'ultimo decennio. È stato utilizzato quale variabile esplicativa di una serie molteplice di fenomeni, tra i quali il buon funzionamen-

to dei mercati, così come delle istituzioni politico amministrative e appunto del benessere soggettivo. Si tratta di un concetto multidimensionale e viene inteso come un insieme di risorse alle quali è possibile accedere in virtù della qualità delle relazioni sociali. Tra le dimensioni che lo caratterizzano vi è il "livello" delle relazioni sociali in virtù delle quali si generano le risorse: le relazioni primarie, come quelle familiari e di parentela, le relazioni secondarie, come quelle dei contesti comunitari allargati, come le associazioni sociali e quelle secondarie generalizzate, come le relazioni che ci legano ai cittadini del Paese d'origine. A tutti questi livelli si potrebbe pensare di attivare il capitale sociale per far fronte alla crisi economica. A tale proposito una ricerca che chiarisca quali risorse relazionali, oggi, in Italia, sono maggiormente in grado di incidere sul benessere soggettivo sarebbe di particolare utilità per progettare misure di promozione della salute in tempi di crisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson P. Economic crisis and mental health and well-being, A background paper prepared for the WHO Regional Office for Europe; 2011
2. Askitas N, Zimmermann KF. Health and well-being in the crisis. Bonn: IZA Institute, Discussion paper 5601; 2011.
3. Bambra C, Eikemo TA. (2009), Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009; 63: 92-8.
4. de Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health Policy* 2012; 106(1):10-6.
5. Blanchflower D, Oswald A. Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics* 2007; 88:359-1386.
6. Cole M. Re-Thinking unemployment: a challenge to the legacy of Jahoda et al. *Sociology* 2007; 41:1133-1149.
7. Costa G, Marra M, Salmaso S, Gruppo AIE. Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia, in *Epidemiologia e Prevenzione* 2012; 36(6):337-66.
8. Dee TS. Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health Economics* 2001; 10(3):257-70.
10. Dekker S, Schaufeli W. The effects of job insecurity

⁸ Per una rassegna della letteratura si vedano i lavori di Kawachi (24), Islam e coll. (20)

- on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist* 1995; 30: 57-63.
11. Diener E. ed. *The science of well-being. The collected works of Ed Diener.* London: Springer; 2009a.
 12. Diener E. ed. *Culture and well-being. The collected works of Ed Diener.* London: Springer; 2009b
 13. Diener E, Oishi S. Money and happiness. Income and subjective well-being across nations. In: E. Diener E, Suh E.M. (eds.) *Culture and subjective well-being*, Cambridge MA: Mit Press, pp. 185-218; 2000.
 14. Diener E, Seligman M. Beyond money. Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest* 2004; 5(1):1-31.
 15. Di Tella R., MacCulloch R, Oswald A. Preferences over inflation and unemployment. evidence from surveys of happiness. *American Economic Review* 2001; 91:335-341.
 16. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment. Panel findings from the epidemiological catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology* 1994; 22:45-65.
 17. Economou A, Nikolaou A. Are Recessions Harmful to Health After All? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies* 2008; 35(5): 368-84.
 18. Feather NT. *The Psychological Impact of Unemployment* Berlin: Springer-Verlag; 1990 .
 19. Fitch C., Hamilton S., Basset P. & Davey R. (2009), Debt and mental health. What do we know? What should we do?, London, Royal College of Psychiatrists and Rethink, [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Debt%20and%20mental%20health%20\(lit%20review\).pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Debt%20and%20mental%20health%20(lit%20review).pdf).
 20. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindstrom M, Gerdtham U. (2006), *Social Capital and Health: Does Egalitarian Egalitarianism Matter?* *International Journal for Equity in Health* 2006; 5(3): 1-28.
 21. Jahoda M. *Work, Employment, and Unemployment. Values, Theories, and Approaches in Social Research.* *American Psychologist* 1981; 36: 184-191.
 22. Jahoda M. *Employment, and Unemployment. A Social Psychological Analysis*, Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
 23. Jahoda M. *Economic Recession and Mental Health: Some Conceptual Issues.* *Journal of Social Issues* 1988; 44: 13-23.
 24. Kawachi I. *Commentary: Social Capital and Health: Making the Connection one Step at a Time.* *International Journal of Epidemiology* 2006; 35:989-993.
 25. Lewis G, Sloggett A. *Suicide, Deprivation, and Unemployment Record Linkage Study.* *British Medical Journal* 1998; 317: 1283-6.
 26. Paul KI., Geithner E, Moser K. *A Test of Jahoda Latent Deprivation Model with Persons Who Are out of Labour Force.* *Laser Discussion Paper* 2007; n. 9.
 27. Pearlin LI. *The sociological study of stress.* *Journal of Health and Social Behavior* 1989; 30: 241-256.
 28. Pearlin LI, Menaghan EG, Lieberman MA, Mullan JT. *The Stress Process*, in *Journal of Health and Social Behavior*. 1981; 22 (4): 241-256.
 29. Rothstein B, Stolle D. (2008), *Political Institution and Generalized Trust.* In: Castiglione D, Van Deth JW, Wolleb G.(eds.) *The Handbook of Social Capital.* Oxford: Oxford University Press; 2008; pp. 273-302.
 30. Stolle D. *The Sources of Social Capital*, in Hooge M, Stolle D. (eds) *Generating Social Capital: Civil Society and Institutions in Comparative Perspective.* New York: Palgrave Macmillan 2003; pp. 19-42.
 31. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis.* *Lancet* 2009; 374: 315-23.

Promuovere la salute ed il benessere in età adulta ed anziana attraverso il potenziamento delle Life Skills. Un percorso di ricerca-intervento.

Promoting health and well-being in adult and old people through the enhancement of Life Skills. A research-intervention.

Manuela Zambianchi, Pio Enrico Ricci Bitti

Manuela Zambianchi
Dipartimento di psicologia, Università di Bologna

Pio Enrico Ricci Bitti
Dipartimento di psicologia, Università di Bologna

Parole chiave: Life Skills, apprendimento attivo, adulti, anziani, funzionamento positivo

RIASSUNTO

Introduzione: nella società post-moderna contemporanea si rende sempre più necessario promuovere nelle persone adulte ed anziane delle competenze che favoriscano la riduzione dei rischi per la salute, legati alla crescente complessità della società stessa, alla precarizzazione dei percorsi biografici di vita ed alla necessità di individuare risposte nuove e flessibili. Le Life Skills (35) possono rappresentare anche per le età adulta e anziana risorse e competenze efficaci per rispondere con adeguatezza alle sfide poste dalla società contemporanea e garantire salute e benessere.

Obiettivi. attraverso due esperienze di ricerca-intervento si è cercato di potenziare alcune Life Skills di adulti ed anziani.

Metodologia: l'intervento è stato presentato sotto forma di corsi proposti all'Università per Adulti della città di Lugo (Ravenna) con la partecipazione di 37 iscritti (età media 52.30 anni) per il primo corso e 21 iscritti (età media 53,9) per il secondo corso. Ai partecipanti sono stati dapprima somministrati dei questionari che hanno indagato: l'autoefficacia percepita nelle relazioni interpersonali, nell'empatia, nell'espressione delle emozioni positive e nella regolazione delle emozioni negative e nel problem solving creativo; un altro questionario ha approfondito la prospettiva temporale e le strategie di gestione degli eventi critici posti nel futuro.

Risultati: le competenze che hanno ottenuto il punteggio più elevato sono l'espressione delle emozioni positive e l'empatia, mentre quelle più critiche sono la regolazione delle emozioni negative e le relazioni interpersonali. Una particolare attenzione è stata posta alle strategie di anticipazione degli eventi critici posti nel futuro, emerse come fattori di rischio per il benessere. I risultati emersi a livello teorico hanno indirizzato le modalità di realizzazione dell'intervento, che è stato condotto attraverso una metodologia mista, alternando momenti di approfondimento teorico con laboratori di apprendimento attivo.

Key words: life-skills, active learning, adults, old age, positive functioning

SUMMARY

Introduction: in post-modern society it become increasingly necessary to promote in adult and old people competencies that foster the reduction of bio-psycho-social health risks, related to increasing complexity of society and flexibilization of biographies that request new and more flexible answers. Life Skills, a set of competencies for managing life task and challenges (35), can represent effective resources a to deal with challenges of our society.

Objectives: two project was aimed to promote and improve Life Skills in adulthood and old age. These projects were presented at University of Adults of Lugo (Ravenna). 37 individuals (mean age = 52,30) participated in the first course, while 21 individuals (mean age = 53,9) participated in the second course.

Method: participants firstly filled four questionnaires that investigate the perceived self-efficacy concerning interpersonal relationships, empathy, expression of positive emotions and regulation of negative emotions, and creative problem solving; another questionnaire investigated the time perspective.

Results: the skills with the highest score were the expression of positive emotions and empathy, while the regulation of negative emotions and interpersonal relationships showed the lowest scores. Negative future emerged as one of the most critical time dimensions for well-being in all stages of life. The life skills have been than explored and improved through a mixed methodology, including laboratories of active learning.

1. Introduzione

A partire dalla fine degli anni '70 del secolo scorso nuove scoperte scientifiche, relative ai fattori che influenzano la salute e la malattia, indicavano la presenza di strette interrelazioni tra sistemi biologici e sistemi psicologici dell'individuo, aprendo la strada a nuovi paradigmi interpretativi e nuovi approcci ai temi della promozione della salute e della prevenzione della malattia. La nascita del modello bio-psico-sociale (23), che introduce, tra i fattori responsabili dell'esordio di patologie, anche le condizioni psicologiche ed i contesti sociali in cui l'individuo è inserito, è contemporanea all'introduzione, da parte di autori come Bronfenbrenner (14), di un approccio sistemico allo sviluppo umano. I contesti di vita non solo prossimali, come il sistema familiare, ma anche distali come l'ambiente lavorativo dei genitori ed i modelli culturali e valoriali che sono propri di una determinata società concorrono a determinare lo sviluppo, più o meno positivo, dell'individuo. Una

nuova disciplina come la Psicologia della Salute, affermatasi negli ultimi decenni del secolo scorso, ha tra i suoi obiettivi di ricerca e di intervento l'individuazione dei fattori di rischio e di protezione della salute nelle diverse fasi di vita, spostando gradualmente il suo baricentro di interesse dalla riduzione del danno e della sintomatologia dei disturbi alla prevenzione degli stessi ed alla promozione di uno stile di vita sano in ogni fase della vita (6, 7).

Inserendosi nel dibattito degli anni settanta e ottanta del secolo scorso sulla complessità delle definizioni di salute e malattia, la carta di Ottawa per la promozione della Salute (36), indicò quali fondamenta imprescindibili per il mantenimento della salute la presenza di adeguate risorse economiche, l'alimentazione, la condizione abitativa, la presenza di un ecosistema stabile, l'uso sostenibile delle risorse e la presenza di risorse e competenze negli individui, sottolineando inoltre i legami stretti che intercorrono tra le condizioni socio-economiche, le

caratteristiche dell'ambiente, lo stile di vita e la salute.

L'attenzione crescente alle componenti positive della salute portò, verso la fine del secolo scorso, alla nascita del movimento della Psicologia Positiva (48). La Psicologia Positiva pone l'accento sulle risorse e le potenzialità dell'individuo anziché sui deficit e sulle condizioni di malessere (20). La capacità dell'individuo di far fronte alle sfide ed alle richieste del contesto sociale, ma anche di saper trarre dalle esperienze di vita elementi di crescita e maturazione psicologica è legata alla presenza di risorse di natura cognitiva e sociale che vengono acquisite sia nell'età dello sviluppo, sia, come dimostrano sempre più gli studi in prospettiva life-span, nell'età adulta ed anche in età anziana. Essa fa propria, soprattutto all'interno della prospettiva eudaimonica del benessere (46, 51), una concezione della salute intesa come "flessibilità proattiva", come capacità creativa di adattamento all'ambiente, dove individuo e ambiente si modificano entrambi in senso costruttivo grazie alle reciproche influenze. Una concezione che, come sostengono Masten et al. (32), favorisce lo sviluppo globale ed il raggiungimento della salute (quindi molto più che mera assenza di malattia) attraverso il possesso e l'utilizzo di competenze, strategie, risorse da parte dell'individuo che attraverso di esse riesce non solo a ridurre l'effetto nocivo dei fattori di rischio, ma a modificare l'ambiente di vita in modo favorevole al dispiegamento delle proprie potenzialità. Cowen (19) introduce un approccio dinamico e multi-componenziale al benessere psicologico: egli parte dal presupposto che il benessere si fonda sulla progressiva costruzione di competenze, definite sia come possesso di capacità effettive, sia come percezione di competenza

nell'utilizzarle. Per Cowen le competenze vengono costruite durante la fanciullezza e variano nelle diverse fasi della vita, in relazione ai compiti evolutivi propri di ogni fase; esse inoltre possono essere potenziate anche nelle fasi successive della vita.

La rilevanza crescente dei sistemi di competenze posseduti dall'individuo per la promozione della salute e del benessere è inoltre legata ai profondi mutamenti strutturali di natura economica, valoriale, sociale e demografica che stanno investendo la società occidentale in particolare, ma progressivamente, attraverso i fenomeni di globalizzazione dovuti principalmente alla digitalizzazione delle società, tutte le culture. Il passaggio dalla prima alla seconda modernità (5) che può essere considerato, sul piano storico, quasi coevo ai cambiamenti paradigmatici che hanno investito le scienze bio-mediche e psico-sociali, si caratterizza per il venir meno dei forti legami tra individuo e istituzioni sociali che garantivano chiarezza normativa e prevedibilità biografica grazie alla stabilità dei modelli valoriali, sociali e lavorativi cui l'individuo faceva riferimento per la costruzione dei propri percorsi di vita. L'ingresso nella seconda modernità comporta un profondo mutamento strutturale della società: si assiste a processi di individualizzazione e precarizzazione delle biografie di vita, dove viene sempre più riposta nelle abilità del singolo la capacità di auto-orientarsi tra molteplici modelli sociali, valoriali e progetti di vita sul piano relazionale e professionale (si pensi ai processi di precarizzazione del lavoro di cui sono oggi protagonisti soprattutto, ma non solo, i giovani). Un ulteriore processo caratteristico della seconda modernità è rappresentato dalla progressiva riduzione della prevedibilità del futuro

(28), con forti riverberi sulla capacità di costruire piani e progetti a lungo termine, soprattutto nelle generazioni più giovani, le quali tendono ad orientarsi su progetti brevi o sul tempo presente, in cui prevale la tendenza all'attesa o all'esperienza occasionale non pianificata (52, 53). L'incertezza sociale e biografica comporta un forte cambiamento sul piano della costruzione identitaria, privilegiando le cosiddette "identità riflessive" (33), dove la continuità biografica diventa frutto della capacità individuale di definire e ridefinire, in modo flessibile, un orizzonte di scelta e di appartenenza. La Divisione di Salute Mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia, già dagli anni novanta (35), la rilevanza crescente delle Life Skills, definite come abilità/capacità che permettono di acquisire un comportamento versatile e positivo, grazie al quale possiamo affrontare efficacemente la vita quotidiana. Esse rappresentano un insieme di competenze sociali e relazionali che permettono agli individui di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri ed alla comunità. La mancanza di tali skills può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta allo stress (35). Luogo di apprendimento privilegiato (ma non unico) delle Life-Skills è certamente la scuola, entro la quale anche nel contesto italiano sono stati attivati diversi progetti e percorsi (8, 9, 26) Le Life Skills (o "skills for life"), si delineano come "competenze trasversali", non legate ad alcuna disciplina scolastica specifica, ma in grado di migliorare anche le competenze accademiche attraverso la loro applicazione anche al contesto dello studio. Le Life Skills individuate dall'OMS riguardano i seguenti

aspetti dell'esperienza umana:

- *Autoconsapevolezza*. Capacità di leggere dentro se stessi, di conoscere se stessi, il proprio carattere, i propri bisogni e desideri, i propri punti deboli e i propri punti forti. E' la condizione indispensabile per la gestione dello stress, la comunicazione efficace, le relazioni interpersonali positive e l'empatia.
- *Gestione delle emozioni*. Capacità di riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri. Essere consapevoli di come le emozioni influenzano il comportamento, in modo da riuscire a gestirle in modo appropriato e a regolarle opportunamente.
- *Gestione dello stress*. Capacità di riconoscere e controllare le fonti di tensione sia tramite cambiamenti nell'ambiente o nello stile di vita, sia tramite la capacità di rilassarsi.
- *Senso critico*. Capacità di analizzare e valutare le situazioni. Saper analizzare informazioni ed esperienze in modo oggettivo, valutandone vantaggi e svantaggi, al fine di arrivare ad una decisione più consapevole, riconoscendo e valutando i diversi fattori che influenzano gli atteggiamenti ed il comportamento, quali ad esempio l'influenza dei mass-media.
- *Decision making*. Capacità di prendere decisioni. Saper decidere in modo consapevole e costruttivo nelle diverse situazioni e contesti di vita. Saper elaborare in modo attivo il processo decisionale può avere implicazioni positive sulla salute attraverso la valutazione delle diverse opzioni e delle conseguenze che esse implicano.
- *Problem solving*. Capacità di risolvere problemi. Saper affrontare e risolvere in modo costruttivo i diversi problemi che, se lasciati irrisolti, possono causare stress men-

tale e tensioni fisiche.

- *Creatività*. Capacità di affrontare in modo flessibile ogni genere di situazione. Saper trovare soluzioni e idee originali, competenza che contribuisce sia al decision making sia al problem solving, permettendo di esplorare le diverse alternative possibili e le conseguenze delle diverse opzioni.
- *Comunicazione efficace*. Capacità di esprimersi in ogni situazione particolare sia a livello verbale che non verbale in modo efficace e congruo alla propria cultura, dichiarando opinioni e desideri, ma anche bisogni e sentimenti, ascoltando con attenzione gli altri per capirli, chiedendo, se necessario, aiuto.
- *Empatia*. Capacità di comprendere gli altri. Saper comprendere e ascoltare gli altri, immedesimandosi in loro anche in situazioni non familiari, accettandoli e comprendendoli e migliorando le relazioni sociali, soprattutto nei confronti di diversità etniche e culturali.
- *Relazioni interpersonali*. Capacità di interagire e relazionarsi con gli altri in modo positivo. Sapersi mettere in relazione costruttiva con gli altri, saper creare e mantenere relazioni significative, ma anche essere in grado di interrompere le relazioni in modo costruttivo.

I programmi di Life Skills Education sono stati fin qui utilizzati soprattutto all'interno di percorsi legati alla prevenzione dei comportamenti a rischio in età adolescenziale, dimostrando la loro efficacia nella riduzione dei comportamenti di rischio per la salute e problematici sul piano psicosociale (12, 34). D'altro canto la psicologia dell'arco di vita (44, 22, 3) estende all'intera vita dell'individuo i concetti ed i processi di evoluzione, sviluppo e crescita, deline-

ando in questo modo una prospettiva di accrescimento di competenze e abilità che possano garantire una gestione efficace delle transizioni della vita (come, ad es., l'ingresso nel lavoro, la formazione di una famiglia, il pensionamento), e la modificazione di traiettorie di vita particolarmente esposte a rischi di natura psicosociale o della salute (43, 22). Le Life Skills, proprio perché considerate una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che su quello sociale (9), possono svolgere un ruolo importante nella promozione della salute, intesa come benessere bio-psico-sociale (6), anche oltre le età di vita per le quali erano state originariamente pensate; con le opportune modifiche di obiettivi, esse possono essere estese all'età adulta ed anziana, in rapporto alle nuove sfide (ma anche opportunità) poste dai cambiamenti strutturali della società.

Alcuni compiti di sviluppo legati alle transizioni dell'età adulta e anziana necessitano infatti di competenze e abilità per poter essere affrontati con successo. L'età adulta richiede sempre più competenze per affrontare specifici compiti di sviluppo, come la strutturazione di un percorso lavorativo (17) e la creazione di legami affettivi stabili, che richiedono sia capacità negoziali con le istituzioni sociali e lavorative, sia abilità complesse di comunicazione ed empatia, assieme al saper collocare eventi e problematiche all'interno dei contesti e processi storico-sociali legati all'evoluzione della società contemporanea (1, 32, 53). La fase del pensionamento richiede, per l'aumento della speranza di vita (24), la capacità di riprogettare la propria vita attiva sul piano sociale (49, 50), processo che richiede all'in-

dividuo competenze di pianificazione futura, ma anche di relazione interpersonale e comunicativa, per incontrare nuovi ambienti sociali o per ricostruire reti relazionali a seguito di perdite importanti sul piano affettivo (è il caso della perdita del coniuge/partner), processi che a loro volta richiedono capacità di rielaborazione dei vissuti emozionali di depressione, abbandono, rabbia e tristezza e di apertura (*self-disclosure*) all'altro per poter costruire relazioni significative in grado di ridefinire un senso di appartenenza. La mancanza di queste capacità pone l'anziano a rischio di solitudine affettiva, uno dei più rilevanti fattori di rischio per il declino cognitivo, fisico e sociale (42).

2. La ricerca-intervento

L'idea di sviluppare un percorso di valutazione delle Life Skills possedute dalle persone adulte ed anziane e di potenziamento delle stesse è stata discussa da uno degli autori con i responsabili dell'Università per Adulti della città di Lugo (Ravenna), una delle più importanti Associazioni per la promozione della cultura del territorio dell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna, di cui Lugo è centro principale; essa conta oltre un migliaio di iscritti e numerosi corsi attivati, che vedono la partecipazione di diverse fasce d'età: gli iscritti infatti sono compresi in un range di età che va dall'età adulta alla quarta età (oltre 80 anni), con una netta prevalenza di donne (circa 1000) rispetto agli uomini (circa 500). Per quanto riguarda il livello di scolarità, la maggioranza degli iscritti possiede il Diploma di Scuola Secondaria Superiore, seguito dalla Laurea e dalla Scuola Media Inferiore. I progetti sono entrati a far parte dei Corsi proposti agli iscritti rispettivamente per gli anni scolastici 2011/12 e 2012/13 e sono stati successivamente

attivati in quanto hanno raggiunto il numero di partecipanti richiesto.

Le Life-Skills oggetto dei corsi. I corsi sul potenziamento delle Life Skills, avendo come durata massima 40 ore, hanno richiesto una selezione delle competenze da approfondire e sviluppare. Sono state scelte, per il primo corso, la gestione delle emozioni, l'empatia, le relazioni interpersonali, la comunicazione efficace, il pensiero critico ed il pensiero creativo. Il secondo corso attivato ha approfondito ulteriormente le relazioni interpersonali e la psicologia dell'esperienza temporale, area di indagine oggi di crescente interesse e con rilevanti ricadute sul piano del benessere e della salute delle persone. La consapevolezza che le modalità con cui gli individui percepiscono ed organizzano il loro rapporto con il passato, il presente e il futuro hanno grande rilevanza per il funzionamento positivo globale (54, 17), almeno quanto la capacità di utilizzare strategie di organizzazione temporale della vita quotidiana per far fronte allo stress derivante dalle accresciute richieste della società contemporanea (31, 28) e di anticipare mentalmente scenari ipotetici futuri identificando al contempo le strategie idonee a ridurre gli impatti più negativi (2), ha fatto pensare agli autori di poter individuare nella competenza temporale una nuova, fondamentale Life-Skill, essenziale nelle età adulta ed anziana.

La modalità con cui si sono svolti i due corsi ha fatto riferimento teorico al paradigma della ricerca-intervento (29), per il quale lo sviluppo di un gruppo si configura come modalità di intervento che presuppone la conoscenza dei fattori sui quali innescare, attraverso la partecipazione attiva ed il coinvolgimento delle persone, il cambiamento auspicato.

2.1 Metodologia

Il percorso formativo sulle Life-Skills è stato suddiviso, per ognuno dei due corsi, in due fasi, la prima di valutazione delle life skills sopra elencate mediante strumenti somministrati ai partecipanti e la seconda basata su momenti di approfondimento teorico e su attività laboratoriali (apprendimento attivo).

2.1.1 Fasi ed obiettivi

Prima fase. Primo corso

- Valutazione del livello di autoefficacia percepita nelle seguenti Life-Skills: comunicazione efficace, relazioni interpersonali, empatia, espressione e regolazione delle emozioni, pensiero critico, pensiero creativo, sviluppo di una prospettiva temporale bilanciata, gestione del tempo quotidiano, capacità di pianificazione ed anticipazione proattiva degli eventi critici futuri
- Valutazione dell'influenza dell'età sulle competenze percepite nelle Life Skills
- Valutazione delle correlazioni tra le competenze percepite sulle Life-Skills

Prima fase. Secondo corso

- Valutazione delle caratteristiche della prospettiva temporale (densità degli eventi ricordati o prefigurati e loro tonalità emozionale; coerenza tra i tempi passato, presente e futuro)
- Valutazione delle strategie di gestione del tempo quotidiano
- Valutazione delle strategie cognitive utilizzate per la costruzione di scenari ipotetici futuri e delle strategie cognitive e comportamentali utilizzate per ridurre i rischi di esiti negativi

Seconda fase. Entrambi i corsi

- Miglioramento/potenziamento delle life-skills attraverso momenti di approfondi-

mento teorico e momenti di laboratorio in cui sono state utilizzate diverse tecniche di apprendimento attivo (role playing, focus group), scelte in base al tipo di Life-Skill considerata

2.1.2 Strumenti utilizzati

I due corsi hanno visto l'utilizzo di strumenti di natura quantitativa (questionari self-report) e qualitativa (domande aperte, libere associazioni a parole-stimolo). Per la valutazione della competenza percepita in alcune Life-Skills sono stati utilizzati i seguenti strumenti self-report:

- Questionario sull'autoefficacia sociale percepita (15, 16). Il questionario, composto da 15 items, valuta la propria capacità di inserirsi facilmente, di sentirsi a proprio agio e di svolgere un ruolo proattivo in situazioni sociali, come iniziare una conversazione con chi non si conosce molto bene, esprimere la propria opinione in gruppo. La scala valutativa è una Likert a quattro punti (1 = per niente capace; 4 = molto capace).
- Questionario sull'autoefficacia percepita nella regolazione delle emozioni negative (15, 16). Il questionario, composto da 8 items, valuta quanto si è capaci di regolare emozioni negative come la frustrazione, l'irritazione per i torti subiti, la rabbia. La scala valutativa è una Likert a quattro punti (1 = per niente capace; 4 = molto capace).
- Questionario sull'autoefficacia nell'espressione delle emozioni positive (15, 16). Il questionario, composto da 7 items, valuta la capacità percepita di esprimere emozioni positive come entusiasmo e contentezza in occasione di feste e incontri con gli amici, di rallegrarsi del successo di una persona amica, di entusiasmarsi ascoltando

do una musica che piace. La scala valutativa è una Likert a quattro punti (1 = per niente capace; 4 = molto capace)

- Questionario sull'autoefficacia percepita a livello empatico (15, 16). Il questionario, composto da 12 items, misura le convinzioni relative alle proprie capacità di riconoscere sentimenti, emozioni e le necessità degli altri, di capire quando un amico ha bisogno di aiuto senza che lo chieda esplicitamente, di capire l'effetto delle azioni sui sentimenti degli altri. La scala valutativa è una Likert a quattro punti (1 = per niente capace; 4 = molto capace)
- Questionario sull'autoefficacia percepita nel pensiero critico e divergente (37). Indica le convinzioni possedute circa la capacità di affrontare e risolvere i problemi in modo creativo, critico e innovativo, come individuare soluzioni alternative, inventare nuove procedure anziché limitarsi a seguire quelle stabilite dagli altri. La scala valutativa è una Likert a quattro punti (1 = per niente capace; 4 = molto capace).

Per la valutazione delle caratteristiche della prospettiva temporale è stato utilizzato un questionario che prevedeva i seguenti compiti:

- a) descrizione, attraverso un'immagine, del proprio passato, presente, futuro;
- b) descrizione, attraverso cinque aggettivi, del proprio passato, presente, futuro;
- c) collocazione temporale (nel passato, presente o futuro) di pensieri frequenti (ricordi, esperienze, situazioni, attese ...) positivi;
- d) collocazione temporale (nel passato, presente o futuro) di pensieri frequenti (ricordi, esperienze, situazioni, attese ...) negativi.

Per la valutazione del futuro negativo e delle strategie poste in atto per fronteggiarne gli esiti è stato utilizzato un questionario che prevedeva i seguenti compiti:

- a) visualizzare e descrivere la situazione futura che si teme maggiormente;
- b) indicare quanto essa sia distante dal presente;
- c) elencare quali emozioni essa susciti;
- d) indicare quali azioni si pensa siano possibili per evitare che essa si attualizzi;
- e) indicare quali azioni la persona sta adottando per evitare che essa si verifichi e perché.

2.1.3 Partecipanti

Hanno preso parte al primo corso 37 soggetti (9 maschi e 28 femmine; età media 52,3); al secondo corso hanno partecipato 21 soggetti (6 maschi e 15 femmine, età media 53,9 anni).

2.2 Risultati

2.2.1 Valutazione delle Life Skills oggetto dello studio

Le competenze che presentano il punteggio più elevato riguardano l'empatia e l'espressione delle emozioni positive (rispettivamente $M = 2.83$ e $M = 3.18$, con punteggio massimo previsto = 4), mentre la regolazione delle emozioni negative è risultata essere la competenza con il punteggio più basso ($M = 2.38$).

Le competenze percepite relativamente alle varie life skills sono risultate tutte positivamente correlate, con valori che vanno da $r = .37$ ($p < .01$) a $r = .65$ ($p < .001$).

I risultati emersi dalle analisi statistiche hanno permesso di calibrare il tempo da dedicare agli interventi su specifiche life skills; si è cercato infatti di assegnare più tempo all'approfondimento teorico e all'ap-

prendimento attivo riguardante alcune Life Skills che hanno evidenziato basi punteggi.

2.2.2 *La fase di apprendimento*

I risultati dei questionari hanno permesso di mettere a punto un percorso di apprendimento teorico ed esperienziale che ha approfondito le Life Skills previste dai due corsi, facendo particolare attenzione a quelle competenze che risultavano più critiche, come la regolazione delle emozioni negative, le competenze per creare nuove relazioni interpersonali soddisfacenti e il futuro negativo. Considerata l'eterogeneità dell'età degli iscritti ai corsi si è cercato di predisporre gli incontri e le attività di laboratorio dedicate all'approfondimento di ogni Life Skills in modo che potessero tener conto il più possibile delle esperienze di vita quotidiana di tutti i partecipanti (indipendentemente della fascia di età), e si potesse quindi verificare l'importanza di queste skills. Per questo, le attività come i role playing e i focus groups sono stati pensati per affrontare e discutere problemi e situazioni in cui le varie età potessero riconoscersi, come le difficoltà di relazione interpersonale con i colleghi al lavoro, il colloquio di lavoro per un'assunzione, la comunicazione tra genitori e figli adulti, l'organizzazione temporale delle attività quotidiane in rapporto alle molteplici richieste dell'ambiente, la solitudine in età anziana e la ricerca di amicizie per poter condividere momenti o attività, la risoluzione creativa di problemi della vita quotidiana e dell'attività professionale, la promozione della salute.

Ognuna delle Life Skills trattate nei corsi è stata oggetto inizialmente di approfondimento teorico e successivamente di laboratorio pratico ed esperienziale. Per ogni Life Skill sono state previste da 2 a 3 incontri. Ai fini del presente contributo e per ragioni

di sintesi vengono qui presentate in dettaglio, a scopo esemplificativo, soltanto alcune esperienze, che hanno riguardato alcune specifiche Life Skills: la competenza comunicativa, la prospettiva temporale bilanciata, la gestione ed organizzazione del tempo quotidiano, le strategie di coping proattivo per ridurre il rischio che si realizzino in futuro eventi critici o temuti.

a. *La competenza comunicativa e la sua centralità nelle relazioni interpersonali*

Parte teorica. La costruzione di relazioni soddisfacenti e durature è un bisogno dell'essere umano che si evidenzia fin dalla nascita attraverso sistemi di attaccamento specifici (13). Gli incontri dedicati a queste Life-Skills hanno approfondito dapprima il concetto di "competenza comunicativa" e di "comunicazione efficace", illustrando ai partecipanti la rilevanza di entrambi i sistemi comunicativi utilizzati nel dialogo interpersonale, la comunicazione verbale e la comunicazione non verbale, quest'ultima definita anche come "linguaggio della relazione" in quanto canale privilegiato attraverso cui vengono espresse le nostre emozioni ed i nostri vissuti (38, 40). Ogni comunicazione che voglia essere efficace (ovvero sia in grado di raggiungere l'obiettivo che il locutore si è prefissato, dall'informazione alla richiesta di compagnia, di aiuto, di condivisione di esperienze...) si basa sulla utilizzazione competente di entrambe le forme di comunicazione, verbale e non verbale. Successivamente è stato affrontato il tema della reciprocità comunicativa, che permette di capire come gli atteggiamenti interpersonali siano influenzati dallo stile comunicativo adottato (se, ad es., si aggredisce l'altro attraverso un particolare stile non verbale preciso, la reazione di chi si sente aggredito potrà innescare a sua volta una co-

municazione conflittuale, esplicita o implicita, che persisterà nel tempo finché non venga chiarito da entrambi che cosa non ha funzionato in quella relazione). Considerate le differenti età dei partecipanti, sono stati utilizzati, nella parte esperienziale, sessioni di role playing centrati su esperienze di vita come un colloquio di assunzione, un conflitto tra due coniugi in cui uno richiedeva maggiore autonomia di vita e il dialogo tra un genitore anziano ed il figlio adulto a proposito di vacanze estive. Qui sotto un esempio di questi.

Fase di apprendimento attivo: la vacanza del genitore anziano (role-playing). Il gioco di ruolo porta sulla scena un episodio che vede protagonisti una signora ultraottantenne ed il figlio adulto. La madre comunica al figlio che nel mese di luglio andrà in vacanza sulle Dolomiti da sola, con la propria auto, per poter fare passeggiate e fruire di un ambiente per lei suggestivo, dal momento che ama la montagna da sempre. Il figlio appare subito preoccupato, e comunica chiaramente l'ansia per questo viaggio in piena autonomia, attraverso il canale non verbale (in particolare il tono della voce). Lascia però questa comunicazione implicita, cercando una scusa che appare socialmente plausibile, la cura dei nipotini piccoli. La madre però è irremovibile e dice chiaramente al figlio di essere la responsabile della sua vita e di voler decidere autonomamente dove andare anche a questa età così avanzata.

La discussione che è seguita al gioco di ruolo ha portato l'attenzione dei corsisti sia sugli aspetti della comunicazione efficace discussi nella parte teorica sia su alcune dinamiche interpersonali legati al rapporto tra genitori anziani e figli adulti. Tra questi, la necessità di non infantilizzare il genitore ormai molto anziano (fenomeno frequente

nella società odierna, dove è in crescita il numero degli anziani ultraottantenni) e la presenza di stereotipi sull'anziano che potrebbero condurre a non valutare la persona specifica e le sue risorse: in questo caso la madre, pur ultraottantenne, mostra una forte autonomia, motivazione e funzionalità psico-fisica globale, condizione che non può essere sottovalutata dal figlio, ma che rischia invece di non essere considerata in quanto non rientra nel prototipo dell'anziano ottuagenario. L'analisi delle sequenze interattive ha permesso inoltre di mostrare come le nostre credenze, i nostri atteggiamenti si manifestino soprattutto attraverso il canale non verbale, e come sia necessario aprire un dialogo con l'altro che ne rispetti l'autonomia e la diversa visione sulla vita.

b. La competenza temporale

b1) Il futuro negativo (anticipare mentalmente le situazioni temute e individuare oggi le strategie per ridurne l'impatto o evitarne l'attuazione).

Parte teorica. La parte teorica dell'esperienza ha fatto inizialmente riferimento al costrutto di prospettiva temporale, identificato inizialmente da Zimbardo e Boyd (54) come una "cornice" (*frame*), o categoria cognitiva entro la quale l'esperienza di vita viene ripartita nelle dimensioni fondamentali del passato (positivo o negativo), presente (fatalistico o edonistico) e futuro. Carelli, Wiberg e Wiberg (17) hanno recentemente proposto una revisione di questo costrutto, distinguendo due dimensioni essenziali del futuro, il futuro negativo (che riguarda la percezione del futuro come tempo minaccioso, attivatore di ansie ed eventi critici negativi) ed il futuro positivo (che riguarda la pianificazione di attività, comportamenti volti a conseguire obiettivi di valore e motivanti). Il futuro negativo appare una

delle dimensioni della prospettiva temporale maggiormente in grado di ridurre il benessere psicologico e provocare un impatto potenzialmente negativo sulla salute percepita; per questo è fondamentale l'apprendimento e l'utilizzo di strategie efficaci in grado di ridurre gli effetti nocivi. Tra queste strategie di anticipazione, interesse crescente stanno suscitando le strategie proattive di coping (2) che si articolano in cinque fasi distinte:

- *Accumulare le risorse.* Questa fase comprende l'accumulo di risorse e l'acquisizione di abilità e competenze che preparano, a livello generale, a riconoscere i segnali o gli indizi di eventi critici che possono concretizzarsi in futuro e a farvi fronte in modo da evitare il loro accadere.
- *Riconoscere i segnali e gli indizi rilevanti.* Spesso i segnali di crisi sono di piccola portata ed un ruolo cruciale nel loro riconoscimento tempestivo è rivestito dalla capacità di elaborare l'informazione in modo non distorto da fattori emotigeni quali l'ansia e la preoccupazione.
- *Valutazione iniziale della crisi potenziale.* Quando si è constatato che una crisi o un periodo difficile "si avvicina all'orizzonte" entrano in gioco compiti diversi che richiedono specifiche abilità, tra cui competenze cognitive per generare scenari complessi favorevoli.
- *Dalla valutazione iniziale alla scelta delle prime azioni.* Numerosi sono i fattori psicologici che favoriscono o viceversa bloccano il passaggio dalla valutazione circa ciò che potrebbe verificarsi all'azione pianificata, tra i quali l'autoefficacia percepita (4), e le credenze di controllo interno (41).
- *Richiesta di feedback sulle strategie prescelte ed utilizzate in via preliminare.* Quest'ulti-

ma fase del coping proattivo richiede, affinché possa essere attivata, buone competenze comunicative e relazionali.

Fase di apprendimento attivo. Possibili situazioni negative future (focus group). La fase successiva ha visto la compilazione di un breve strumento volto a favorire la visualizzazione di situazioni future che i corsisti definiscono più minacciose e le strategie utilizzate per farvi fronte. Il focus group attivatosi successivamente ha discusso gli scenari futuri temuti, dove spiccano le differenze di età per contenuti e collocazione temporale. Mentre infatti i giovani e gli adulti tendono a riferire scenari legati all'incertezza lavorativa e sociale, sentita come fattore che può compromettere i propri sogni e progetti e collocata in un futuro a breve-medio termine (Andrea, 38 anni: "temo la privazione della possibilità di vivere la propria vita... Oramai non si è sicuri né in casa né fuori, si può venire derubati o peggio rapinati in qualsiasi momento..."), gli anziani anticipano mentalmente scenari legati alla perdita della salute e dell'autonomia, percepite come le due minacce più gravi alla vita futura (Ada, 61 anni: "temo l'invecchiamento con malattia mentale, mi vedo incapace dell'autonomia e chiusa in casa sola"). Le emozioni suscitate da questi scenari si caratterizzano per la loro connotazione di frustrazione ed impotenza (Andrea, 38 anni: rabbia, impotenza, amarezza) o di ansia (Ada, 61 anni: grande paura; Luciana, 64 anni: estrema preoccupazione, ansia e paura), e vengono utilizzate per introdurre le strategie proattive di coping come strumenti in grado di ridurre l'impatto (o anche il verificarsi) di questi scenari minacciosi e di modificare i vissuti emozionali. All'interno delle strategie proattive vengono approfondite infatti tecniche e

processi di natura cognitiva, come l'attenzione alle informazioni, la costruzione di scenari futuri più positivi allo scopo di convogliare motivazione e comportamenti atti a rafforzare il locus of control interno e tecniche di rinforzo del feedback che si può ottenere dalla relazione con gli altri allo scopo di verificare se i passi compiuti appaiono corretti o necessitano invece di modifiche e riformulazioni. Vengono inoltre richiamate e brevemente approfondite strategie cognitive di problem solving creativo, efficaci nella ristrutturazione degli scenari e nella ricerca di risposte innovative ai problemi.

b2) L'armonia tra passato, presente e futuro (una risorsa per il benessere psicologico e sociale)
Parte teorica. Gli incontri dedicati al rapporto tra prospettiva temporale e benessere psicologico e sociale hanno preso in esame, sul piano teorico, il costrutto di Prospettiva Temporale Bilanciata introdotto recentemente da Boniwell e Zimbardo (10), il quale sta ricevendo una crescente attenzione da parte della Psicologia Positiva e, in generale, da parte di quei settori di ricerca che indagano sui fattori di promozione del benessere. Essa viene definita come la capacità di utilizzare in modo appropriato le differenti dimensioni della prospettiva temporale (ossia il passato positivo, il presente edonistico ed il futuro positivo) rispetto alle circostanze e in base ai diversi contesti di vita (ad esempio è importante per il benessere relazionale saper gioire dei rapporti familiari e di amicizia nel tempo presente, mentre può essere più utile al proprio benessere o alla soddisfazione in campo professionale una forte capacità di organizzazione e pianificazione delle attività in vista di obiettivi futuri) e riveste un ruolo fondamentale nella globale soddisfazione di vita

(11). Dopo l'attività di apprendimento attivo (role playing) viene approfondito ulteriormente il tema del rapporto tra benessere e dimensioni temporali, distinguendo tra benessere edonico (21) che riguarda la soddisfazione per la propria vita e l'esperienza emozionale positiva o negativa e benessere eudaimonico (16), che invece si riferisce alla felicità determinata dalla realizzazione delle potenzialità e dei talenti all'interno della società. Pensare, ad esempio, di potenziare il benessere edonico comporta una forte attenzione al presente e alla prevalenza di vissuti emozionali positivi (gioia, felicità), legati al presente ed al passato; potenziare invece il benessere eudaimonico implica focalizzare la propria attenzione sul futuro positivo, sentito come tempo della progettualità. Vengono considerate, in particolare, alcune strategie per favorire l'armonia tra passato presente e futuro e il vissuto positivo del tempo come la reminiscenza per aumentare la salienza del passato positivo, l'anticipazione e la propositività per il futuro positivo, l'esperienza flow, o esperienza ottimale (18) per il presente edonistico.

Fase di apprendimento attivo. Una conversazione "di altri tempi" (role-playing).

Il gioco di ruolo viene interpretato da due amiche anziane, Ada e Antonia, le quali si trovano insieme in pasticceria a bere un caffè. Ada inizia a parlare di cosa le piacerebbe fare nel pomeriggio: andare a fare una passeggiata in centro per vedere le vetrine dei negozi, e alla sera recarsi al cinema, dove proiettano un film da lei tanto atteso. E' chiaro, anche se implicito, l'invito ad Antonia, che invece parla ininterrottamente da mezz'ora di quando, dieci anni fa, nello stesso periodo andava in vacanza sulle Dolomiti, cosa che ora non fa più, da quando ha

perso il marito (è vedova da molti anni, ormai). La conversazione si protrae per un'ora circa, poi entrambe si salutano, senza aver concordato nulla per la giornata.

I partecipanti sono invitati a riflettere sul fatto che le due amiche vivono proiettate in due differenti dimensioni temporali, il presente ed il passato, e questa discrepanza nell'esperienza temporale rende difficile una intesa progettuale. A questo punto il lavoro di gruppo viene focalizzato sulla prospettiva temporale bilanciata, che consiste anche nella capacità di utilizzare in modo flessibile "il tempo giusto" in quel determinato frangente. Nel caso di Ada e Antonia, mentre la prima è concentrata sul presente, la sua amica invece vive proiettata nel passato, percepito come tempo ideale e probabile punto di confronto con un presente sempre e comunque più negativo (nella sua prospettiva di comparazione).

b3) L'agenda temporale quotidiana e l'esperienza di stress: le strategie di Time management.

Parte teorica. Un tema di crescente rilevanza per le ricadute sul piano della salute e del benessere riguarda la gestione del tempo quotidiano di vita, divenuto oggi particolarmente difficile e spesso "portatore" di stress. La parte teorica introduttiva ha dapprima evidenziato il ruolo dei "valori temporali" espressi da ogni società in uno specifico momento storico nella costruzione della prospettiva temporale di ognuno, e la loro modificazione nel passaggio dalla prima alla seconda modernità (28). Se infatti la prima modernità proponeva il futuro come tempo fondamentale di realizzazione di sé e delle collettività, accentuando la rilevanza delle strategie di pianificazione a lungo termine, della dilazione delle gratificazioni e dell'armonizzazione dei tempi affettivo, lavorativo e ricreativo in un quadro coeren-

te guidato dai valori della realizzazione di un preciso progetto biografico, la seconda modernità invece pone l'enfasi sul tempo presente, privilegiando un approccio alle biografie caratterizzato dalla scomparsa dei progetti a lungo termine e dalla opacizzazione del futuro, cui fa da corollario l'investimento in molteplici attività ed esperienze poste nella dimensione del presente (52, 39). La crescente complessità della società occidentale contemporanea, assieme ai processi di individualizzazione e precarizzazione delle biografie e al diffondersi delle tecnologie digitali sta infatti portando all'aumento delle richieste (lavorative, sociali, familiari...) che "collassano" simultaneamente tutte sul presente quotidiano, creando negli individui l'esperienza diffusa di stress e di "ansia" legata alla pressione temporale dovuta alla sensazione di non essere in grado di fare fronte in modo adeguato a tutte queste richieste. L'accelerazione temporale su tempo (e spazio) quotidiano come luogo della familiarità e del radicamento identitario (28) espone gli individui ad alcuni rischi quali la frammentazione e sovrapposizione delle attività, l'insoddisfazione ed il risentimento come vissuti emotivi quando velocità e lentezza temporali non possono convivere e non ci si sente in grado di cogliere tutte le opportunità in teoria disponibili.

La difficoltà di gestione del tempo quotidiano nell'epoca della post-modernità si acuisce inoltre per il genere femminile, in quanto sottoposto a richieste molteplici e simultanee (equilibri di tempi casa-lavoro; cura delle persone non autosufficienti, bambini o anziani), che generano spesso vissuti di frustrazione dovuti alla percezione di mancanza di tempo per sé.

A questo punto viene introdotto il modello

denominato "Time Management" (31) che viene approfondito nelle sue dimensioni teoriche e operativo-strategiche all'interno di tre consecutivi focus groups, con la richiesta ai partecipanti di annotare durante la settimana i momenti di maggiore criticità temporale e l'eventuale applicazione delle strategie apprese.

Fase di apprendimento attivo. Il tempo quotidiano e l'esperienza di stress (focus group) Viene proposto un breve questionario all'inizio del primo incontro dedicato alle strategie di gestione del tempo quotidiano che i partecipanti compilano in circa mezz'ora e che serve da base su cui lavorare. Esso affronta le seguenti tematiche:

- *Gli obiettivi prioritari e quelli secondari.* Viene incoraggiata la riflessione dei partecipanti per verificare se questa distinzione viene adottata nella vita quotidiana e per individuare quali criteri e valori guida la orientano: stabilire le priorità è un primo, importante passo per organizzare le attività quotidiane.
- *La lista degli impegni/attività da svolgere.* Il compito consiste nella riorganizzazione di essa in base alle priorità individuate come "antidoto" allo stress da pressione temporale.
- *L'attenzione ai processi di procrastinazione.* Spesso di fronte ad attività o compiti che non piacciono, si tende a lasciarli indietro, pensando di riuscire comunque a portarli a termine entro le scadenze prefissate. Ci si accorge poi che "il tempo non basta più", con il rischio di fare esperienza di notevole stress ed ansia, nocivi per la salute ed il benessere psicologico. La riflessione che viene svolta dopo la lettura di alcune risposte approfondisce alcune cause del meccanismo di procrastinazione, come l'ansia da prestazione, il perfezionismo come me-

canismo difensivo nei confronti di una autostima non elevata e la conseguente paura di non essere all'altezza delle aspettative. In questo focus-group emerge la difficoltà delle donne ad armonizzare i tempi del lavoro con i tempi della cura familiare, che genera stress ed a volte vissuti depressivi e di demotivazione; molto animato il confronto con i partecipanti uomini del gruppo.

- *La gestione monocronica vs policronica del tempo quotidiano* (30). Preferire di svolgere una attività alla volta (uso monocronico del tempo) o più attività contemporaneamente (uso policronico del tempo) rappresenta una differenza individuale (ma anche una differenza di natura culturale, (27)) rilevante, soprattutto nell'epoca della società digitale, che ha accentuato la simultaneità delle esperienze grazie all'annullamento delle distanze spazio-temporali tra gli utenti. L'uso delle tecnologie informatiche infatti incoraggia l'adozione di una gestione policronica del tempo presente-quotidiano, con vantaggi ma anche rischi legati al tipo di attività da svolgere.

3. Discussione e conclusioni

Il progetto di potenziamento delle Life Skills in età adulta e anziana ha cercato di rispondere alla necessità crescente di abilità di natura cognitiva, interpersonale ed emozionale per gestire con competenza le sfide poste sia dalle transizioni e dai compiti di sviluppo "tipici di ogni specifica fase di vita, sia dalla crescente complessità della società contemporanea. La crescente complessità e flessibilità dei percorsi di vita che si evidenzia nella società contemporanea richiede alla persone in ogni fase della vita il possesso di una vasta gamma di abilità da utilizzare nei differenti contesti sociali, da quelli familiari

a quelli lavorativi e di comunità (25). Le competenze sulle quali i partecipanti hanno percepito una minore autoefficacia hanno riguardato la regolazione emozionale e la costruzione di relazioni interpersonali, mentre le skills in cui essi si sono sentiti maggiormente competenti sono legate all'empatia ed alla espressione delle emozioni positive, due competenze essenziali per la costruzione di relazioni strette e di supporto reciproco e fondamentali per il benessere psicologico in ogni età della vita (45). Ciò ha portato a dedicare un tempo maggiore all'approfondimento di quelle life skills rispetto alle quali i partecipanti si valutavano più carenti, come la regolazione delle emozioni negative o le abilità di costruzione delle relazioni interpersonali.

L'analisi correlazionale ha evidenziato come queste competenze presentino significative interdipendenze, confermando che esse concorrono a determinare un insieme ampio ed integrato di abilità il cui possesso favorisce

lo sviluppo personale e la relazione con i contesti di vita. Inoltre, la competenza temporale, skill che si ritiene di crescente importanza nella società contemporanea, caratterizzata dal venir meno di un futuro prevedibile e causalmente legato alla pianificazione degli obiettivi e centrata invece sulla simultaneità delle esperienze poste nel presente, ha incontrato interesse e partecipazione viva da parte dei corsisti, che hanno potuto acquisire competenze teoriche e strategiche per gestire il complesso rapporto con il tempo nella vita quotidiana. La capacità di sintonizzare se stessi su di una specifica dimensione temporale e di adottare una prospettiva temporale bilanciata, rappresenta una componente rilevante della più ampia competenza temporale in quanto la rielaborazione del passato, la partecipazione alle esperienze presenti e la riduzione delle ansie legate a scenari critici o negativi previsti nel futuro, consente alle persone di migliorare il benessere psicologico e sociale.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnett J.J. Emerging Adulthood. A theory of development from the late teens to the twenties. *American Psychologist* 2000; 5: 469-480.
2. Aspinwall LG, Taylor S. E. A Stitch in Time: Self-regulation and Proactive Coping, *Psychological Bulletin* 1997; 121: 417-36.
3. Baltes P. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology* 1987; 5: 611-26.
4. Bandura, A. Self-efficacy: the exercise of control. 1997. New York: Freeman
5. Beck U. La società del rischio. Verso una nuova modernità. Roma: Carocci; 2000.
6. Bertini M. Dal modello malattia al modello salute: difficoltà del passaggio e insufficienza delle parole. *Psicologia della Salute* 2008; 3: 107-140.
7. Bertini M. *Psicologia della salute*. Milano: Cortina; 2012.
8. Bertini M, Braibanti P, Gagliardi M.P. I programmi di Life-Skills Education (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della Salute. *Psicologia della Salute* 1999; 2: 11-31.
9. Bertini M, Braibanti P, Gagliardi M.P. Il modello "Skills for Life" 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola. Milano: Franco Angeli; 2006.
10. Boniwell I, Zimbardo Ph.G., Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning. In P.A. Linley e Joseph S. (eds.) *Positive Psychology in practice*. Hoboken (N.J.): Wiley; 2000.

11. Boniwell I, Oysin E, Linley PA, Ivanchenko G. A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples. *The Journal of Positive Psychology* 2010; 1: 24-40.
12. Botvin GJ, Griffin K.W. Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention* 2004; 2: 211-232.
13. Bowlby J. *A Secure Base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books; 1988.
14. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1979
15. Caprara G V, Gerbino M. Autoefficacia emotiva: la capacità di regolare l'affettività negativa e di esprimere quella positiva. In G. V. Caprara (Ed.). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. (pp. 51-61). Trento: Erikson; 2001
16. Caprara GV, Gerbino M, Delle Fratte A. Autoefficacia interpersonale: empatica e sociale. In G. V. Caprara (Ed.). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. (pp. 51-61). Trento: Erikson; 2001.
17. Carelli MG, Wiberg B, Wiberg M. Development and construct validation of the Swedish Zimbardo Time Perspective Inventory. *European Journal of Psychological Assessment* 2011; 27(4): 220-27.
18. Csikszentmihalyi M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row; 1990.
19. Cowen EL. Psychological wellness: Some hopes for the future. In R. P. Weissberg (Ed.) *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington, DC: CWLA Press; 2000, pp309: 339.
20. Delle Fave A. *La condivisione del benessere. Il contributo della Psicologia Positiva*. Milano: Franco Angeli; 2007.
21. Diener E. Subjective Well-Being. *American Psychologist* 2000;1:34-43.
22. Elder G.H.jr. Time, Human Agency and Social Change: perspective on the Life Course. *Social Psychology Quarterly* 1994;1: 4-15.
23. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-136.
24. EUROSTAT. *Population structure and ageing*. 2012. <http://ec.europa.eu/eurostat>
25. Facchini C, Rampazi M. Generazioni anziane tra vecchie e nuove incertezze. *Rassegna Italiana di Sociologia* 2006;1: 61-86.
26. Grillo V, Gagliardi MP. Verso una dimensione inclusiva degli alunni diversamente abili nella scuola: presentazione di un percorso formativo orientato al modello Skills for Life. *Psicologia della Salute* 2012; 3: 93-114.
27. Hall E T. *The Silent Language*. Garden City, NY: Doubleday; 1959.
28. Leccardi C. *Sociologie del tempo*. Bari: Laterza; 2009.
29. Lewin K. *Field Theory in social science: selected theoretical papers*. New York: Harper & Brothers; 1951.
30. Lindquist JD, Kaufman-Scarborough CJ. The Polychronic-Monochronic Tendency Model. *Time & Society* 2007; 2/3: 269-301.
31. Macan TH. Time Management: test of a process model. *Journal of Applied Psychology* 1994; 3:381-391.
32. Masten AS, Burt KB, Roisman GI, Obradovic J, Long JD, Tellegen A. Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and Change. *Development and Psychopathology* 2004;16:1071-1094.
33. Melucci A. *Parole-chiave. Per un nuovo lessico delle scienze sociali*. Roma: Carocci; 2000.
34. Olweus D. Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based intervention programme. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.) *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1991, pp. 411:448.
35. OMS *Life Skills education per bambini e adolescenti nelle scuole*. Divisione di Salute Mentale, Ginevra: OMS; 1994.
36. OMS *Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute*. 1986. Ottawa. www.who.int/
37. Pastorelli C, Vecchio GM, Bodo G. Autoefficacia nelle Life Skills: soluzione dei problemi e comunicazione interpersonale. In G. V. Caprara (Ed.). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. Trento: Erikson; 2001, pp137-146.
38. Ricci Bitti PE, Poggi I. Symbolic Nonverbal Behaviour: Talking through Gestures. In R. S.

- Feldman, B. Rimè (eds.) *Fundamentals of Nonverbal Behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press;1991, pp 433-457.
39. Ricci Bitti PE, Zambianchi M. Organizzare la vita quotidiana e progettare il futuro In: A. Palmonari (a cura di) *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino; 2012 pp165-184.
40. Ricci Bitti PE, Zani B. *La comunicazione come processo sociale*. Bologna: Il Mulino; 1983.
41. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph*.1966; 33(1): 300-303.
42. Russell DW, Cutrona CE. Social support, stress and depressive symptoms among the elderly. Test of a process model, *Psychology and Aging*1991; 6: 190-201.
43. Rutter M. Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European Journal of Developmental Psychology* 2005; 2: 221-252.
44. Rutter M., Rutter M. *L'arco della vita. Continuità e crisi nello sviluppo*. Firenze: Giunti; 1995.
45. Ryff CD. Happiness Is Everything or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 6: 1069-1081.
46. Ryff CD, Singer B.H. Know thyself and become who you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies* 2008;9: 13-39.
47. Sarchielli G. *Psicologia del Lavoro*. Bologna: Il Mulino; 2008.
48. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An introduction, *American Psychologist*.2000; 1: 5-14.
49. Stevernik ., Lindenberg S. J. P. J. How to understand and improve older people's self-management of well-being, *European Journal of Ageing* 2005; 2: 235-244.
50. Stevernik N, Lindenberg S. Which social needs are important for Subjective Well-Being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging* 2006; 2: 281-290.
51. Waterman AS. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment, *Journal of Personality and Social Psychology*1993; 64:678-91.
52. Zambianchi M, Ricci Bitti PE.. *Tempo, Salute, Benessere*. Bologna: CLUEB; 2011.
53. Zambianchi M, Ricci Bitti PE. The role of proactive coping strategies, time perspective, perceived efficacy on affect regulation, divergent thinking and family communication in promoting social well-being in emerging adulthood. *Social Indicator Research* 2013; DOI 10.1007/s11205-013-0307-x
54. Zimbardo PG, Boyd JN. Putting time in perspective: A valid, reliable, individual differences metric, *Journal of Personality and Social Psychology* 1999; 6: 1271-1288.

Are you ready for dance/change? Il “Programma Interdipartimentale Promozione della salute” dell’Azienda Usl di Modena: innovare l’organizzazione

Are you ready for dance/change? The Modena ASL “Health Promotion Interdepartmental Program”: innovating organization

Giuseppe Fattori, Maria Monica Daglio, Marco Vanoli

Giuseppe Fattori

Programma Interdipartimentale Promozione della Salute, AUSL di Modena

Maria Monica Daglio

Programma Interdipartimentale Promozione della Salute, AUSL di Modena

Marco Vanoli

Programma Interdipartimentale Promozione della Salute, AUSL di Modena

“La principale speranza di armonia nel nostro tormentato mondo risiede nella pluralità delle nostre identità, che si intrecciano l’una con l’altra e sono refrattarie a divisioni drastiche lungo linee di confine invalicabili a cui non si può opporre resistenza”¹.

Amartya Sen

Parole chiave: programma interdipartimentale di promozione della salute, partecipazione, organizzazione locale della promozione della salute, empowerment, cambiamento

RIASSUNTO

Obiettivi: chiedersi se le politiche di promozione della salute sono una lezione dimenticata o ancora da imparare è la domanda cruciale da cui si muove la riflessione sul significato che ha il Programma Interaziendale di Promozione della salute dell’Azienda USL di Modena. La letteratura evidenzia quanto gli interventi di promozione della salute, molto spesso, si focalizzino sul comportamento del singolo individuo. Il rischio è quello, da un lato, di colpevolizzare la vittima, attribuendogli la responsabilità di non aderire alle racco-

¹ Amartya Sen, *Identità e violenza*, Laterza, 2006

mandazioni salutari che riceve e, dall'altro di non programmare azioni che vadano ad intervenire sulle cause sociali e strutturali che generano problemi di salute.

Metodologia: l'esperienza del Programma di Modena è il tentativo di organizzare in modo strutturale gli interventi di promozione della salute. Lo scopo è quello di "sostenere la rete di relazioni e favorire l'integrazione fra i diversi soggetti interni ed esterni all'Azienda USL al fine di rafforzare i rapporti di condivisione e collaborazione con le realtà territoriali, l'Azienda Ospedaliera Policlinico, l'Università degli Studi, il Terzo settore e gli Enti Locali mediante strategie di promozione della salute volte alla comunicazione, all'educazione, alla partecipazione e alla riduzione delle disuguaglianze."

Risultati: integrazione orizzontale fra le diverse competenze (Azienda Usl e Azienda Policlinico) che si interseca con l'impianto strategico (verticale) dettato dalle scelte politiche (agende) e si concretizza su due livelli: il Programma territoriale (politico), il Programma interaziendale (tecnico) per sviluppare le azioni all'interno delle aree tematiche alcol, fumo, alimentazione, movimento e malattie sessualmente trasmissibili. Per entrambi i livelli la dimensione di rendicontazione (accountability) e monitoraggio è essenziale. La descrizione del Programma che si cerca di realizzare sul territorio di Modena, con tutti i suoi limiti, è un esempio di quanto la lezione della Carta di Ottawa non sia stata dimenticata.

Key words: health promotion, participation, empowerment, health promotion program, local health promotion organization

SUMMARY

Objectives: is health promotion a forgotten or current lesson? The Health Promotion Plan in Modena, Italy, should be the answer to this question. What is clear is that the great deal of health promotion interventions are addressed to individual behaviors. The risk is i) to blame citizens for having a disease due to their incorrect behaviors and ii) avoid to plan actions aimed to the real biologic/environmental/socioeconomic causes. The purpose of Modena Health Promotion Plan is to favour the share of knowledge in the network between health system, local institutions, charity organization, citizens, voluntary services.

Method: health Promotion plans need two levels of integration, i.e. a vertical one, that is the strategic plan (policy level), a horizontal one, that is the network interaction and communication (professional ability). The vertical level generates the Local Health Promotional Plan framework whereas the horizontal level consents peer distribution of competencies.

Results: our experience shows how the interconnection between local policy and health system leads to the structural plan of actions: the Charta Ottawa lesson is still current in Modena Health Promotion Plan.

Alcuni anni fa in Canada, patria della Carta di Ottawa, ci si chiedeva se "le politiche di promozione della salute fossero una lezione dimenticata o ancora da imparare" (1) Domanda legittima, ma oltremodo inquietante se si considera che già nell'antica Grecia alla salute si guardava sia sul piano individuale che comunitario. Il concetto di dieta, per esempio, aveva un significato che andava ben oltre il semplice mangiare e bere, la *diatetica*

era infatti considerata la pietra miliare della cura che comprendeva gli stili di vita come *unicum*. Essa forniva informazioni sul modo di vivere di un uomo: relazione veglia/sonno, attività/riposo, scelta del cibo, quantità consumata e tutti gli altri aspetti del vivere che dovevano essere controllati non solo per curare malattie, ma anche per mantenere prestanza fisica e bellezza. Sul piano sociale, la visione della salute degli antichi Greci te-

neva conto dei bisogni della comunità per sviluppare competenze, creare un ambiente salutare e sviluppare politiche per la salute pubblica. In altre parole si aveva un concetto di salute molto allargato che, ancora oggi, è alla base della promozione della salute secondo la carta di Ottawa (2).

E questo aspetto per Ackerknecht (3) è di grande importanza per comprendere al meglio la continuità e nel contempo l'evoluzione del pensiero umano.

Evoluzione che ci ha oggi portato a riconoscere nella partecipazione la strada principale che le istituzioni sociali e politiche devono percorrere per favorire l'*empowerment* dell'individuo e della comunità al fine di agire per la promozione della salute dell'intera popolazione. Sfida non facile da accogliere considerato che la maggior parte delle attività di promozione della salute hanno avuto, e continuano ad avere, l'obiettivo di agire sul singolo individuo (4). Il rischio da evitare è quello di colpevolizzare la vittima (5) attribuendole la responsabilità dell'irrisolto problema di salute senza intervenire sulle cause sociali e strutturali che lo hanno generato. La personalizzazione della salute, infatti, sposta l'attenzione sul "combattimento", "lotta" o "battaglia" contro una malattia, contro un'abitudine (fumo, alcol). L'accento è quindi posto sul senso di colpa, responsabilità personale e sull'azione del singolo individuo e il cambiamento può, di conseguenza, avvenire solo a livello personale, ma non a quello strutturale.

Altro rischio è quello di ridurre la promozione della salute a semplici interventi di promozione di cambiamento di atteggiamenti che non modificano le condizioni sociali ed ambientali di rischio che, in realtà, sono il vero obiettivo della promozione della salute intesa come "programma". Le strategie di

intervento sociale che agiscono per lo sviluppo delle comunità enfatizzano l'uso della pianificazione e dei modelli di azione sociale. Il loro obiettivo è quello di un cambiamento istituzionale la cui chiave sono i grandi decisori – *decision maker* – e/o tutti coloro che possono esercitare una influenza diretta sul vertice delle istituzioni (*policy maker*). Lo scopo è quello di ottenere un radicale cambiamento nelle politiche, una redistribuzione delle risorse e l'instaurazione, o riforma, della legislazione e delle regole (6).

Per Baum (7) il cambiamento strutturale è ignorato dai governanti che invece continuano a premere sulla segmentazione della popolazione al fine di intervenire solo sulla modifica dei comportamenti non salutari degli individui.

Segmentazione che sembra avere un effetto boomerang se proprio su due temi caldi della salute pubblica – alcol e dieta – chi riesce ad indurre un cambio di comportamento è solo il mercato attraverso l'uso di messaggi seduttivi, evocativi che rinforzano insani stili di vita... (8).

Per disegnare e implementare un programma di promozione della salute si dovrebbero mettere in relazione evidenze scientifiche, strategie di intervento e sostenibilità dei risultati raggiunti (9). La classificazione dei livelli di azione per programmi di salute a lungo termine potrebbe essere così scandita:

- costruire, mantenere, sviluppare le infrastrutture (planning, relazioni interne, partnership, risorse umane, finanziamenti, ecc.) necessari per la promozione della salute;
- cambiare l'approccio alla "salute" di individui, comunità, organizzazioni sociali, istituzioni, in altri termini dell'ambiente;
- sostenere progetti ad ampio respiro, perché nella promozione della salute i risultati non sono dimostrabili in tempi brevi.

Ciò comporta il superamento della “sindrome di Cenerentola” per cui la promozione della salute “sembra dover continuamente rivalutare e riaffermare le sue prospettive” (10). In altri termini, procedendo per via negativa, si può dire che la promozione della salute non è: prevenzione dell’obesità o delle malattie non trasmissibili (NCD), controllo sui determinanti di salute, ecc. La promozione della salute è un ampio framework che organizza e dà coerenza a questi diversi ambiti di attività, a volte fra loro antagonisti, offrendo orizzonti di valore e concettuali, metodi e strumenti di valutazione che consentono uno sviluppo organico e razionale che aprono ad una visione proattiva (cosa si può fare) dell’educazione/prevenzione della salute.

Al piano strutturale e di significato, va aggiunto, secondo Ruckert (11), che la promozione della salute di una popolazione richiede una interazione mutua anche fra i diversi livelli di governo (locale e regionale) in cui sia l’individuo sia la comunità possano orientare le azioni in modo concorde e simmetrico.

A garanzia di ciò, è necessario definire regole chiare a cui i diversi soggetti che hanno interesse/interessi nella promozione della salute debbano attenersi. Lo sviluppo della gamma di interessi è molto ampio, possono essere di natura economica (marketing), politica (power), professionale, ma tutti trovano il loro punto di forza nella frammentazione. Un chiaro esempio, in ambito sanitario, è l’estenuante lotta per mantenere ancorate a se stesse le diverse discipline (esperti in dieta, alcol, ecc.). La costruzione di un framework per la promozione della salute si muove nella prospettiva di una condivisione di regole su cui poggiare le alleanze necessarie per raggiungere obiettivi comuni. Inoltre, l’interazione fra individuo e comunità, in una logica di empowerment reciproco, è

la preconditione per dare ad ognuno l’opportunità di riappropriarsi del potere di cambiare non solo lo stile, ma anche le condizioni di vita. La necessità di una presenza più massiccia di un movimento pubblico che dibatta e pesi sui temi della salute deve emergere affinché la visione dell’ambiente, inteso nella sua complessità, quale luogo di salute diventi centrale nella formulazione delle “agende” per le politiche di salute e, soprattutto, le agende non calendarizzino esclusivamente gli interessi di lobby e/o di corporazioni multinazionali (12).

La metafora del ballo non spiace agli articoli scientifici (*Take your partners for the dance*, BMJ 1999) e, volendola applicare alla promozione della salute, si potrebbe pensare alle imponenti coreografie del film *Ziegfeld Follies* (1945) in cui ogni ballerino è un tassello irrinunciabile per l’effetto d’insieme. Solo uno sguardo attento rivela le singole identità. La perfezione tecnica, l’attenzione al particolare/generale, al dentro/fuori disegnano fantasmagorici scenari che la prestazione seppur perfetta di un singolo danzatore non riuscirebbe a rendere. Regia, allenamento, respirazione, esercizio, tempo, ritmo, orecchio, sguardo, consapevolezza dei limiti, lavoro di squadra, antagonismi controllati, capacità di vedere oltre sono alcuni dei fattori che consentono di realizzare una coreografia. Intersectorialità, multidisciplinarietà, partnership, regia, sguardo sul presente, ma proteso al futuro, competenza specifica, competenze trasversali, potrebbero essere i ballerini della coreografia della danza “promozione della salute”.

Modena: Passi di danza

L’esperienza del Piano per la Salute (PPS) nella regione Emilia-Romagna è stata impegnativa ed esaltante. Per la provincia di Mo-

dena il PPS o “*piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell’assistenza sanitaria*” è stato un’importante palestra di costruzione sociale della salute dal 2001 al 2007.

In questa traiettoria, nel 2000 la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) aveva individuato il Programma Promozione della Salute dell’AUSL di Modena quale area prioritaria del Piano per la Salute. L’acquisizione nella pratica, non solo da letteratura, che la salute è patrimonio della comunità (Enti Locali, Scuola, capitale sociale, ecc.) e che la comunità non è solo destinataria di interventi, ma importante partner, ha spinto all’integrazioni delle azioni fra le due Aziende Sanitarie (Azienda Usl e Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico) attraverso il Programma interaziendale “Comunicazione e Promozione della salute” 2008-2010 e poi esteso al 2014. Lo scopo è quello di implementare a livello locale il Programma nazionale “Guadagnare Salute”, in coerenza con i contenuti del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 dell’Emilia-Romagna, piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 e prorogato al 2013. A livello locale i documenti di riferimento sono: la programmazione provinciale (Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale) definita dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria sulla base del Profilo di Comunità; i Piani di Zona per la Salute e il Benessere Sociale dei distretti della provincia di Modena. Dalle origini il Programma ha avuto come scopo lo sviluppo integrato (istituzioni, EELL, capi-

tale sociale) di azioni sui temi di salute: alimentazione, movimento, fumo, alcol, con attenzione alla prevenzione cardiovascolare e oncologica, all’AIDS e alla diffusione del valore della solidarietà (volontariato, donazione di sangue e organi).

La programmazione prevede una gestione per processi delle azioni di promozione della salute per favorire l’integrazione e l’intersettorialità.

Nel 2011 con delibera della CTSS il Programma è diventato territoriale e l’impianto si è ulteriormente delineato affidando il coordinamento del Gruppo strategico all’assessore provinciale welfare/sanità e all’assessore alle politiche sociali e sanitarie del Comune di Modena e di cui sono membri di diritto gli assessori alle politiche sociali e sanitarie dei Comuni capodistretto della provincia di Modena. L’Azienda USL ha ricevuto il mandato relativo al coordinamento tecnico relativo allo sviluppo delle aree tematiche di Guadagnare Salute sia in relazione alla progettualità sia in ordine alla costruzione di alleanze sia di monitoraggio delle azioni. Il Piano Attuativo Locale (PAL) 2011-2013 recepisce l’impianto leggendone la continuità con i Piani per la Salute a cui attribuisce l’avvio di “un importante processo di coinvolgimento ed integrazione tra soggetti” che è confluito nel Programma Territoriale Comunicazione e Promozione della Salute, struttura unica fra AUSL e Azienda Ospedaliera - Universitaria. Inoltre, il Gruppo Operativo, deputato al coordinamento ed allo sviluppo attuativo del Programma Territoriale Comunicazione e promozione della Salute ha istituito “gruppi specifici di lavoro” per “rafforzare i rapporti di condivisione e collaborazione con le realtà territoriali, il Terzo Settore e gli Enti Locali”.

Coreografo, étoile, ballerini di fila: il “Programma Interdipartimentale Promozione della salute”

“Sta prendendo vita una nuova geografia delle professioni, in cui lo status, inevitabilmente, conterà meno della velocità di interpretazione e di presenza, destinato a diventare “reliquia” per quanti non capiranno che stanno finendo le stagioni del culto”².

Pier Luigi Celli

Nella logica di una promozione della salute (10) che è framework, orizzonte di riferimento, supporto metodologico e garante di coerenza delle azioni, il ruolo tecnico affidato all’Azienda Usl di Modena nell’ambito del Programma Interaziendale di Promozione della Salute si traduce non solo in una stretta collaborazione con gli altri settori della società civile, ma anche nel supporto ai dipartimenti dell’Azienda al fine di non atomizzare gli interventi. Lo sviluppo trasversale agito dall’obiettivo di intervenire efficacemente e coerentemente su di un’area tematica (per es. fumo) ripropone, per similitudine, lo spostamento da un modello *disease centered* a quello *patient oriented* (13). In altri termini, sono le competenze che, in modo proattivo, interagiscono in una logica di costruzione di alleanze (*community capacity building*) per risolvere/affrontare temi e/o problemi (*problem solving*). L’integrazione orizzontale fra le diverse competenze (dipartimenti) si muove all’interno dell’impianto strategico dettato dalle scelte politiche (agende) e si concretizza su due livelli:

1. il Programma Territoriale di Promozione della salute (livello di integrazione politica)
2. il Programma Interdipartimentale per svi-

luppare le azioni all’interno delle aree tematiche di alcol, fumo, alimentazione, movimento e malattie sessualmente trasmissibili (livello di integrazione tecnica) Per entrambi i livelli la dimensione di rendicontazione (accountability), monitoraggio è essenziale.

In questo percorso, in sostanza, la soluzione del problema e non la dichiarazione di “sovranità” sul problema, è la prospettiva nella quale inserire l’interaziendalità e l’interdipartimentalità del Programma di Promozione della Salute il cui scopo è “sostenere la rete di relazioni e favorire l’integrazione fra i diversi soggetti, interni ed esterni all’Azienda, al fine di rafforzare i rapporti di condivisione e collaborazione con le realtà territoriali, l’Azienda Ospedaliera Policlinico, l’Università degli Studi, il Terzo settore e gli Enti Locali mediante strategie di promozione della salute volte alla comunicazione, all’educazione, alla partecipazione e alla riduzione delle disuguaglianze.” I soggetti interni sono i Dipartimenti di Salute Pubblica, Salute Mentale, Cure Primarie, Socio-Sanitario e quelli ospedalieri (Medicina Interna, Cardiologia, Oncologia, ecc.) e, naturalmente, le Direzioni dei Distretti che nell’Azienda USL di Modena sono sette. Il rapporto con l’Azienda Ospedaliera - Universitaria Policlinico amplia sia l’ambito di competenze cliniche (il supporto per esempio della clinica di Malattie Infettive al programma Aids) sia quello della sperimentazione/ricerca. I soggetti esterni sono coloro che consentono di lavorare sul territorio in setting che non sono propriamente di competenza sanitaria (piazze, mercati, festival, locali commerciali, luoghi di lavoro, polisportive e associazioni sportive, ecc.) attraverso sia supporti organizzati-

² Pier Luigi Celli in: Michele Mezza, Sono le news bellezza, Donzelli, 2011

vi (EELL; Terzo Settore, Biblioteche, Amministrazione carceraria, GDO, Confindustria, Confcommercio, ecc.) sia di mediazione dei linguaggi (taratura degli interventi sui diversi target) sia di passaparola per la diffusione dei messaggi. A livello distrettuale, gli interventi di promozione della salute sono adottati nei Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, nonché nei relativi Programmi Attuativi Annuali.

Va inoltre sottolineato che il rapporto consolidato con la Scuola, attraverso l'Educazione della Salute alimenta, nel tempo il parterre di popolazione coinvolta nei temi di promozione della salute. Ogni anno sono circa 30.000 le persone (docenti, genitori, bambini, ragazzi) raggiunte.

Il Programma per effettuare l'attività di coordinamento e integrazione delle attività aziendali di promozione di sani stili di vita, relative al Piano Regionale della Prevenzione, e supporto a progetti regionali e ministeriali, è così articolato:

- Educazione alla salute: è la componente storica della promozione della salute, cura il rapporto con le Scuole, la sperimentazione delle modalità di *peer education*, ecc.; supporta le campagne di promozione della salute sul territorio;
- Laboratorio Cittadino Competente: supporta l'empowerment del cittadino/paziente nella prospettiva di una costruzione partecipata dei progetti;
- Comunicazione e Marketing sociale: sperimenta modalità di coinvolgimento dei partner utilizzando i principi del marketing sociale;
- Web 2.0 e Salute: sperimenta delle nuove tecnologie (SoME, ecc.) per promuovere la

salute e attraverso queste modalità ampliare il target;

- Progetti di Comunità: supporto di coordinamento e tecnico alla definizione (costruzione di alleanze) stesura, realizzazione dei progetti di comunità sul territorio;
- Pubblicità nei contesti aziendali: fa da garante dell'uso coerente con le finalità dell'Azienda degli spazi pubblicitari in una logica sia di tutela d'immagine sia di informazione corretta per la salute;
- Protocolli di intesa: cura la stipulazione di accordi che rafforzano la partnership nella prospettiva di una costruzione sociale della salute;
- Formazione integrata e trasversale: cura la co-progettazione, organizzazione degli eventi formativi a servizio della crescita culturale (teorico-pratica) degli attori, interni ed esterni, coinvolti nel Programma.

Are you ready for dance/change?

Imparare a danzare non è facile, richiede doti naturali quali flessibilità e orecchio. Danzare per fare una coreografia richiede molto lavoro. La consapevolezza che il dibattito sul futuro della promozione della salute è aperto a livello mondiale (14), che i problemi sociali, economici e culturali richiedono nuove progettualità e che l'interconnessione in una logica "glocale" è ormai una realtà, porta ad accettare la sfida. La descrizione del Programma che si cerca di realizzare sul territorio di Modena, con tutti i suoi limiti, è un esempio di quanto la lezione della Carta di Ottawa non sia stata dimenticata. La coreografia probabilmente ha bisogno di ulteriore allenamento e ancora non è all'altezza delle Ziegfeld Follies, ma in un prossimo futuro...

BIBLIOGRAFIA

1. Low J, Thèriault L. Health promotion policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn. *Health Promotion International* 2008; 23 (2): 200-206.
2. Tountas Y. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *H Promotion Internat.* 2009; 24: 185-192.
3. Ackerknecht EH. *A Short History of Medicine.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1982.
4. Raphael D, Bryant T. Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. *Promot Educ.* 2006; 13: 236-42.
5. Modolo MA. Educazione sanitaria, prevenzione, promozione della salute: presente e future. *Recenti Progressi in Medicina* 2006; 10: 533-539.
6. Crisp BR, Swerissen H. Program, agency and effect sustainability in health promotio. *Health Promotion Journal of Australia* 2002; 13: 40-42.
7. Baum FE, Laris P, Fisher M, Newman L, Macdougall C. Never mind the logic, "give me the numbers": former Australian health ministers' perspectives on the social determinants of health. *Soc Sci Med.* 2013; 87:138-46.
8. Hastings G. Why corporate power is a public health priority. *BMJ* 2012; 345:e5124.
9. Crisp BR, Swerissen H. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International* 2004; 19: 123-130.
10. Breton E, De Leeuw E. Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promot International* 2011; 26: 82-90.
11. Ruckert A, Labonte R. The financial crisis and global health: the International Monetary Fund's (IMF) policy response *Health Promotion International* 2013; 28: 357-366
12. Rayner G, Lang T. *Ecological public health.* Routledge; 2012
13. Epstein RM, Peters E. Beyond: exploring patient's preferences. *JAMA* 2009; 302 (2): 195-197.
14. Sparks M. The changing contexts of health promotion. *Health Promotion International* 2013; 28: 153-156.

FONTI:

- Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012
- Profilo di Comunità della provincia di Modena
- Piano Attuativo Locale della provincia di Modena
- Conferenza Sanitaria Territoriale della provincia di Modena - verbale del 26/5/2004
- Programma Nazionale "Guadagnare Salute"

SITI DI RIFERIMENTO

- <http://www.ppsmodena.it>
<http://www.healthpromotion2013.org>

La Carta di Ottawa: ancora oggi strumento di innovazione in Emilia Romagna

The Ottawa Charter: still a tool for innovation in Emilia Romagna

Fausto Francia, Patrizia Beltrami

Fausto Francia

Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL di Bologna

Patrizia Beltrami

Responsabile Programma "Promozione della salute" AUSL di Bologna

Parole chiave: strategia, strumenti, comunità, rete

RIASSUNTO

Obiettivo: valutare se la carta di Ottawa rappresenta ancora oggi un riferimento metodologico applicabile agli interventi di prevenzione.

Metodo: partendo dalle cinque attività strategiche suggerite dalla Dichiarazione si è verificato se in questi ambiti sono collocabili gli interventi che stanno attuando i servizi di prevenzione della regione Emilia-Romagna nel dare attuazione ai documenti programmatori sanitari e di governo del territorio.

Risultati: l'approccio di tipo comunitario al lavoro intersettoriale e multi professionale previsto dalla Carta rappresenta tuttora la strategia vincente pur in una ottica di innovazione scientifica ed organizzativa.

Key words: strategy, tools, community, network

SUMMARY

Objectives: to assess whether the Ottawa Chart is a methodological reference still applicable to prevention activities.

Method: we verified if the interventions that the Emilia-Romagna prevention services are implementing to realize the health care plan and territorial administration agenda are matching the five strategic activities suggested by the Declaration.

Results: the community-based approach to the multi-sectoral and multi-professional work required by the Chart is still the best strategy although in a perspective of scientific and organizational innovation.

Adottata nel 1986, la “Carta di Ottawa per la Promozione della salute” dell’OMS delinea le scelte strategiche necessarie per promuovere e tutelare la salute, intesa come unità olistica di caratteristiche fisiche psicologiche e sociali.

Dopo oltre 25 la Carta appare ancora straordinariamente innovativa, forse anche per i ritardi e la lentezza con i quali si è cercato di darle attuazione. Sancisce che il miglioramento della salute non dipende solo dall’ intervento del mondo sanitario, ma richiede il coinvolgimento di professionisti di diversa estrazione che devono “imparare” a lavorare con modalità integrata per perseguire obiettivi comuni. Le stesse politiche per la salute non sono responsabilità esclusiva di un singolo Ministero, ma il frutto di un’ampia gamma di decisioni: un approccio di così ampio respiro è indubbiamente, ancora oggi, un elemento fondamentale nella realizzazione di percorsi di promozione della salute.

Promozione della salute intesa come “Il complesso delle azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui, ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici, in un processo che aumenti le reali possibilità di governo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute” (Health Promotion Glossary, OMS 1998).

Questi presupposti possono trovare pratica attuazione attraverso le cinque attività strategiche previste dalla Carta di Ottawa, attività che rappresentano la cornice all’interno della quale si collocano molti interventi realizzati nel contesto della regione Emilia-Romagna e in particolare nell’Azienda Usl di Bologna.

1) Costruire una politica pubblica per la salute: significa porre la salute all’ordine

del giorno dei decisori politici di ogni settore e livello, per sviluppare una maggiore consapevolezza delle conseguenze che hanno le loro determinazioni in questo ambito. Tale strategia è il frutto di azioni diverse, coerenti e coordinate tra di loro. Diversi strumenti di pianificazione (dal Piano socio-sanitario della Regione Emilia-Romagna al più recente Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013) rappresentano un fondamentale sostegno alla realizzazione di azioni condivise tra più settori della società che, a diverso titolo, possono contribuire alla promozione della salute. La complessità legata alle caratteristiche socio-economiche, culturali ed ambientali rende difficile individuare gli interventi appropriati e necessari ad accrescere la qualità della vita dei cittadini. In questo quadro, a nostro avviso, spetta al Servizio Sanitario Regionale la responsabilità di costituire punto di riferimento culturale e di essere elemento trainante dell’azione degli altri settori, che incidono sugli aspetti essenziali della vita quotidiana (scuola, mondo del lavoro, agricoltura, urbanistica, casa, trasporti...).

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013 è stato redatto in continuità con i principali strumenti regolatori della Regione Emilia-Romagna, contribuendo ad orientare verso la salute collettiva i diversi strumenti di programmazione del territorio. Esso afferma: “Una delle fondamentali ragioni della necessità di costruire un welfare locale e di comunità è la peculiare combinazione fra politiche generali che incidono sulla qualità della vita quotidiana [...omissis...]. Tali politiche hanno livelli diversi di determinazione i cui effetti finali convergono comunque a livello locale. Questo comporta la necessità di realizzare l’attivazione dell’intera comunità locale”.

2) **Creare ambienti che favoriscano la salute:** significa promuovere e valorizzare gli “ambienti” che facilitano le scelte di salute. La nostra società è caratterizzata da una notevole complessità e diventa molto difficile separare obiettivi di salute da altri obiettivi che essa persegue: le relazioni che esistono tra le persone e i loro contesti richiedono l'adozione di un approccio prettamente socio-ecologico alla salute: occorre incidere sulle condizioni di vita e di lavoro in un ambiente in rapida trasformazione non solo in termini strutturali, ma anche relazionali.

Il Programma ministeriale “Guadagnare salute” ha facilitato la realizzazione di iniziative, non solo di tipo educativo, ma anche in ambito comportamentale ed ambientale, a sostegno dei diversi determinanti di salute.

Bologna ha visto l'avvio di numerosi progetti di valorizzazione del contesto ambientale. Ricordiamo “Parchi in movimento” (21 parchi cittadini “adottati” da 11 associazioni sportive per la realizzazione di 15 tipologie di attività proposte per 46 momenti di incontro settimanali), che ha consentito, con un percorso di progettazione intersettoriale ed interistituzionale, di coinvolgere migliaia di persone, ma al tempo stesso di utilizzare le risorse e le opportunità territoriali. Di recente, nell'ambito del progetto nazionale CCM “1 chilometro in salute”, i parchi di 11 città italiane sono diventati il setting privilegiato per la realizzazione di “gruppi omogenei di cammino” per velocità di passo: una evoluzione dei gruppi di cammino, già diffusi capillarmente nel nostro territorio. Anche il progetto Cittattiva ha visto la “mappatura” di alcuni quartieri di Bologna per avviare la camminata veloce o la corsa lenta (attività fisica moderata) nel contesto

urbano, favorendo l'avvicinamento al movimento attraverso percorsi sicuri: una sorta di “impiantistica” a km “0”, ad impatto “0” ed a costo “0” sia per il cittadino che per l'amministrazione pubblica.

3) **Rafforzare l'azione della comunità:** significa operare concretamente e all'interno della comunità, per definire priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare interventi che consentono di raggiungere un maggior livello di salute. Per questo lo sforzo maggiore è “fare rete” e attingere alle risorse umane e materiali esistenti nelle comunità stesse, per aumentare l'auto aiuto, il supporto sociale e rafforzare la partecipazione sui temi della salute.

In questo ambito a Bologna e provincia la realtà dell'auto mutuo aiuto (A.M.A) ha ormai una storia ultra decennale, a partire dai Piani per la Salute (D.G.R n. 321/2000 in attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999/2001), che, partendo dalla lettura dei bisogni hanno coinvolto tutti i componenti della società civile, dai decisori politici, alla scuola, alle categorie professionali, creando alleanze e sinergie. Si è creata una nuova “cultura della salute” che ha fatto crescere nuove consapevolezze teoriche, ma anche nuove modalità di approccio a questi temi, per far assumere alla promozione della salute un ruolo centrale nel lavoro quotidiano di ciascuno dei soggetti coinvolti.

La nostra Azienda Sanitaria da tempo sostiene, attiva e diffonde interventi che prevedono approcci multi-target e multi componenti per motivare e facilitare l'adozione di stili di vita salutari. I progetti in contesti di comunità vedono i soggetti chiamati a partecipare con una duplice funzione: da un lato rappresentano la comunità locale, dall'altro sono il tramite per raggiungere altri

soggetti e le diverse componenti della comunità in modo da facilitarne la inclusione nel processo partecipativo. L'obiettivo del lavoro in contesti di comunità, così come lo stiamo sviluppando nella nostra realtà locale, è quello di arrivare a raggiungere la "gente comune", i cittadini con le loro diversità, i loro bisogni, le loro risorse, i loro saperi: questo è il presupposto fondamentale per avviare il processo di empowerment comunitario.

Quindi questi percorsi non sono il risultato o l'azione esclusiva di uno o più servizi, ma l'azione che la comunità stessa può intraprendere per cambiare o risolvere un problema. In questo caso il ruolo dell'operatore sanitario è essenzialmente quello di facilitatore: creare situazioni più favorevoli a che i diversi attori coinvolti siano messi in grado di riconoscere la propria situazione sostiene e motiva ad agire per promuovere cambiamento, ma svolge anche un importante ruolo di catalizzatore nell'intero processo. Questo approccio è particolarmente efficace nei setting e nei contesti caratterizzati da una maggiore complessità: richiede capacità di interagire con i diversi attori sociali, di gestire gruppi di lavoro, di costruire reti nel territorio con attenzione ai valori che vengono veicolati e che la comunità esprime. In questo modo lo strumento della partecipazione diventa un obiettivo fondamentale del nostro agire: la ricerca dell'autonomia e dell'autodeterminazione rappresenta un elemento essenziale degli interventi che sostengono la crescita e la mobilitazione della comunità.

4) Sviluppare le capacità personali: significa sostenere lo sviluppo individuale e sociale, fornendo informazione e migliorando le abilità utili alla vita quotidiana. Ciò

deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzati della comunità.

La comunicazione per la salute ha subito profondi mutamenti, anche grazie al contributo della carta di Ottawa. L'approccio bio-medico prevede l'utilizzo di strumenti essenzialmente informativi e la modalità comunicativa è prevalentemente persuasiva: una sequenza lineare tra l'acquisizione di informazioni e di conoscenze e la modifica di atteggiamenti e di comportamenti. Molti contributi della letteratura mettono in evidenza che l'utilizzo di questo approccio esclusivo, sia a livello individuale che collettivo, ha risultati solo in una minoranza di soggetti e solo in coloro che possiedono più elevati titoli di studio e una migliore consapevolezza delle proprie risorse e capacità personali, con la paradossale conseguenza di implementare disuguaglianze. Anche "le campagne sugli stili di vita hanno un effetto più marcato sulla quota socialmente più elevata della popolazione, che è in grado di modificare i propri comportamenti pericolosi più ampiamente e più celermente delle fasce più deboli." (Donald Acheson)

Di qui la necessità di incidere sui comportamenti anche attraverso altri modelli comunicativi: l'approccio socio-affettivo ha come obiettivo lo sviluppo personale, attraverso le metodologie educative a sostegno delle life skill (abilità cognitive, emotive e relazionali che consentono all'individuo di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale) e che passano attraverso metodologie di lavoro essenzialmente interattive e laboratoriali.

La comunicazione a sostegno della motivazione al cambiamento comportamentale non è una relazione di tipo informale, quasi

amicale, ma richiede competenze specifiche (conoscenze, abilità e autoconsapevolezza) che vanno ad aggiungersi a quelle proprie della professione svolta. Questo modello comunicativo prende le distanze dall'intervento inteso come esclusiva erogazione di "consigli esperti".

In questo senso lo sforzo che è stato realizzato sia a livello regionale sia locale è stato quello di investire nella formazione degli operatori nell'acquisizione di queste abilità comunicative, cosiddette "negoziare", utilizzate in molti setting quali la scuola, il settore sanitario e quello sportivo.

5) Riorientare i servizi sanitari: significa adottare un mandato ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali delle comunità in cui sono inseriti, stabilendo connessioni tra il settore sanitario e le più diverse componenti sociali economiche e politiche. Riorientare i servizi significa anche porre attenzione alla ricerca e alla formazione professionale per sostenere atteggiamenti e organizzazioni più vicini ai bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua globalità.

Da questo punto di vista la più importante innovazione strategica è la costruzione delle "case della salute", nuove strutture organizzative flessibili tali da garantire – ponendo al centro la persona – equità di accesso e di trattamento ed una vera integrazione interprofessionale, coerente con un modello organizzativo per intensità di cura e di presa in carico globale della salute dei cittadini.

In tale ambito è possibile una alleanza tra medicina di iniziativa e prevenzione, tesa a mettere in campo percorsi strutturati di counseling motivazionale personalizzati gestiti direttamente dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli infermieri, nonché interventi preventivi di

comunità condotti direttamente dai Dipartimenti di Prevenzione nei confronti di gruppi di soggetti a rischio individuati tra l'utenza della struttura.

Si possono ipotizzare i seguenti ambiti di sviluppo in funzione dei target:

1. promozione di stili di vita sani (corretta alimentazione, esercizio fisico, sicurezza stradale, sicurezza domestica, rapporti sessuali protetti.....)
2. promozione di stili di vita contrastanti fattori di rischio (lotta al sovrappeso ed alla obesità, al fumo, alla ipertensione, alla ipercolesterolemia, all'abuso di alcol e farmaci e sostanze...)
3. promozione di stili di vita coadiuvanti terapie per patologie in essere (prescrizione di esercizio fisico adattato nei post IMA e trapiantati e di attività fisica specifica nelle patologie neurologiche e osteoarticolari nonché gruppi di cammino nel diabete di tipo 2)
4. bilanci di salute per fattori di rischio maggiormente diffusi (visite auxologiche, applicazione carta del rischio cardiovascolare)
5. promozione dell'adesione ai percorsi di screening (attenzione ai non responders, luogo di ritiro e consegna dei contenitori per colon-retto, di effettuazione del PAP TEST)
6. promozione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (sia per campagne di massa sia per somministrazioni mirate per patologie di base del paziente)
7. partecipazione ad analisi epidemiologiche, sistemi di sorveglianza e studi di popolazione (per evidenziare clusters di patologie legate ad esposizioni ambientali collegate a quella specifica zona, per partecipare alla rete di prevenzione dei danni da ondate di calore, per individuare bisogni territorio-specifici...).

Conclusioni

Le strategie del servizio sanitario del futuro si dovranno basare su quattro elementi cardine:

- 1) La medicina di iniziativa, in quanto i cittadini reclamano una assistenza che non si limiti alla cura delle malattie, ma alla presa in carico della loro salute;
- 2) La presenza di strutture di riferimento, le Case della salute, che rappresenteranno i baluardi territoriali per le iniziative assistenziali e di prevenzione;
- 3) La lotta alle diseguità al fine di ridurre il gap di opportunità nelle scelte di salute legate al censo, alla etnia ed alla cultura di base individuali, tramite l'individuazione di percorsi, anche preventivi, di tipo strutturato finalizzati all'appropriatezza

e al consenso informato;

- 4) Una forte collaborazione del sistema sanitario con i soggetti pubblici, privati e del terzo settore presenti nel territorio di riferimento, per creare insieme delle mappe delle opportunità relative a percorsi di prevenzione che integrino il tradizionale approccio clinico.

Le evidenze scientifiche (fonte OCSE 2012) dimostrano come nella popolazione con età compresa tra i 50 e gli 80 anni, i programmi di prevenzione producano un guadagno in termini di Dalys che è quasi il doppio rispetto al guadagno in anni di vita: se si vuole governare in futuro la spesa sanitaria questa è la via obbligata e la carta di Ottawa si sposa ancora perfettamente con queste linee di sviluppo.

BIBLIOGRAFIA

1. Beltrami P. Le competenze metodologiche a supporto della pianificazione efficace in promozione della salute. In: *Il Pianeta in esplorazione - Esperienze di coinvolgimento attivo dei giovani nella promozione della salute*. Ed. Giunti; 2011.
2. Beltrami P, Centis E. La motivazione al cambiamento nella promozione della salute. In: *I paesaggi della Prevenzione-Strumenti metodologici e operativi fra Sanità e Scuola*. Ed Giunti; 2012.
3. Beltrami P. La programmazione partecipata in promozione della salute. In: *I paesaggi della Prevenzione*. Ed Giunti; 2012.
4. De Piccoli N. Individui e contesti in Psicologia di comunità. Ed. Unicopli; 2007.
5. Guarino A. Fondamenti di educazione alla salute. Teorie e tecniche per l'intervento psicologico in adolescenza. Ed. Franco Angeli; 2008
6. IUPHE. Delinare il futuro della Promozione della salute: le priorità per l'azione, 2007. Documento disponibile sul sito www.dors.it.
7. Labonte R, Leverac G. *Health Promotion in Action: from local to global empowerment*. Palgrave: Mac Millian; 2008.
8. Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Ed Unicopli; 2005.
9. Martini ER, Torti A. *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*. Ed. Carrocci-Faber; 2007.
10. Sidell M. *Partnership and Collaboration: The promise of Participation*. In: Jones L, Sidell M. *The challenge of promotion health: Exploration and Action*. Bristol: The open University; 1997.
11. Stacey RD. *Strategic Management and Organisational dynamics: the Challenge Complexity*. New York: Financial Time Prentice Hall; 1999.
12. WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. 1st International Conference on Health Promotion in Ottawa, Canada; 1986.
13. WHO, *Aggiornamento del Glossario OMS: nuovi termini*. 1998.

Articoli

Per un questionario europeo di indagine sui consumi alcolici e sui possibili danni correlati. Un'esperienza italiana*

For a European questionnaire survey on alcohol consumption and possible damage related. An italian experience

Allaman Allamani, Maria Cristina Manca, Karin Pantzer, Ilaria Basetti Sani, Patrizia Ammannati

Allaman Allamani
Coordinatore di Progetto, psichiatra. Centro Alcolico ASF, Firenze

Maria Cristina Manca
Antropologa, consulente per la parte qualitativa, intervistatrice

Karin Panzer
Sociologa, intervistatrice

Ilaria Basetti Sani
Assistente sanitaria (U.O. Assistenza Sanitaria in A.P.) ASL 10 Firenze

Patrizia Ammannati
Dietista (U.O. Dietetica Professionale) ASL 10 Firenze

Parole chiave: consumi alcolici, danni correlati, metodologia standardizzata, questionari

RIASSUNTO

Obiettivi: il progetto SMART (*Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles*, cioè Standardizzazione della Misurazione dei Problemi Correlati all'Alcol), finanziato dall'Unione Europea e coordinato dall'Istituto di Psichiatria e Neurologia di Varsavia (Polonia), tra il 2009 e il 2011 ha inteso identificare una metodologia standardizzata europea per intraprendere indagini sul consumo di bevande alcoliche e sui problemi o danni

* Azienda Sanitaria di Firenze (ASF) con la collaborazione dell'Agenzia Regionale toscana di Sanità (ARS). Si ringrazia per la collaborazione al progetto: Fabio Voller, Osservatorio *sociologia ARS*; Alessandro Barchielli, *Epidemiologia ASL 10 Firenze*; Rina Brunetti, *assistente sanitaria (U.O. Assistenza Sanitaria in A.P.) ASL 10 Firenze* - Referente locale della S.S Educazione alla Salute; Silvia Branzini, segreteria *ARS* per l'inserimento dei dati.

che ne possano derivare.

Metodologia: è stato quindi elaborato un questionario internazionale che è stato testato in 9 Paesi Europei, tra cui l'Italia, rappresentata dall' Azienda Sanitaria di Firenze. Ognuno dei Paesi ha tradotto e adattato il questionario alla propria lingua. In totale sono state intervistate circa 200 persone di età compresa tra i 18 e i 74 anni. Lo studio quantitativo è stato integrato con dei Focus Group per approfondire alcuni ambiti tematici.

Risultati: a seguito dell'elaborazione dei risultati il questionario è stato ridefinito nella sua forma finale. Sul sito europeo e sul sito italiano: www.ars.toscana.it/pub (documento n. 66/2012) sono visibili i vari questionari e il rapporto finale.

Key words: alcohol consumption, related harm, standardized methodology, questionnaires

SUMMARY

Objectives: the SMART project (Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles, ie Standardization of Measurement of alcohol-related problems), funded by the European Union and coordinated by the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw (Poland), between 2009 and 2011 has sought to identify a standardized methodology for the European undertake investigations on the consumption of alcoholic beverages and the problems or damages that may arise.

Method: a questionnaire was therefore developed internationally that has been tested in 9 European countries, including Italy, represented by Health Agency of Florence. Each of the countries has translated and adapted the questionnaire to their own language. In total 200 people were interviewed between the ages of 18 and 74 years. The quantitative study was integrated with the Focus Group to develop certain subject areas.

Results: following processing the results of the questionnaire has been redefined in its final form. On the European site and on-site Italian: www.ars.toscana.it/pub (document no. 66/2012) you can see the various questionnaires and the final report.

1. Il progetto internazionale SMART

Anche se vi sono notevoli differenze tra Paese e Paese – con ormai bassi consumi nei Paesi mediterranei e alti consumi in alcuni Paesi del settentrione – l'Unione Europea rappresenta in media l'area geografica col più alto consumo di bevande alcoliche: nell'anno 2009, il consumo medio di un individuo di 15 anni ed oltre era di circa 12,5 litri di alcol puro, corrispondenti a 27 grammi di alcol puro al giorno, quantità rimasta stabile per tutto il decennio precedente (3). Altre informazioni emergono dalle indagini sui consumi alcolici dei giovani in età scolare, quali ESPAD e HBSC (7, 12), in cui si rileva che

gli episodi di ubriachezza sono diffusi tra i giovani, anche se gli studenti del sud Europa hanno circa cinque volte meno probabilità di quelli di altre aree europee di essersi ubriacati più di 20 volte nella loro vita.

Tuttavia, in generale, i dati che si ottengono dalle varie inchieste alcolologiche sono dipendenti in misura considerevole dalle domande dei questionari somministrati: nel riesaminare le analisi costi-benefici di 21 studi europei, Anderson & Baumberg (5) hanno osservato una grande varietà di metodologie utilizzate.

Ad oggi, un approccio di livello europeo per ottenere informazioni confrontabili sul con-

sumo di alcol, sulle modalità del bere e sui problemi correlati non era stato ancora intrapreso, a parte alcuni recenti tentativi (EUROSTAT, EHIS, EUROBAROMETER ECHIM). Per ovviare a tali difficoltà la Commissione Europea ha richiesto lo sviluppo di uno studio specifico che fosse in grado di produrre un questionario alcolologico europeo.

Il progetto SMART si è pertanto prefisso di mettere a punto una metodologia standardizzata che servisse per confrontare adeguatamente le indagini alcolologiche dei vari paesi europei. Il Progetto è stato finanziato dall'Unione Europea attraverso la *Public Health Executive Agency* della Commissione Europea, ed è stato coordinato dall'*Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN)*, di Varsavia in Polonia, sotto la responsabilità del professor Jacek Mokskaiewicz.

Il gruppo del Progetto SMART, a seguito di una rassegna sistematica (6) e tenuto conto delle opinioni di pannelli di esperti, ha preparato un questionario unico europeo che si propone per le prossime indagini epidemiologiche europee. Hanno partecipato allo studio nove Paesi con diverso retroterra socio-culturale e modalità di consumo di alcol: Italia, Spagna (Mediterraneo), Finlandia (paesi nordici), Polonia, Estonia (area del Baltico meridionale), Ungheria, Repubblica Ceca (Europa centro-orientale), Germania e Regno Unito (Europa occidentale). Il gruppo si è confrontato via via durante i due anni (2009-2011) della realizzazione del progetto, sia per corrispondenza elettronica sia in 4 incontri occorsi semestralmente in varie città europee, tra cui Firenze.

2. Obiettivi e metodologia dello studio

L'obiettivo generale di SMART è sviluppare una metodologia standardizzata per com-

piere indagini comparative sul consumo di alcol, includendo il bere episodico eccessivo, l'ubriachezza, il contesto del consumo di alcol, la dipendenza dall'alcol, l'acquisto di bevande alcoliche non registrato (senza fattura o ricevuta) e sulle conseguenze sociali (personali e del gruppo) del consumo di alcol, nonché sul sostegno pubblico alle misure di politica alcolologica.

L'impatto previsto è che un migliore uso di approcci standardizzati in tutta Europa porti a politiche più informate e basate sull'evidenza, ai fini di ridurre le conseguenze negative dell'alcol sulla salute e sull'economia.

Gli obiettivi specifici sono stati i seguenti:

- rivedere le esistenti metodologie delle inchieste alcolologiche della letteratura internazionale;
- sviluppare una metodologia d'intervista che valuti la fattibilità di un questionario alcolologico europeo – a livello di popolazione generale – con domande sul consumo alcolico, sui problemi alcol-correlati, e sulle soluzioni auspiccate, ai fini di esplorare la migliore tipologia di domande rispetto ad ogni ambito tematico;
- produrre un questionario finale sulla base dei suggerimenti dei ricercatori e i commenti degli intervistati da proporre per le successive indagini alcol-epidemiologiche europee.

Nella prima fase del progetto è stata elaborata una metodologia di indagine standard, che ha richiesto una rassegna della letteratura con la revisione delle circa 40 inchieste alcolologiche europee realizzate a partire dal 2000. Successivamente è stato elaborato il questionario con domande (relative agli ultimi 12 mesi) sulla frequenza del bere, le occasioni del consumo di alcol, i vari tipi di bevande consumate, il bere episodico e il bere *binge* (episodi di bere eccessivo), ed alcune

domande sulla dipendenza, sulle conseguenze sociali (personali e del gruppo) del consumo di alcol e sulle politiche alcolologiche.

Il questionario è stato quindi tradotto nelle lingue dei paesi partecipanti e dopo essere stato testato è stato somministrato ad un campione opportunistico di 200 soggetti in ciascuno dei paesi partecipanti, per un totale di circa 2.000 intervistati. Alcuni paesi hanno anche organizzato dei focus group per indagare in profondità i differenti aspetti legati alle modalità del bere.

3. L'esperienza italiana

L'Italia ha una sua specificità nel bere, documentata da vari studi epidemiologici e di prevenzione. Tra le istituzioni di ricerca attive in Italia e note all'estero, l'Azienda Sanitaria di Firenze ha da tempo sviluppato nel territorio di Scandicci iniziative di portata alcolologica e vi sono stati realizzati almeno due progetti che hanno coinvolto la comunità locale¹. Le risposte date dai cittadini e dalla comunità nel suo insieme sono state notevoli.

Grazie alla collaborazione sviluppata con l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) in questo progetto, l'Azienda Sanitaria di Firenze

ha realizzato una serie di attività coordinate con l'Istituto di Varsavia:

- 1) traduzione in italiano del questionario internazionale (redatto in inglese);
- 2) verifica del questionario attraverso un piccolo gruppo di intervistati;
- 3) somministrazione del questionari agli intervistati;
- 4) inserimento dei dati mediante programma SPSS e invio per la elaborazione all'IPiN;
- 5) conduzione di tre gruppi focali per approfondire gli aspetti culturali dei principali concetti sotto studio;
- 6) collaborazione all'analisi dei dati italiani e allo studio internazionale, nonché al rapporto finale;
- 7) valutazione del progetto; con restituzione dei risultati dello studio nell'area di Scandicci².

3.1. Traduzione e adattamento del questionario

Il primo passo è stato quello di tradurre il questionario dall'inglese all'italiano, con un linguaggio adatto alla cultura italiana. Riguardo alla tipologia delle bevande, oltre a vino, birra e superalcolici è stata aggiunta

¹ Il Progetto di prevenzione alcolologica di comunità (Educazione ai consumi e prevenzione dei problemi alcol-correlati. "Scandicci 2000"), attuato tra il 1999 e il 2004 (2); e il progetto PRISMA (Progetto nazionale per la promozione di strategie di prevenzione precoci per la riduzione del danno alcol-correlato nei servizi socio-sanitari di base- Progetto dell'Azienda Sanitaria di Firenze. "Identificazione Precoce e Intervento Breve per i Bevitori a Rischio nell'assistenza primaria"), attuato tra il 2004 e il 2007 (3).

² Venerdì 12 novembre 2010, nella Sala del Consiglio Comunale di Scandicci, sono stati presentati i risultati preliminari del progetto europeo SMART, come una giornata di *restituzione*. La giornata è stata preparata per tempo dal gruppo di Studio SMART con le modalità dell'approccio multidisciplinare che ne ha caratterizzato il lavoro nei due anni (2009 -2010) in cui si è svolto. La collaborazione della municipalità di Scandicci è stata essenziale.

All'incontro erano presenti circa 40 persone, dipendenti del comune di Scandicci, operatori sanitari ASE, volontari dell'Humanitas e dell'Auser, appartenenti, in massima parte, ai 202 intervistati del progetto SMART che hanno attivamente dimostrato di come le interviste siano state percepite come un contributo attivo della comunità locale allo studio SMART.

una voce per aperitivi-spumanti. E' stata fatta una traduzione libera in particolare per quanto riguarda la formulazione della domanda sul consumo non registrato, la quale si è focalizzata sulla preparazione della bevanda in casa o sull'acquisto fatto direttamente dai contadini, piuttosto che sul tema, importante invece per i nordeuropei, della produzione e vendita illegali, fenomeno abbastanza sconosciuto dalle nostre parti. In altre domande si sono ammorbidite espressioni che indagavano sugli effetti del bere, che una traduzione troppo fedele avrebbe reso presumibilmente inaccettabili agli intervistati. Nella prima settimana di novembre 2009 sono state realizzate tre interviste pilota che avevano come obiettivo di valutare la traduzione – linguistica e culturale – nonché i punti di forza e le aree critiche del questionario.

3.2. Gli intervistatori, la scelta del territorio e degli intervistati

La scelta degli intervistati

Da novembre 2009 a febbraio 2010 è stato realizzato un totale di 202 interviste. Complessivamente, si è trattato di un campionamento di 182 bevitori "moderati" e di 20 bevitori forti, o "eccessivi", o con trascorsi di alcolismo.

Bevitori moderati

Per effettuare le interviste ai 182 bevitori moderati il territorio di riferimento principale è stato Scandicci, città di 50.000 abitanti, alla periferia sudovest di Firenze, dove l'Azienda Sanitaria di Firenze, responsabile dello studio, aveva in precedenza realizzato una serie di attività di prevenzione alcolologica (vedi *nota 1*).

A Scandicci si sono identificate due aree: (a) un'area urbana, riferibile al centro della città, e (b) un'area semirurale, identificata nella frazione di Badia a Settimo, zona interme-

dia tra città e campagna, con una lunga tradizione rurale ma ora in fase di urbanizzazione. Per raggiungere il richiesto numero di interviste, si è anche utilizzato il territorio della città di Firenze e, per un piccolo numero di intervistati, la vicina città di Sesto Fiorentino a nord di Scandicci.

Pur rispettando le previste quote per classi di età, genere e aree urbana/rurale (Tab. 1) la scelta del campione è stata opportunistica.

Per reperire le persone che avrebbero accettato di essere intervistate sia in area urbana sia in area semi-rurale, si è fatto capo ad al-

Tabella 1 - Distribuzione dei bevitori moderati intervistati (N= 182) secondo area di residenza (urbana/rurale) e secondo il genere e tre classi di età

Età	Area urbana		Area rurale		Totale
	M	F	M	F	
18-29	12	19	9	15	55
30-49	17	25	10	15	67
50-74	22	9	18	11	60
Totale	51	53	37	41	
	104		78		182

cune istituzioni: (a) il Comune di Scandicci con i suoi dipendenti; (b) l'Azienda Sanitaria Locale con i suoi dipendenti e utenti intervistati presso gli ambulatori dei presidi sanitari; (c) le associazioni di volontariato che si occupano di assistenza socio-sanitaria (Humanitas di Scandicci centro, Humanitas di San Colombano) con i loro soci e utenti; (d) l'associazione per l'assistenza agli anziani Auser di Sesto Fiorentino, con i volontari che ne fanno parte.

Inoltre, per semplificare il reclutamento nella fascia di età 18-29 anni, si è in gran parte ricorso a una procedura a "palla di neve"³ a partire dalle iniziali conoscenze delle intervistatrici.

Le 182 persone intervistate erano di età compresa fra 18 e 74 anni; 94 erano donne e 88 uomini. Per 104 di loro la provenienza era di area urbana e per 78 di area rurale.

Forti bevitori

Le 20 interviste ai forti bevitori sono state realizzate tra novembre 2009 e febbraio 2010. Di questi 20 intervistati, 6 erano utenti del Centro Alcológico dell'Azienda Sanitaria di Firenze che avevano smesso di bere da almeno un mese o che avevano deciso di riprendere il trattamento dopo un periodo di interruzione; 2 intervistati erano da poco entrati a far parte degli Alcolisti Anonimi e avevano smesso di bere da più di sei mesi; in 5 casi si è trattato di persone con un passato di forti bevitori, indicate perché conosciute personalmente dagli intervistatori e/o dal coordinatore; in 7 casi si è trattato di persone che rispondendo al questionario hanno affermato di consumare una quantità di bevande alcoliche superiore ai 40 grammi giornalieri (cioè 4 bicchieri da 100 cc. di vino, o equivalenti).

Somministrazione del questionario

Le interviste hanno avuto una durata variabile tra i 20 e i 40 minuti circa. Nelle interviste individuali sono state usate anche delle schede (*card*) da mostrare agli intervistati, contenenti le risposte da scegliere quando venivano presentate alcune domande.

Ad ogni intervistato individualmente venivano presentati un bicchiere standard di vino (100 cc.), di birra (lattina di 330 cc.), di aperitivi o spumante (100 cc.) e di superalcolici (40 cc.). Ciò affinché l'intervistato potesse calcolare e riferire correttamente ciò che abitualmente consuma secondo le varie bevan-

de. Solamente per le interviste ai forti bevitori non sono stati utilizzati i bicchieri e la lattina di riferimento, poiché avevano procurato apparentemente qualche difficoltà nelle interviste fatte nella struttura alcológica.

Il gruppo di intervistatrici, composto da un'assistente sanitaria, una dietista, una sociologa e un'antropologa, ha realizzato le interviste *faccia-a-faccia*: l'intervistatrice rivolgeva le domande e riempiva a matita il questionario. Per 15 persone si è trattato di interviste a piccoli gruppi. È stato chiesto ad ogni intervistatrice di tenere un "diario di campo" dove annotare commenti, riflessioni, idee e proposte rispetto alle interviste, al questionario in generale e alle sezioni di domande. L'insieme dei commenti, riflessioni e proposte ha poi costituito l'ossatura del report finale e di questo articolo. Il gruppo si è riunito da novembre a marzo circa ogni 15 giorni insieme al coordinatore del progetto per presentare e commentare il lavoro svolto, i problemi, le difficoltà, gli obiettivi raggiunti e per programmare i passi seguenti, in una costante dinamica di collaborazione interdisciplinare. Periodicamente nelle riunioni, le intervistatrici comunicavano alle colleghe i dati delle interviste da loro registrati su un'apposita scheda segnalando l'età, il sesso e la zona di residenza (urbana, rurale) di ogni intervistato. Inoltre veniva informato il gruppo di lavoro di chi, fra gli intervistati, si rendeva disponibile per partecipare ai focus group. Lo scopo era di avere costantemente un calendario aggiornato rispetto al numero e alla tipologia delle persone intervistate.

³ Si tratta di un campionamento di convenienza dove i primi membri del campione ne identificano altri con simili caratteristiche

3.3. I risultati dello studio italiano

Organizzazione del questionario

Il questionario si componeva di 5 macro sezioni contenenti domande rivolte con modalità diverse ma sul medesimo contenuto, assegnate in modo casuale ad ogni intervistato. Le macro sezioni facevano riferimento alla frequenza, quantità e contesto del consumo di alcol, all'ubriachezza e al binge drinking (episodi di bere eccessivo), al consumo non registrato, alla dipendenza da alcol e alle conseguenze del consumo di alcol (consumo personale, di persone vicine o della comunità). Il questionario prevedeva inoltre una sezione con domande sull'opinione in merito alle politiche alcolologiche ed una sezione relativa ai dati sociodemografici.

Dopo aver concluso il questionario e dopo aver ringraziato, l'intervistatore chiedeva all'intervistato di commentare e valutare le domande di alcune sezioni del questionario.

Commento generale

La maggior parte (80%) delle persone intervistate sono state disponibili a rispondere alle domande dei questionari, ma circa il 40% sono state poco disponibili a fare commenti, nonostante abbiano apprezzato la possibilità di esprimere il loro punto di vista. Generalmente il questionario è stato bene accettato e ha riscosso interesse una volta che ne è stato chiarito lo scopo. I rifiuti⁴ all'intervista sono stati del 3,4% (n. 7 persone).

E' stata gradita la spiegazione iniziale su come fare il calcolo delle unità alcoliche mostrando i bicchieri e la lattina. Per molti degli intervistati era la prima volta che provavano a quantificare il proprio consumo di bevande alcoliche e qualcuno è stato sorpreso dalla quantità consumata, poiché riteneva che un

bicchiere di vino contenesse una quantità decisamente superiore a 100cc. Visualizzare la quantità e sapere quanti grammi di alcol contiene una "bevuta", ha permesso agli intervistati di prendere coscienza di quanto alcol consumava giornalmente e ha dato la possibilità ad alcuni di aprirsi e di parlare del proprio bere senza timore di essere giudicato. Alla conclusione del questionario circa un terzo delle persone ha voluto sapere di più e approfondire l'argomento del bere.

Vari intervistati hanno commentato che il questionario era comprensibile perché è stato spiegato dall'intervistatore fin dall'inizio nei suoi obiettivi, finalità e domande, sottolineando che se ciò non fosse stato fatto non sarebbero stati in grado di rispondere da soli in quanto le quasi tutte le domande sono apparse "molto complesse".

È stato anche molto utile l'uso delle *card* che ha aiutato gli intervistati a comprendere immediatamente il tipo di risposte da poter dare, ad ottimizzare i tempi e a facilitare le risposte come rinforzo/memoria visiva rispetto a quanto letto dall'intervistatore.

Da una impressione d'insieme delle risposte alle interviste, le modalità del bere si differenziano soprattutto nel bere durante i pasti *versus* fine settimana, tra giovani, giovani adulti e adulti più anziani, e non tanto tra bere eccedente e bere moderato oppure tra zona urbana e zona rurale.

Nella fascia di età 18-29 anni (zone sia urbane che rurali) usualmente il consumo di bevande alcoliche è nei fine settimana, soprattutto birra e aperitivi; invece i soggetti di età 30-49 (sia urbani che rurali) generalmente hanno un consumo moderato, salvo i momenti di socialità e di festa; infine gli inter-

⁴ Una persona ha commentato di non gradire intrusioni personali e sei non hanno accettato per mancanza di tempo in orario di lavoro

vistati di età 50-74 (sia urbani che rurali) generalmente consumano il vino come indispensabile accompagnamento al momento dei pasti e nei momenti di socialità e festa.

Commenti degli intervistati

In generale, il questionario è considerato valido per il consumatore moderato; secondo gli intervistati i forti bevitori potrebbero sottostimare volutamente il loro bere.

E' stata più volte sottolineata l'insufficienza di domande relative al contesto in cui si beve: la convivialità, il gusto e il piacere abbinando alimenti al vino, la situazione in cui si beve. Conoscere tali usi sarebbe servito per avere informazioni utili al fine di orientare più adeguatamente gli interventi educativi nella popolazione generale. Per questo motivo la sezione di domande *LO* (Last Occasion: ultima occasione) che contestualizzavano il bere prendendo in considerazione l'aspetto sociale, la cultura e la tradizione sono state considerate tra le più semplici e piacevoli.

Molti intervistati hanno segnalato la difficoltà nel ricordare i consumi negli ultimi 12 mesi, come rappresentativi del proprio consumo abituale e come richiesto nel questionario. Specialmente per chi si considera "un bevitore occasionale," oppure per chi aumenta il bere in determinati periodi (momenti di crisi, problemi, difficoltà, ricadute, ecc.) le domande non fanno emergere questo "consumo discontinuo". Nonostante queste osservazioni, alcuni intervistati hanno dichiarato che riflettere sul consumo degli ultimi 12 mesi può aiutare a rendersi conto della reale quantità di alcolici che viene consumata.

Molti sono stati i suggerimenti rispetto a come iniziare il questionario con domande più generali prima di chiedere le quantità, come per esempio "le piace bere?", oppure con una domanda che esplora il piacere, il gusto nell'abbinamento dei vini ai cibi (qua-

lità), oppure qualcuno ha proposto di chiedere "cos'è l'alcol" per conoscere qual è la percezione dell'intervistato.

Alcuni intervistati avrebbero aggiunto al questionario una domanda rivolta a conoscere "perché bevi" formulandola in due modi: 1) bevi perché ti piace quello che bevi; 2) bevi per sentirti più disinibito, più socievole.

Le domande delle sezioni *LO*, *BSQF* (Beverage Specific Quantity - Frequency: frequenza/quantità per bevanda specifica), *GF* (Graduated Frequency: graduazione di frequenza) sono state definite come "molto dirette e ripetute" e quindi potrebbero indurre i forti bevitori a dare risposte generiche in quanto il ricordo è vago e lontano nel tempo.

Rispetto alla seconda parte del questionario che si riferisce a: ubriachezza e binge drinking (episodi di bere eccessivo) il problema maggiore è stato quello di definire "sentirsi ubriaco" spesso confuso con "alticcio" o con aver bevuto molto. Per alcuni intervistati manca il "sentirsi intossicato" nel senso di bruciori di stomaco, mal di testa, ecc., cioè tutte quei malesseri fisici che possono accompagnare o seguire un episodio di bere eccessivo. Inoltre, molti intervistati hanno affermato che una persona con problemi di alcolismo si sentirebbe giudicata da una domanda così diretta e non risponderebbe con sincerità.

Rispetto alla sezione del *consumo non registrato* (*UP* - Unrecorded Purchasing: acquisto non registrato), che nella versione originale del questionario era inteso come consumo "illegale" cioè di contrabbando, la maggior parte degli intervistati ha considerato le domande "strane", e poco comprensibili per la cultura italiana. Spesso gli intervistati hanno chiesto raggugli sulla finalità della domanda e sul perché veniva posta. L'unico consumo non registrato che gli intervistatori hanno dichiarato è stato quello dell'acquisto del vino dal

contadino, ritenuta questa una modalità culturale toscana.

Sottoponendo le domande *sulla dipendenza da alcol* (RAPS - Rapid Alcohol Problems Screen: test rapido su problemi dovuti all'alcol / AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test: test di identificazione dei disturbi da consumo di alcol e DSM IV - Statistical Manual of Mental Disorders: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - IV ed.) ai consumatori moderati si sono frequentemente osservate espressioni di stupore attraverso il non verbale (sgranare gli occhi, tirare indietro il busto, fare il cenno di diniego con la testa). Si è inoltre osservato una diminuzione di interesse da parte degli intervistati che definiamo consumatori "moderati", quando gli venivano sottoposte le domande di questa sezione e molti hanno commentato: "non mi ritrovo nelle situazioni esposte; le trovo superflue; sono adatte per chi ha una dipendenza", soprattutto per quel che riguarda tutte le domande del DSM-IV. Nonostante ciò, alcune persone hanno commentato come le domande del DSM IV e RAPS stimolino una riflessione e possano eventualmente far emergere gli effetti e le problematiche connesse col bere, oppure al contrario la consapevolezza di non avere un bere problematico.

Il suggerimento di molti intervistati che consumano quantità moderate di alcol e che hanno trovato le domande sulla dipendenza fuori luogo e non adatte al loro consumo, è stato quello di creare un filtro che sottoponga le domande sulla dipendenza solo a coloro che hanno un consumo di alcol al di sopra di un limite da stabilire. Alcuni intervistati si sono sentiti giudicati dalle domande sulla dipendenza e avevano paura di essere etichettati come forti bevitori.

Le domande incluse nella sezione sulle *conse-*

guenze dell'uso di alcol (ASC - Adverse Social Consequences of Own Alcohol Use: Conseguenze sociali avverse / HD - Heavy Drinkers in Your Life: Forti bevitori nella propria vita / COM - Impact of Others Drinking in the Community: Impatto dei bevitori sulla propria comunità) sono risultate difficili da sottoporre alla popolazione e varie domande sono apparse troppo intrusive e imbarazzanti, come per esempio "Le è sembrato che il suo bere abbia danneggiato la sua vita domestica o il suo matrimonio?"

Le domande relative alle conseguenze dal consumo di alcol (consumo personale, di persone vicine o della comunità) delle sezioni HD e COM hanno fatto riemergere l'interesse degli intervistati "moderati" che era calato durante le domande precedenti sulla dipendenza poiché riguardano maggiormente la collettività e il gruppo. La maggiore difficoltà è simile a quella delle sezioni precedenti dove viene richiesto di quantificare eventi e circostanze negli ultimi 12 mesi e il timore manifestato da gran parte degli intervistati è stato quello di poter essere fraintesi nelle risposte ed etichettati come alcolisti. Una volta di più gli intervistati hanno suggerito alcune domande introduttive a questa sezione, come per esempio: cosa intendi per forte bevitore? Come definisci un alcolista? Per la sezione dedicata alle *politiche alcolologiche* (AP - Attitudes to Alcohol Policy: opinioni sulle politiche alcolologiche) c'è stato un forte interesse degli intervistati, che si sono sentiti chiamati in causa sugli aspetti sociali e delle politiche. Varie persone hanno sottolineato la difficoltà di dare risposte "chiuse" a domande che invitavano a fare riflessioni e proposte e che le scelte delle risposte da dare era troppo rigida. Molti intervistati non si sono dichiarati in favore del proibizionismo, ma hanno proposto di aumentare da un lato l'edu-

cazione sanitaria (sfera pubblica) e dall'altro la consapevolezza riguardo al corretto consumo legata alla nostra cultura del gustare il vino a tavola (sfera familiare).

Tra gli intervistati "forti bevitori" che avevano smesso di bere da parecchi mesi, il questionario è stato definito come molto utile perché fa ricordare – oppure non fa dimenticare – come e quanto si beveva prima, alcuni hanno affermato che intristisce perché fa riflettere sulle quantità di alcolici che venivano bevute prima di smettere e sulla vita da alcolista attivo. Queste riflessioni possono forse aiutare ad evitare le ricadute nel bere. Tra gli intervistati "forti bevitori" che avevano smesso di bere da poco tempo le domande sulla quantità consumata sono state tra le più difficili; il ricordo è ancora molto fresco e per nessuno è stato piacevole ricordare.

I Focus group

Nel mese di marzo 2010 sono stati organizzati e realizzati tre focus group (uno con 3 intervistati dell'area rurale, uno con 5 intervistati dell'area urbana, uno con 3 intervistati forti bevitori). I tre focus sono stati condotti dall'antropologa con la collaborazione della sociologa e dell'assistente sanitaria che ha partecipato al focus dell'area urbana. I tre incontri hanno stimolato la discussione e sono stati molto partecipati; il tema del bere è senza dubbio di forte interesse.

L'obiettivo dei focus era di commentare la struttura del questionario e di approfondire gli aspetti culturali dei principali concetti sotto studio: quando, dove, perché e in che momenti vengono consumate le bevande alcoliche, il significato e la differenza tra bere "giusto" e bere "molto", le politiche sull'alcol.

A livello generale sono state ribadite le perplessità che gli intervistati avevano segnalato nei commenti finali del questionario (ru-

rale, urbano) e la percezione che hanno avuto al momento dell'intervista sentendo il questionario molto invasivo e finalizzato a "saggiare le abitudini pesanti". Nei focus con partecipanti rurali e urbani molto si è parlato dei significati e delle modalità del bere in Toscana.

Il consumo di bevande alcoliche

Il vino o la birra vengono consumati esclusivamente durante i pasti, prevalentemente serali, normalmente uno o due bicchieri a pasto (considerato il bere "giusto"). Nei momenti di convivialità si può aumentare la quantità e aggiungere anche superalcolici. Vi è più attenzione alla qualità (abbinamento vino e pietanza, birra e pizza o determinate pietanze che il palato richiede) che alla quantità. Viene ritenuto molto importante autoregolarsi; il vino viene consumato per il gusto e per il piacere, spesso condividendolo con amici o familiari. Ogni tipo di bevanda alcolica (vino – bianco o rosso –, birra, aperitivi, spumante, superalcolici) ha un suo momento particolare destinato al suo consumo e un abbinamento specifico. I partecipanti ai focus concordavano sul fatto che il consumo di bevande alcoliche nella famiglia di origine non è un incentivo al consumo, ma che talvolta un esempio di bere eccessivo e problematico, può essere un disincentivo.

Bere "giusto" e bere "molto"

Molto si è discusso della soglia tra il "bere giusto" e il "bere molto", della differenza tra forte bevitore e alcolista:

- a- in molti si sono interrogati sul rapporto tra alcol e disagio sociale, tra alcol e pubblicità (attori molto conosciuti pubblicizzano in TV le bevande alcoliche), tra il consumo di bevande alcoliche e l'immagine di sé proposta nei media che accosta la pubblicità di bevande alcoliche a uomini e donne sempre giovani, belli e li-

- beri.
- b- I partecipanti hanno segnalato di come sia più importante il motivo del bere e il rapporto con la bevanda più della quantità bevuta, esprimendo i propri dubbi sul perché alcune persone passano dal piacere di bere (che viene identificato anche con il bere moderato) al desiderio dello stordimento (identificato con l'alcolismo).
 - c- Un aspetto emerso sia nel focus group urbano che in quello dei forti bevitori è un concetto comune su cosa significa la dipendenza dalla bevanda alcolica intesa come ciò che riempie un vuoto ed un disagio esistenziale.

Le politiche sull'alcol

Le maggiori osservazioni sono state rispetto all'inutilità dell'approccio proibizionista. Per i partecipanti ci vorrebbero al contrario, più interventi culturali. Si è parlato di corsi di degustazione di vino in una prospettiva di riappropriazione dell'aspetto culturale e tradizionale, con l'obiettivo di promuovere un bere consapevole più che una proibizione del bere. Nel focus con forti bevitori è invece stata sottolineata "la paura" delle bevande alcoliche, la pericolosità e l'assimilazione di queste a una droga, da qui l'importanza di "proibirne" qualunque uso in qualunque contesto. Molto si è parlato dell'importanza di rompere lo stereotipo dell'alcolista che molto spesso viene identificato con il barbone, il senzatetto, il povero sporco e trasandato e di mostrare una realtà che è molto più complessa, stratificata e variegata, al di là del livello socio-economico, di studi e di genere.

Il perché del bere

In tutti e tre i focus un importante tema di discussione (anche se non previsto dalle linee guida) che hanno sollevato i partecipanti è stato il perché alcune persone di fronte a difficoltà delle vita (lutti, cambiamenti, prove,

perdita di lavoro, ecc.) aumentano il consumo delle bevande alcoliche, mentre altre persone riescono a superare le stesse difficoltà senza la necessità delle bevande alcoliche. E' inoltre emersa l'idea di una differenza del rapporto con le bevande alcoliche tra i giovani (che forse bevono per testare rischi e limiti e quindi smetteranno una volta diventati più adulti), tra gli adulti (bere come piacere e convivialità) tra i forti bevitori (bere come necessità e bere come dipendenza).

4. Conclusioni

L'obiettivo principale dello studio SMART, come espresso nelle finalità del progetto, era la creazione di un questionario alcologico che tenesse conto dei consumi alcolici, degli aspetti problematici del bere, e delle relative azioni preventive e che fosse utilizzabile nei vari stati europei, in modo che i risultati espressi potessero essere valutati confrontando adeguatamente i vari Paesi. A seguito dei risultati emersi dallo studio, il questionario è stato ridefinito ed in parte semplificato nella sua forma finale.

Complessivamente, lo studio ha messo in rilievo le differenze tra le *culture del bere* nei vari Paesi. Questo aspetto è emerso in particolare durante le discussioni e riflessioni nelle riunioni biennali tra i ricercatori previste per la durata del progetto che hanno portato a una rielaborazione finale del questionario, più semplice e potenzialmente più maneggevole dagli intervistatori dei vari Paesi. Questo nuovo questionario standardizzato – se sarà messo in pratica – potrebbe essere uno strumento di grande utilità nell'aiutare ricercatori e esperti di prevenzione e di politiche sanitarie a livello europeo a meglio progettare future linee europee per interventi condivisi, così come la risposta all'aspirazione auspicata da anni da ricercatori e politici.

La parte italiana dello studio ha mostrato molti aspetti interessanti. Ha dimostrato che istituzioni sanitarie e amministrative, gruppi di base e singoli sono ben coinvolgibili nella riflessione sul tema delle bevande alcoliche e dei possibili problemi, in particolare se proposta in una prospettiva sovranazionale. Come atteso, durante i colloqui individuali con gli intervistati e nei gruppi focali sono emerse le specificità generali della cultura italiana e in particolare della cultura del bere, dove appare meno presente, seppur ben percepito, l'aspetto trasgressivo del bere e delle sue conseguenze patologiche. Infine, l'interdisciplinarietà dei ricercatori del grup-

po ha stimolato lo scambio e la crescita di ognuno, nel contesto fornito dall'Azienda Sanitaria di Firenze e dall'Agenzia Regionale di Sanità.

In conclusione, ci chiediamo quando e fino a che punto questo nuovo questionario alcolico europeo (visibile e scaricabile alla fine del rapporto in Agenzia Regionale di Sanità, 2012) sarà applicabile nelle prossime inchieste italiane.

La prossima sfida sarà proprio quella di riflettere su una strategia informativa e di sperimentazioni, che potrebbe iniziare con la Regione Toscana, che in Italia ha avuto il privilegio di partecipare a questo studio.

NOTA BIBLIOGRAFICA

1. Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana. Indagine sul consumo di alcolici e sui possibili danni ad esso correlati: lo studio Standardising Measurement of Alcohol- related Troubles – SMART. Documenti dell' Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana, n. 66, agosto 2012. www.ars.toscana.it/pub
2. Allamani A, Basetti Sani I, Centurioni A, Ammannati P. Preliminary Evaluation of the Educational Strategy of a Community Alcohol Use Action Research Project in Scandicci Italy. *Substance Use & Misuse* 2007; 42: 2029-2040.
3. Allamani A, Pili I, Cesario S, Centurioni A, Fusi G. Client/General Medical Practitioner Interaction During Brief Intervention for Hazardous Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse* 2009; 44: 775-793.
4. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe; 2012.
5. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective. London; Institute of Alcohol Studies; 2006.
6. Bloomfield K, Hope A, Kraus L. Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Early online, DOI: 10.3109/09687637.2011.642906, 1-13; 2012.
7. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, Barnekow V. (eds.) Inequalities in Young People's Health: International Report from the HBSC 2006/06 Survey (Health Policy for Children and Adolescents, No.5). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
8. EUROSTAT <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
9. EHIS, European health interview survey, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey
10. EUROBAROMETER http://ec.europa.eu/public_

opinion/archives/eb_special_en.htm

11. ECHIM <http://www.echim.org/>
12. Hibell B, Guttormsson, U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) (<http://www.espad.org/>); 2009.

Lo studio SMART ha prodotto una serie d'indagini e di studi di livello europeo che sono reperibili in lingua inglese nel sito del progetto: <http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/>

Sono stati anche stampati due volumetti:

- Anderson P, Baumberg B. Cost benefit analyses of alcohol policy - a primer. Warsaw: Institute of

Psychiatry and Neurology: 2010.

- Moskalewicz J, Sierosawski J. Drinking Population Surveys Guidance Document for Standardizing Approach. Warsaw: Institute of Psychiatry and Neurology; 2010.

che possono essere richiesti direttamente al coordinatore del progetto SMART:

Jacek Moskalewicz, Ph.D.

Institute of Psychiatry and Neurology

Sobieskiego 9 02-957 Warsaw Poland

Direct line: + (48 22) 45 82 784 Fax: + (48 22) 651 65 61

e-mail: moskalew@ipin.edu.pl

Inoltre, il rapporto italiano del progetto SMART e i questionari in italiano sono visibili e scaricabili in: www.ars.toscana.it/pub (documento n.66/2012)

Fattori alimentari ed antropometrici associati al rischio del tumore mammario: implicazioni per la prevenzione primaria

Anthropometric and dietary factors associated with the risk of breast cancer: implication for primary prevention

Adelaide Chiaravalloti, Simone Manfredelli, Fabrizio Giannandrea, Irene Petritsi Figà-Talamanca

Adelaide Chiaravalloti

Dipartimento di Biologia Animale e dell'Uomo Università di Roma "Sapienza"

Simone Manfredelli

Dipartimento di Scienze Chirurgiche "F. Durante", Policlinico Umberto I, Università di Roma "Sapienza",

Fabrizio Giannandrea

Dipartimento di Biologia Animale e dell'Uomo Università di Roma "Sapienza"

Irene Petritsi Figà-Talamanca

Dipartimento di Biologia Animale e dell'Uomo Università di Roma "Sapienza"

Parole chiave: tumore mammario, fattori di rischio, obesità, Body Mass Index, altezza, estrogeni, Insuline-like Growth Factor-1, alcol, attività fisica, dieta, alimentazione

RIASSUNTO

Obiettivo: lo scopo di questo lavoro è quello di passare in rassegna i principali fattori alimentari ed antropometrici in relazione al rischio di tumore mammario, ponendo maggiore enfasi su quelli che potrebbero essere modificati mediante interventi di educazione e promozione della salute.

Metodologia: review della letteratura

Risultati: il tumore mammario rappresenta la più comune patologia tumorale tra le donne. Alcuni fattori di rischio biologico (es: nulliparità, ritardo della prima gravidanza, non allattamento) sono ben noti. Meno conosciuto è il ruolo dell'ambiente e dell'alimentazione, ovvero fattori di rischio che sono potenzialmente modificabili con misure di prevenzione. Lo stesso vale per le abitudini strettamente legate allo stile di vita (attività fisica, obesità e consumo di alcol). È stato suggerito che alcuni alimenti e nutrienti possano aumentare il rischio di sviluppare un tumore mammario in diversi momenti della vita riproduttiva della donna attraverso meccanismi che favoriscono i livelli circolanti di estrogeni endogeni e di vari fattori di

crescita, in particolare l'IGF-I. Il bilancio energetico, le interazioni legate all'apporto calorico, l'obesità, l'attività fisica ed il tasso metabolico sono altri fattori che hanno un notevole impatto sul rischio di tumore mammario attraverso meccanismi non completamente chiariti. In tal senso, desta particolare interesse il ruolo dei carboidrati in relazione all'indice glicemico, al carico glicemico degli alimenti ed al consumo di grassi animali. Alcuni studi si sono focalizzati su sostanze cancerogene come le amine eterocicliche prodotte durante i processi di cottura della carne. Altri studi hanno esaminato il ruolo degli acidi grassi polinsaturi presenti in alcuni alimenti e del consumo di soia e isoflavoni. Infine molti studi riguardano i benefici derivanti dai prodotti derivati dal latte in base al loro contenuto in vitamina D, calcio e di vari acidi organici ed il consumo di frutta e verdura, il potere antiossidante delle vitamine (C, E e β -carotene). Dall'analisi della letteratura, si conclude che non esistono sufficienti elementi per stabilire con certezza associazioni consistenti tra i diversi fattori alimentari ed il rischio di tumore mammario. Esistono tuttavia delle indicazioni di un possibile ruolo degli alcolici e dell'incremento ponderale come probabili fattori di rischio del tumore mammario.

Key words: breast cancer, risk factors, obesity, BMI, height, estrogens, IGF-1, alcohol, physical activity, diet

SUMMARY

Objective: the purpose of this paper is to review the main dietary risk factors of breast cancer with emphasis on those that can be modified through interventions of health education and promotion.

Method: literature review

Results: breast cancer is the most frequent malignant disease among women. Some biological risk factors (nulliparity, late first pregnancy, not breastfeeding) are well-known. Less known are the factors related to the environment and the diet which are potentially modifiable by preventive measures. The same applies to lifestyle factors (physical activity, obesity and alcohol consumption). It has been suggested that some foods and nutrients can increase the risk of breast cancer at various stages of the reproductive life of women through mechanisms that favor the circulating levels of endogenous estrogens and of various growth factors, particularly IGF-I. The energy balance, the interactions associated with caloric intake, obesity, physical activity and metabolic rate are other factors which have a significant impact on the risk of breast cancer through mechanisms not fully elucidated. Therefore, particular attention has been devoted to the role of carbohydrates in relation with glycemic index and the glycemic load of foods, and the consumption of animal fats. Studies have also focused on substances ascertained as carcinogens such as heterocyclic amines produced during the process of cooking meat. Other studies have examined the role of polyunsaturated fatty acid present in some foods and of the consumption of soy isoflavones. Finally many studies concern the benefits arising from dairy products containing vitamin D, calcium and various organic acids and the consumption of fruit and vegetables and antioxidant vitamins (C, E and β -carotene). Analyzing the literature, there isn't sufficient evidence to conclude with certainty associations between the various dietary factors and risk of breast cancer. There is however sufficient evidence of the role of alcohol and weight gain as possible risk factors of breast cancer.

Introduzione

Il tumore mammario rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne nel mondo con 1.380.000 nuovi casi di cancro diagnosticati nel 2008 (23% di tutti i tumori). Attualmente è anche il tumore più comune

nelle regioni in via di sviluppo con circa 690.000 nuovi casi stimati annualmente. I tassi di incidenza variano dal 19,3 per 100.000 (abitanti per anno) per le donne in Africa Orientale a 89,7 per 100.000 per le donne in Europa occidentale, e sono elevati

(superiori a 80 per 100.000) nelle regioni sviluppate del mondo (Giappone escluso) e meno comuni (meno di 40 per 100.000) nella maggior parte delle regioni in via di sviluppo. I tassi di mortalità nelle regioni più industrializzate sono attualmente molto più bassi che in passato (circa il 6-19 per 100.000) grazie al miglioramento della diagnosi precoce e all'efficacia delle terapie. Come risultato, il tumore mammario si colloca come la quinta causa di morte per cancro al mondo (458 000 morti), ma è ancora la causa più frequente di morte per tumore nelle donne sia nei paesi in via di sviluppo (269 000 decessi, 12,7% del totale) e sia nei paesi sviluppati (fonte International Agency for Research on Cancer 2008) (1). L'incidenza è decisamente maggiore nei paesi del Nord America e dell'Europa nord-occidentale. Si comprende, quindi, come questa neoplasia sia da tempo oggetto di ricerche eziologiche e di sviluppo di metodi diagnostici e terapeutici volti al miglioramento della sua sopravvivenza. Nonostante le molte acquisizioni, soprattutto riguardo alla diagnosi precoce, il tumore mammario è ancora la principale causa di morte da tumore nelle donne di tutto il mondo. I fattori eziologici del tumore mammario sono solo in parte conosciuti. Le grandi differenze internazionali di incidenza e la loro evoluzione nel tempo, in particolare l'incremento che si registra nei soggetti che migrano da zone a bassa incidenza a zone ad alta incidenza, suggeriscono l'esistenza di fattori eziologici ambientali e sociali, e quindi, come tali, potenzialmente prevenibili. Lo stesso vale per le abitudini strettamente legate allo stile di vita (attività fisica, obesità e consumo di alcol). È stato suggerito che alcuni alimenti e nutrienti possano aumentare il rischio di sviluppare un

tumore mammario in vari momenti della vita riproduttiva della donna attraverso meccanismi che favoriscono i livelli circolanti di estrogeni endogeni e di vari fattori di crescita, in particolare l'IGF-I. Il bilancio energetico, le interazioni legate all'apporto calorico, l'obesità, l'attività fisica ed il tasso metabolico sono altri fattori che hanno un notevole impatto sul rischio di tumore mammario. Lo scopo di questo lavoro è di passare in rassegna i principali fattori alimentari e antropometrici, correlati non solo al possibile rischio di insorgenza del tumore mammario, ma anche della sua prevenzione.

Metodo

La seguente rassegna si basa sulla letteratura scientifica presente in Pubmed a partire dal 1980 relativa al ruolo dei fattori alimentari ed antropometrici nell'eziopatogenesi del tumore mammario. Sono stati inclusi studi di coorte, caso-controllo e meta-analisi con un congruo impianto metodologico e che riportassero stime puntuali ed intervalli di confidenza di rischio appropriati. Sono state esaminate, in modo particolare, le esposizioni a fattori alimentari quali carboidrati, grassi, proteine, soia e isoflavoni, frutta e verdura e i fattori antropometrici della donna dalla sua infanzia fino alla fase adulta. Inoltre è stata consultata la banca dati dello IARC/WHO per analizzare i dati relativi all'incidenza della neoplasia nei 5 continenti (www.iarc.fr). La strategia di ricerca ha portato a selezionare gli articoli riguardanti la relazione tra fattori alimentari e tumore mammario e quelli relativi ai fattori antropometrici in relazione, sempre, allo sviluppo dello stesso tumore. Inoltre sono stati esclusi articoli con pubblicazioni *in progress* o abstract di conferenze scientifiche.

Fattori di rischio biologico del tumore mammario

L'incidenza di questa neoplasia è rara prima dei 25 anni. Da questa età in poi si presenta un aumento costante fino alla menopausa, per poi continuare a salire più lentamente nel periodo post-menopausale. L'età media al momento della diagnosi è 64 anni. Diversi studi epidemiologici hanno individuato molteplici indicatori di rischio per il tumore mammario; elencheremo di seguito i principali, pur soffermandoci, nelle intenzioni già descritte di questa rassegna sul ruolo dei fattori alimentari ed antropometrici.

Fattori familiari e genetici

Una storia familiare, con due o più casi di tumore mammario, costituisce un fattore di rischio perché in una percentuale variabile dal 5 al 10% questi tumori sono attribuibili all'ereditarietà di un gene autosomico dominante (2). La probabilità di trasmissione genetica aumenta nel caso di più parenti colpiti dalla malattia e di insorgenza in giovane età. Due sono i geni responsabili della maggior parte dei casi di tumore mammario ereditario, BRCA1 e BRCA2 (breastcancer1 e 2). Responsabili di questa predisposizione sarebbero mutazioni che coinvolgono il gene BRCA1 mappato sul braccio lungo del cromosoma 17 ed il gene BRCA2 mappato sul cromosoma 13 in posizione q12-13.

Fattori riproduttivi

I fattori riproduttivi rappresentano, probabilmente, i fattori di rischio più importanti e quelli maggiormente studiati nel passato. Questi fattori potrebbero essere in qualche modo modificabili considerando che il rischio di sviluppare un tumore mammario

appare inversamente correlato all'età della prima gravidanza e al numero delle stesse portate a termine, probabilmente perché il forte stimolo differenziativo che ciascuna gravidanza (in particolare la prima) esercita sull'epitelio ghiandolare mammario, riduce la suscettibilità alla trasformazione neoplastica. L'allattamento sarebbe anch'esso associato ad un rischio ridotto di tumore mammario poiché in questa fase la ghiandola completa la sua maturazione e quindi diventa più resistente ad eventuali trasformazioni neoplastiche. Altri fattori di rischio certi sono rappresentati da un menarca precoce e da una menopausa tardiva. Questi ultimi due fattori corrisponderebbero ad una maggiore durata della vita riproduttiva, di conseguenza, a una più lunga esposizione dell'epitelio ghiandolare agli stimoli proliferativi degli estrogeni ovarici (3).

Fattori ormonali

I fattori ormonali giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo e nella progressione del tumore mammario. Una delle teorie più accreditate chiama in causa i livelli e la durata di esposizione agli estrogeni da parte della ghiandola mammaria. Nell'eziologia del tumore mammario va tenuto in considerazione anche il rapporto tra l'assunzione di ormoni esogeni ed il rischio di sviluppare la malattia. Alcuni studi hanno messo in luce, ad esempio, un incremento del rischio nelle pazienti che fanno uso di terapia ormonale sostitutiva per combattere i disturbi tipici della post-menopausa. Tuttavia, il rischio relativo legato a questa terapia sarebbe intorno al $RR=1.5$, ma solo per assunzioni prolungate (8-10 anni almeno). Meno chiaro è il ruolo dei contraccettivi orali. Va detto, però, che al di là delle cause determinanti vere e proprie esistono varie

condizioni che favoriscono l'insorgenza e lo sviluppo del tumore. Gli estrogeni, ad esempio, rappresentano un vero e proprio fattore di crescita. Per risentire dell'influenza degli estrogeni è necessario, però, che le cellule del carcinoma posseggano un recettore specifico denominato ER (3).

Fattori antropometrici in età precoce

Oggi è noto che il peso del bambino alla nascita è associato positivamente con gli ormoni sessuali materni, incluso l'estradiolo (9) e il fattore di crescita IGF-I (10) durante la gravidanza. Sia gli ormoni che l'IGF-I sono entrambi implicati nei meccanismi che promuovrebbero il tumore mammario. Alcuni studi mettono direttamente in relazione il peso alla nascita con lo sviluppo di un tumore mammario in età adulta (11-13). Anche l'esposizione stessa del bambino agli ormoni presenti nell'utero della madre potrebbero condizionare lo sviluppo di un tumore mammario. Si è visto che bambini con un peso ≥ 4000 g alla nascita avevano un rischio aumentato del 23% di sviluppare un tumore rispetto ad altri bambini con un peso inferiore (≤ 2500 g) (14,15). Numerosi studi parlano di un'associazione positiva tra il peso alla nascita e rischio di tumore mammario che sarebbe maggiore per le donne in pre-menopausa (16). Questa ipotesi è supportata da un ristretto studio caso-controllo all'interno di 2 studi di coorte del National Institute of Health. Anche uno studio del Medical Research Council ha evidenziato che partorire nati con un peso ≥ 4000 g aumenterebbe il rischio di tumore mammario nelle future donne prima della menopausa (RR, 5.03; 95% CI, 1.13-22.47) se confrontato con nati con un peso < 3000 g ($P = 0.03$). Non tutti gli autori sono d'accordo con questa visione. In alcuni stu-

di, dopo adattamenti per lunghezza del nascituro e circonferenza della testa, il peso del bambino sembrava non avere più questa importanza. In generale, possiamo assumere che il peso alla nascita abbia un ruolo moderatamente forte nell'eziopatogenesi del tumore mammario soprattutto nel periodo pre-menopausale (12,13). E' possibile che il peso alla nascita condizioni l'età del menarca e quindi un prolungamento dell'esposizione agli estrogeni (11). Simili osservazioni si applicano alla lunghezza del bambino alla nascita che risulta associata con il rischio di sviluppare un tumore mammario in età adulta (19). Infatti, una maggiore lunghezza del nascituro potrebbe significare un'esposizione più prolungata del feto agli estrogeni materni ed all'ormone della crescita (20), che di conseguenza aumenterebbero il rischio di tumore mammario (21). Da questi studi si evince che esiste una forte associazione positiva e che le poche discrepanze potrebbero essere dovute alla difficoltà di fare misurazioni accurate dei nascituri. Anche le differenze etniche sono importanti. Infatti, un recente studio valuta gli effetti delle differenze genetiche nel peso e nella lunghezza alla nascita e circa l'11% delle normali variazioni osservate nel periodo della gravidanza vengono spiegate con fattori genetici ereditari (22). Inoltre, fattori poligenetici controllano le dimensioni del nascituro e questa interazione merita ulteriori approfondimenti. Un recente studio ha cercato di identificare quantitativamente il tratto di loci che controlla il peso e la lunghezza alla nascita che potrebbe identificare specifiche varianti genetiche e chiarire meglio questa relazione (23). Un altro fattore antropometrico da tenere in considerazione nell'eziopatogenesi del tumore mammario è l'altezza nel periodo postna-

tale. La crescita dei bambini merita molta attenzione soprattutto nel periodo che dall'infanzia porta al raggiungimento dell'altezza in età adulta. L'altezza negli adulti è associata positivamente al rischio di tumore mammario e all'età di comparsa del menarca. Ragazze nelle quali il menarca si manifesta tardivamente saranno da adulte, in media, più alte. La ragione biologica di questo meccanismo è da ritrovarsi nel fatto che la crescita scheletrica raggiunge solitamente il completamento circa due anni dopo la comparsa del menarca (24). Un'altra chiave di lettura per cercare di comprendere questa complessa associazione potrebbe risiedere nella velocità di crescita durante l'infanzia e nello scatto che si verifica in questo periodo della vita. Questo suggerirebbe una connessione multi sfaccettata e la velocità di crescita potrebbe essere centrale nel comprendere quest'apparente contraddizione nella relazione tra comparsa del menarca e altezza in età adulta con il rischio di tumore mammario (16). A tutt'oggi, però, siamo ben lontani dal poter interpretare con chiarezza questi risultati, ma l'insieme dei dati potrebbe essere utile, nel futuro, per cercare di comprendere i processi che sottendono a questa complessa malattia.

Fattori antropometrici in età adulta

Obesità

Oggi è noto che l'eccesso ponderale costituisce un fattore di rischio per il tumore mammario. Il presunto meccanismo patogenetico che ne sta alla base è quasi sicuramente da ricercarsi nel fatto che il tessuto adiposo rappresenta la principale fonte di estrogeni circolanti nella donna in postmenopausa. L'obesità porta ad una deregolazione nel bilancio energetico dell'organi-

simo che deriverebbe da un eccesso di tessuto adiposo (rapporto tra numero di kcal assunte e consumate, rapporto grasso e muscolo, attività fisica) (5) ed anche ad un alterato metabolismo lipidico influenzando i livelli di citochine e fattori di crescita (leptine, adiponectine, Tumor Necrosis Factor- α) che giocano un importante ruolo nella carcinogenesi (6). La relazione che intercorre tra l'eccesso di peso e il tumore mammario è complessa. Sicuramente le donne dopo la menopausa sono maggiormente a rischio (7). Basti pensare che in un pool di dati ricavati da sette studi di coorte, in cui sono state arruolate 703 donne in premenopausa con tumore mammario e un BMI ≥ 33 si è osservato un rischio relativo di 0.58 (95% CI: 0.34-1.00) rispetto a donne con BMI < 21 . Nella stessa analisi il rischio relativo di tumore mammario per le donne in menopausa è stato 1.27 (95% CI: 1.03-1.55). Questi risultati sono coerenti con quelli ottenuti dallo studio europeo dell'European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Quindi un aumento di peso in età adulta sembra essere un fattore determinante nello sviluppo del tumore mammario. Ad esempio, un aumento di peso ≥ 25 kg prima della menopausa è associato ad un rischio relativo di 0.74 (95% CI: 0.54-1.03), mentre per le donne in postmenopausa un simile aumento di peso è associato ad un rischio relativo di 1.41 (95% CI: 1.12-1.78).

Indice di massa corporea

In accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per entrambi i sessi ed in età adulta, si considerano normopeso gli individui con un indice di massa corporea (BMI = kg/l) compreso tra 18.5 e 24.9, in sovrappeso o pre-obesi coloro con un BMI tra 25 e

29.9 ed obesi di classe I coloro con un BMI compreso tra 30.0 e 34.9 (17). Come già indicato dagli studi citati, il BMI è inversamente associato con il rischio di tumore mammario nelle donne prima della menopausa, ma positivamente associato nelle donne in post-menopausa. Inoltre, sembra che il peso acquistato gradualmente dall'età di 20 anni in poi potrebbe essere un fattore nello sviluppo del tumore in post-menopausa piuttosto che un singolo aumento di peso acquistato tutto in una volta (18).

Fattori ambientali e legati allo stile di vita

L'influenza dei fattori ambientali viene suggerita dalla variabilità nell'incidenza del tumore mammario tra gruppi geneticamente omogenei e dalle differenze geografiche. Basti pensare che i tassi di incidenza del tumore mammario negli Stati Uniti ed in altri paesi Occidentali sono stati da 4 a 7 volte maggiori che nei paesi non in via di sviluppo. Tuttavia il rischio di tumore tra gli immigrati dai paesi povero verso gli USA è aumentato nel corso delle generazioni, suggerendo un ruolo causale dei fattori ambientali e quindi modificabili (2). L'attività fisica, soprattutto se regolare, aiuta a prevenire le malattie cardiovascolari, ma potrebbe anche agire sul tumore mammario influenzando i livelli ormonali (5) e aumentando i livelli della Sex Hormone Binding Protein così da ridurre la biodisponibilità di estrogeni (7). Svolgere attività fisica riduce il rischio di sviluppare un'insulino-resistenza e iperinsulinemia che sembrano essere collegati allo sviluppo del tumore mammario. L'ipotesi che l'attività fisica possa influenzare il rischio di tumore mammario attraverso un percorso ormono-dipendente è sostenuta da uno studio della Women's

Health Initiative (26). Di sicuro, nel futuro, le strategie di prevenzione potrebbero mirare ad incentivare lo svolgimento di una regolare e sana attività fisica che porta dei benefici anche per la prevenzione di altre malattie.

Consumo di alcol

L'alcol etilico o etanolo ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) è il componente principale delle bevande alcoliche e come tale deve considerarsi un nutriente ad alto contenuto energetico, in quanto capace di fornire all'ossidazione 7 kcal/g (28). Il consumo di alcol nell'uomo, è associato a varie forme di tumore e la sua potenzialità cancerogena è stata classificata dallo IARC. È probabile che l'alcol non agisca come iniziatore, ma più probabilmente come co-carcinogeno (28). Esistono differenze legate all'età e al sesso nella risposta all'alcol e le donne sembrano essere maggiormente a rischio ed un consumo eccessivo, oltre a determinare danni organici specifici a carico del tratto gastrointestinale e del pancreas, a livello del sistema nervoso centrale e periferico e del miocardio, aumenterebbe anche il rischio di tumore mammario (4). Lo studio longitudinale "Nurses Health Study" (29) inizialmente ha seguito 89.538 infermiere sane di età compresa tra i 34 e i 59 anni includeva informazioni circa l'uso di birra, vino e alcolici. Dopo oltre 20 anni di follow-up è apparso subito evidente un rischio statisticamente significativo di sviluppare un tumore mammario per le donne che consumavano 40 g di alcool o più al giorno rispetto a quelle donne che, invece, non assumevano alcool con un RR 1.69 (95% CI, 1.19 a 2.40). Quest'associazione non era imputabile a fattori confondenti legati all'alimentazione come il consumo totale di kcal, grassi, fibre e vitamina

C o al fumo. Anche uno studio dello IARC iniziato nel 1988 ha mostrato che il consumo giornaliero di circa 50g di alcol è associato ad un rischio relativo di 1.5 se confrontato con le donne non bevitrici. Inoltre è stato osservato che il rischio di tumore mammario aumentava con il consumo crescente di alcol (27).

Fattori alimentari

Il ruolo della composizione della dieta nell'insorgenza del tumore mammario è stato a lungo studiato per la forte evidenza epidemiologica che dimostra un'incidenza della neoplasia molto più elevata, rispetto alla media mondiale, nelle popolazioni che seguono una dieta di tipo occidentale. I molteplici studi analitici condotti non sempre hanno portato a risultati convergenti, in parte dovuti alle difficoltà tecniche nel quantificare con precisione il contenuto di specifici nutrienti nell'alimentazione dei soggetti in esame. Bisogna anche ricordare che, alcuni nutrienti hanno delle importanti capacità antiossidanti che possono influenzare la riparazione del DNA o, al contrario, indurre mutazioni del DNA. Possono avere capacità detossificante o, al contrario, indurre effetti tossici. Nelle pagine che seguono, quindi, si approfondisce questo aspetto senza avere la presunzione di trarre conclusioni certe, ma solo nell'intento di individuare eventuali fattori di rischio ed abitudini alimentari sbagliate che potrebbero essere oggetto di programmi di prevenzione.

Consumo di carboidrati e tumore mammario

Gli alimenti ricchi in carboidrati rappresentano la principale fonte di energia per tutte le popolazioni del mondo e in un'alimentazione equilibrata debbono fornire più della

metà della quota energetica complessiva della dieta giornaliera. Sul piano fisiologico-nutrizionale la biodisponibilità è massima per i carboidrati cosiddetti "disponibili" (zuccheri ed amido) e praticamente nulla per i carboidrati detti "non disponibili" (fibra alimentare) anche se quest'ultima può essere fermentata dalla flora batterica intestinale producendo acidi grassi a catena corta e fornendo, perciò, una certa quantità di energia. Per i carboidrati non esiste una vera e propria essenzialità, quanto piuttosto una loro necessità per garantire un corretto controllo metabolico nell'organismo. In particolare sono necessari per evitare l'accumulo di corpi chetonici dovuto ad un eccessivo catabolismo delle proteine tissutali e la perdita di cationi, soprattutto sodio. Quindi diete ricche di carboidrati e fibra sono in grado di ridurre il rischio di comparsa di malattie e disturbi di tipo cronico-degenerativo come l'obesità, il diabete, malattie cardio-vascolari e alcuni tipi di tumore (30).

Consumo di carboidrati e tumore mammario: il ruolo dell'insulina

Recentemente, l'associazione tra il rischio di tumore mammario ed il consumo di carboidrati ha ricevuto notevole attenzione poiché secondo alcuni autori un elevato consumo degli stessi favorirebbe l'insulino-resistenza ed anche la concentrazione plasmatica di insulina stessa - condizione, questa, che sarebbe associata con il rischio di tumore mammario (31). Anche la specifica composizione dei carboidrati assunti con la dieta avrebbe un ruolo nello sviluppo del tumore e fattori legati al metabolismo del glucosio. Le cellule tumorali, a differenza di quelle sane, utilizzano preferenzialmente glucosio per il loro metabolismo, così ri-

durre i livelli plasmatici di glucosio potrebbe rappresentare un fattore limitante all'espansione tumorale. Inoltre il metabolismo anaerobico, o glicolisi, garantisce vantaggi indiscussi alle cellule tumorali più di quanto non faccia la normale respirazione cellulare. Nonostante risulti meno efficace da un punto di vista energetico, la via glicolitica non causa la totale distruzione delle molecole di glucosio, rendendo così disponibili catene di carbonio sufficientemente lunghe per la nuova sintesi di acidi nucleici, proteine e lipidi, essenziali per la proliferazione tumorale. In aggiunta, l'utilizzo preferenziale del glucosio dà luogo alla produzione di acido lattico, un sottoprodotto metabolico che può causare morte cellulare, angiogenesi, degradazione della matrice extracellulare ed inibire le risposte immunitarie anti-tumorali favorendo così la metastasi. Il glucosio plasmatico induce la secrezione pancreatico di insulina, che in questo modo, determina la captazione dello zucchero delle cellule tumorali. Come riferimento c'è un interessante studio prospettico lo Shanghai Women's Health Study condotto sulle donne cinesi e sulle loro abitudini alimentari. Nello studio si esaminano l'associazione tra l'indice glicemico degli alimenti, il carico glicemico, il consumo di fibre e il rischio di tumore mammario nelle donne dello studio di coorte di Shanghai e quanto gli effetti della dieta vengano modificati dall'età e da fattori di rischio collegati all'insulina o agli estrogeni. Una parte considerevole della dieta cinese è costituita da amido resistente che contribuisce al totale delle fibre assunte con la dieta e ha un basso indice glicemico. Le donne cinesi, storicamente, hanno sempre consumato grosse quantità di carboidrati, eppure hanno un basso rischio di tumore mammario. Il rapi-

do sviluppo economico della Cina e di Shanghai in particolare, ha determinato profonde modificazioni nella dieta delle donne cinesi caratterizzate soprattutto da un aumento del consumo di grassi e dalla diminuzione del consumo di carboidrati in particolare nelle fasce di donne più giovani (32). Come conseguenza di questi cambiamenti alimentari, le donne di Shanghai hanno visto aumentare drammaticamente, negli ultimi anni, l'incidenza del tumore mammario. I meccanismi che implicherebbero un ruolo dei carboidrati nell'eziologia del tumore mammario sono legati allo sviluppo o all'esacerbazione dell'insulino resistenza o ad un'iperinsulinemia cronica (33). Gli effetti dovuti al consumo di carboidrati sullo sviluppo del tumore potrebbero essere mediati dall'insulina e dall'IGF-I. Si può dire, in conclusione, valutando attentamente i risultati ottenuti dallo studio cinese, che il consumo di carboidrati e fibra non sia associato al tumore, ma si è ritrovata un'associazione positiva soltanto per quelle donne prima della menopausa. In generale, va detto che diete ricche di carboidrati raffinati aumentano i livelli di glucosio nel sangue e di conseguenza aumentano la concentrazione plasmatica di insulina; eccessi di insulina sono anche indirettamente collegati all'aumento dei livelli di estrogeni liberi attraverso l'inibizione della SHBP con il conseguente aumento dei livelli di testosterone ed estradiolo (8). L'insulina oltre ad essere essa stessa un promotore, aumenta anche l'attività dell'IGF-I che può funzionare anch'esso da promotore tumorale (34). Il consumo di fibra, invece, non è associato in alcun modo al rischio di sviluppare un tumore mammario in nessun momento della vita riproduttiva della donna. A questo punto, si può intuire quanto sia importante segui-

re un corretto regime alimentare, dato che un consumo frequente di questi alimenti potrebbe aumentare il rischio di tumore. Quindi le relazioni tra carboidrati e tumore mammario meritano di essere studiate con maggiore attenzione nel futuro anche perché i carboidrati costituiscono una fetta importante della nostra dieta, ma anche di tutte le popolazioni del mondo.

Consumo di proteine e aminoacidi e tumore mammario

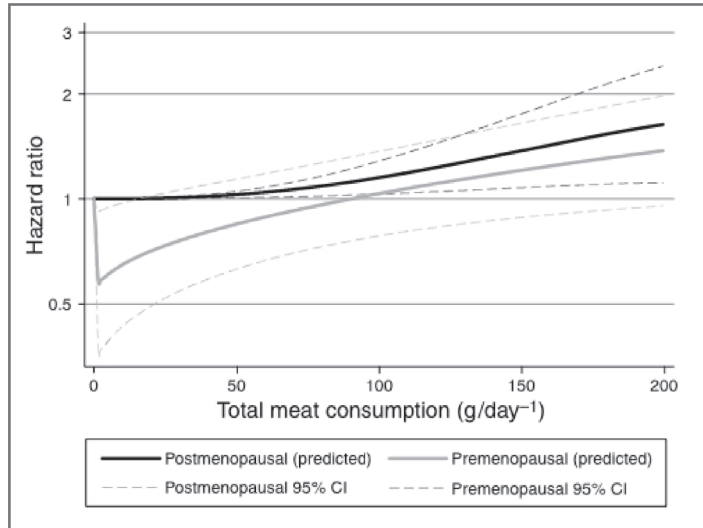
Da un punto di vista nutrizionale, gli aminoacidi sono tradizionalmente classificati in essenziali e non-essenziali. Questa classificazione ha rilevanza pratica in quanto informa su quali siano gli aminoacidi che devono essere presenti preformati nella dieta e quali quelli che possono essere "trascurati". Il ruolo metabolico è legato all'essenzialità di alcuni aminoacidi. Aminoacidi e proteine sono fra loro legati in un rapporto dinamico che consente un flusso continuo degli aminoacidi da e verso le proteine, flusso che è implementato dall'apporto esterno degli aminoacidi derivanti dalle proteine della dieta (35).

Carne e derivati

La carne contiene mediamente il 20% di proteine di buona qualità nutrizionale, ha un buon contenuto di aminoacidi essenziali ed una buona digeribilità. La carne è importante come fonte di vitamine del gruppo B (tiamina, riboflavina (che è molto elevata nella carne suina), niacina e vitamina B₁₂, di cui la carne è l'unica fonte alimentare. È anche un'importante fonte di minerali come: zinco, rame, selenio e ferro. A seconda che una carne abbia un maggiore o minore contenuto di ferro viene classificata come carne rossa (bovino adulto) o bianca (vitello,

pollo, coniglio). Con il termine di derivati della carne intendiamo le varie lavorazioni della carne come: carne in scatola, salumi in genere, insaccati, frattaglie ecc. (36). Oggi si sa che numerosi tipi di tumore possono essere associati ad un consumo eccessivo di carne (37), che a partire dalla fine della Seconda Guerra Mondiale è cresciuto sempre di più. I risultati delle ricerche sono tuttavia spesso contrastanti anche a causa delle differenze nella definizione di consumo totale di carne. Inoltre qualche autore suggerisce che siano, invece, i metodi di cottura della carne stessa a favorire lo sviluppo del tumore. Nello United Kingdom Women's Cohort Study è stato riscontrato un significativo aumento del rischio di tumore mammario per le donne in pre-menopausa associato con il consumo di carne lavorata e non-lavorata. In questa fascia d'età si è stimato che il rischio relativo a seguito di un aumento di 50 g al giorno sul consumo totale di carne fosse di 1.12 (95% CI: 1.02-1.23, P trend = 0.02). Anche il consumo di carne non lavorata risultava associato positivamente al rischio di tumore mammario, HR= 1.20 (95% CI: 0.86-1.68) per grandi consumatori vs non consumatori, con un rischio relativo di 1.13 (95% CI: 1.01-1.26, P trend = 0.03) sempre per incrementi di 50gr di carne al giorno. Nelle donne in post-menopausa il consumo di carne risultava anch'esso associato al rischio di tumore con un HR= 1.63 (95% CI: 1.10-2.30) (Figura 1). Questa associazione, sia nelle donne in pre-menopausa che in quelle in post-menopausa, potrebbe essere dovuta a fattori che riguardano il contenuto nutrizionale della carne stessa come: grassi, proteine, ferro o addirittura i metodi di cottura (38). Sono stati ipotizzati numerosi meccanismi biologici che spiegherebbero l'as-

Figura 1 - Meat consumption and risk of breast cancer in the UK Womens' Cohort Study.



Fonte: Taylor E.F et al. British Journal of Cancer, vol 96 (7), pp. 1136-46, 2007

sociazione tra consumo di carne e rischio di tumore mammario, ma ci limiteremo elencare solo tre (39): 1) Formazione di ammine eterocicliche durante la cottura ad elevate temperature. Da studi in vitro si è visto che queste ammine hanno attività estrogenica (40,41) ed è stato proposto che possano avere un meccanismo cancerogeno specifico sui tessuti della mammella (40,42,43); 2) Un secondo meccanismo è legato alla presenza di ormoni nella carne anche se l'uso di specifici ormoni nell'allevamento è drasticamente diminuito sempre di più col passare degli anni (44); 3) Il ferro contenuto nella carne sembra essere implicato nell'eziopatogenesi di numerosi tipi di tumore incluso quello mammario (45). È stato dimostrato, nei roditori, che il ferro assunto con la dieta aumenta la cancerogenicità degli estrogeni probabilmente attraverso la for-

mazione di radicali liberi che danneggerebbero il DNA (46). Nonostante queste osservazioni, ad oggi, non siamo in grado di attribuire a questo meccanismo una veridicità a livello di popolazione. In conclusione, il consumo totale di carne, rossa o lavorata, è associato ad un rischio statisticamente significativo nelle donne in post-menopausa, mentre gli effetti della carne non lavorata sono maggiori nelle donne in premenopausa.

Consumo di grassi e tumore mammario

Quasi tutte le molecole lipidiche dell'organismo sono prodotte per sintesi endogena, tranne gli "acidi grassi essenziali", che l'organismo non è in grado di sintetizzare e che pertanto devono essere assunti preformati con gli alimenti. Da qui deriva un primo

importante ruolo dei lipidi alimentari nella nutrizione umana. I lipidi sono importanti oltre che per la produzione di energia e per il trasporto e l'assorbimento di vitamine liposolubili, anche per la formazione di alcuni composti biologicamente attivi e per la regolazione di parametri collegati alla comparsa di alcune patologie di rilevanza sanitaria (es: malattie cardiovascolari). Di notevole importanza a tale riguardo è lo stato chimico-fisico, ed in particolare lo stato di ossidazione e la presenza di sostanze con attività antiossidante. Esiste un vero e proprio fabbisogno minimo di lipidi, che deriva dal bisogno di acidi grassi essenziali ed un livello massimo da non superare; tuttavia è difficile stabilire un livello ottimale nella dieta (47).

Derivati del latte: composizione e possibili meccanismi d'azione

I prodotti derivati del latte rappresentano un vasto e diversificato gruppo di alimenti. Alcuni prodotti, come il latte intero e molti tipi di formaggi, hanno un alto contenuto di grassi saturi, che incrementerebbero il rischio di tumore. I prodotti derivati del latte potrebbero influenzare il rischio di tumore mammario, sia positivamente che negativamente. Le principali ipotesi proposte che suggerirebbero un aumento del rischio di tumore mammario associato al consumo di prodotti derivati del latte sono le seguenti (48): 1) un massiccio consumo di questi prodotti si rifletterebbe in un complessivo aumento dei grassi assunti, specialmente grassi saturi, che sono stati associati al rischio di sviluppare un tumore mammario; 2) i prodotti a base di latte potrebbero contenere contaminanti, come pesticidi, che sono potenzialmente cancerogeni; 3) il latte, inoltre, potrebbe contenere fat-

tori di crescita, come il fattore di crescita dell'insulina IGF-I, che si è visto essere un promotore della crescita cellulare nelle cellule tumorali. L'IGF-I, in particolare, è richiesto per un normale sviluppo della ghiandola mammaria, ma è anche implicato nello sviluppo del tumore mammario (50). Questo perché l'IGF-I esplica la sua azione biologica interagendo con uno specifico recettore presente sulle membrane cellulari, l'IGF-IR (49,50) anche se dai risultati ottenuti sia in vitro che in vivo l'assorbimento negli animali dell'IGF-I sarebbe inconsistente e attualmente non sono stati condotti studi sugli uomini. Quindi, si può concludere che l'incremento dei livelli di IGF-I nei soggetti che bevono latte è accompagnato piuttosto da un aumento totale dei grassi e delle kcal assunte rispetto a chi non beve latte. Quindi sarebbero l'energia ed i grassi assunti a determinare effettivamente i livelli di IGF-I.

Altre ipotesi, invece, suggeriscono una relazione inversa tra il consumo di derivati del latte e rischio di tumore mammario (51). La maggior parte di queste si sono concentrate sugli aspetti anticancerogeni della vitamina D e del calcio. La forma attiva della vitamina D₃, la 1 α ,25-diidrossivitamina D [1,25 (OH) D] determina cambiamenti morfologici e biochimici specifici dell'apoptosi come condensazione della cromatina, separazione di cellule adiacenti e frammentazione del DNA. Le funzioni della vitamina D sono strettamente legate a quelle del calcio. Il calcio è un regolatore cardine intorno al quale ruotano un vasto numero di funzioni cellulari, inclusa la proliferazione ed il differenziamento cellulare, processi nei quali il calcio si comporta come secondo messaggero (52,53). La vitamina D è uno dei tanti regolatori dell'assorbimento e del

metabolismo del calcio. I meccanismi attraverso i quali il calcio esplica la sua azione antiproliferativa sono diversi. Il calcio potrebbe neutralizzare gli acidi grassi e gli acidi biliari potenzialmente mutageni, che potrebbero passare rapidamente dall'intestino al seno e colpire i recettori ER e potrebbero stimolare le proteine estrogeno-regolate analogamente a come farebbe l'estradolo (54). Un altro meccanismo d'azione dei prodotti derivati del latte nel ridurre il rischio di tumore suggerirebbe il coinvolgimento del coniugated linoleic acid. Il CLA è un termine comunemente usato per descrivere un insieme di isomeri posizionali e geometrici dell'acido linoleico di cui i derivati del latte abbondano (55). Hanno azione anti-tumorale inducendo apoptosi e inibizione dell'angiogenesi (56,57). Dall'analisi statistica dei dati si evince una relazione inversa tra il tumore ed il consumo di derivati del latte.

Acidi grassi polinsaturi (pufa): ω -6 e ω -3

L'essenzialità dei grassi alimentari è stata dimostrata sul finire degli anni '20 in esperimenti su animali da laboratorio alimentati con diete semi-purificate prive del tutto di grassi. Per questo è stato coniato il concetto di acido grasso essenziale (AGE) specificatamente per l'acido linoleico, che non può essere sintetizzato dall'organismo. L'essenzialità dell'acido linoleico (della serie ω -6) e dell'acido linolenico (della serie ω -3) è stata ampiamente dimostrata ed il meccanismo con il quale agiscono si fonda sulla capacità che hanno le due famiglie ω -6 e ω -3 di dar luogo alla formazione di sostanze biologicamente attive, importanti in diversi processi fisiologici, come gli eicosanoidi: prostaglandine, trombossani, prostacicline e leucotrieni (47). Nella dieta umana

le fonti di PUFA sono diverse e solo pochi studi epidemiologici hanno esaminato l'associazione tra i PUFA e il rischio di tumore mammario facendo riferimento ai cibi o al consumo di antiossidanti (58). C'è da precisare che il tumore mammario non è legato ad un eccesso di PUFA totali; ma si è visto che esistono degli effetti opposti a seconda della fonte di provenienza dei PUFA. Bisogna comunque fare una distinzione tra gli effetti degli ω -6 e quelli, invece, degli ω -3. I PUFA ω -6 hanno mostrato spiccati effetti enhancer (cioè che facilitano) sui tumori. Altri studi suggeriscono che consumi elevati di ω -3 potrebbero esercitare effetti inibitori sul processo canceroso della mammella agendo in competizione con gli ω -6 o attraverso la formazione di prodotti di ossidazione. Nell'insieme, il rischio di tumore mammario non è strettamente in relazione al consumo di ω -6 (totali, acido linoleico, acido arachidonico) o a quello di ω -3 (totali, acido α -linoleico, a catena lunga) o ancora al tasso di PUFA ω -3 o ω -6 (v. pag. seguenti Tabella 1). Quando i dati vengono stratificati in base al consumo totale di PUFA ω -6, si riscontra per i PUFA ω -3 a catena lunga un decremento del rischio di tumore mammario ristretto al quintile più alto del consumo di PUFA ω -6 (quintile maggiore vs minore dei PUFA ω -3 a catena lunga, HR 0.62; 95% CI 0.44, 0.86; p trend 0.021; p interaction 0.042). Analizzando la relazione tra il rischio di tumore mammario e i singoli PUFA provenienti dalle principali fonti di alimenti (v. pag. seguenti Tabella 2), si può osservare una diminuzione del rischio di tumore mammario associato ad un alto consumo di ALA derivante da frutta e verdura. Al contrario, si è osservato un aumento del rischio del tumore associato al consumo di grandi quantità di aci-

Tabella 1 - Dietary intakes of ω -6 and ω -3 polyunsaturated fatty acids and the risk of breast cancer

PUFA	Quintile	Median	Cases	Person years	HR ¹	95%CI	p trend ²
Total ω -6 PUFA (% energy)	I	3.41	337	89.107	1.00		
	II	4.63	341	89.739	1.02	0.87, 1.18	
	III	5.63	329	90.177	0.97	0.84, 1.13	
	IV	6.82	330	89.964	0.98	0.84, 1.14	
	V	8.97	313	89.453	0.93	0.80, 1.09	0.30
Linoleic acid (% energy)	I	3.33	338	89.114	1.00		
	II	4.54	340	89.711	1.01	0.87, 1.18	
	III	5.53	324	90.219	0.96	0.82, 1.11	
	IV	6.72	339	89.219	1.01	0.86, 1.17	
	V	8.86	309	89.437	0.92	0.79, 1.07	0.28
Arachidonic acid (% energy)	I	0.05	326	88.897	1.00		
	II	0.07	346	89.865	1.04	0.89, 1.21	
	III	0.09	328	89.825	0.98	0.84, 1.15	
	IV	0.11	310	90.254	0.92	0.79, 1.08	
	V	0.14	340	89.598	0.99	0.85, 1.16	0.54
Total ω -3 PUFA (% energy)	I	0.44	324	90.687	1.00		
	II	0.54	330	90.490	0.99	0.85, 1.16	
	III	0.62	344	89.738	1.03	0.89, 1.20	
	IV	0.71	318	89.389	0.94	0.80, 1.10	
	V	0.90	334	88.136	0.99	0.84, 1.15	0.69
α -linolenic acid (% energy)	I	0.32	328	89.605	1.00		
	II	0.37	321	89.940	0.96	0.83, 1.12	
	III	0.41	342	89.880	1.01	0.87, 1.18	
	IV	0.46	301	89.768	0.89	0.76, 1.04	
	V	0.56	358	89.246	1.05	0.90, 1.23	0.62
Long-chain ω -3 PUFA (% energy)	I	0.08	332	90.892	1.00		
	II	0.13	345	90.353	1.04	0.89, 1.21	
	III	0.18	323	90.200	0.96	0.82, 1.12	
	IV	0.25	329	89.220	0.96	0.82, 1.12	
	V	0.40	321	87.774	0.94	0.80, 1.10	0.25
Ratio ω -6/ ω -3 PUFA	I	5.48	335	88.401	1.00		
	II	7.33	352	89.463	1.06	0.91, 1.23	
	III	8.95	343	89.823	1.04	0.89, 1.21	
	IV	10.91	305	90.363	0.93	0.80, 1.09	
	V	14.76	315	90.389	0.97	0.83, 1.14	0.32

¹Cox proportional hazards models adjusted for age (time metric), nonalcohol energy and ethanol intakes, smoking history, history of benign breast disease, history of breast cancer in first-degree relatives, age at menarche, parity, body mass index, menopausal status, age at menopause and use of menopausal hormone treatment. ²Two-sided test using median nutrient intake in each quintile as a continuous variable.

Fonte: Anne C.M. Thiébaud et al. International Journal of Cancer vol.124 pp.924-931, 2009

do linoleico o di ALA proveniente da cibi lavorati, inclusi i mix di noci. Le donne che assumono pochi ω -3 hanno un rischio maggiore di ammalarsi di tumore mammario. Questa osservazione è plausibile dal momento che esiste una competizione tra ω -6 ed ω -3 per la produzione di eicosanoidi (composti derivati dell'acido arachidonico importanti nel costruire una risposta immunitaria efficace) come meccanismo di fondo. In conclusione, grazie ai numerosi studi condotti in più di 50 anni, possiamo dire che i tumori della ghiandola mammaria vengono facilitati dalla presenza di elevate quantità di grassi nella dieta. Queste osservazioni sono confermate da esperimen-

ti su animali da laboratorio (alimentati con diete ad alto contenuto di grassi), da studi epidemiologici condotti in Paesi con diete storicamente più "occidentali" ed anche su popolazioni che emigravano da Paesi abituati a consumare pochi grassi ad altri abituati a consumi lipidici maggiori. In tutti questi casi è stato confermato l'aumento dell'incidenza del tumore mammario. Diversi meccanismi sembrano poter operare nell'eventuale effetto carcinogenico dei grassi. Alcuni di questi sembrano ricollegarsi ad effetti specifici dei PUFA nella produzione di eicosanoidi e nel cambiamento della composizione delle membrane cellulari, ma bisogna anche tener presente la distinzione

Tabella 2 - Dietary intakes of ω -6 and ω -3 polyunsaturated fatty acids and the risk of breast cancer.

Food source	% PUFA intake	Quintile	HR	95% CI	p trend ²
Vegetable oils	50.0% linoleic acid	I	1.00		
		II	0.93	0.80, 1.08	
		III	0.99	0.86, 1.15	
		IV	0.89	0.76, 1.03	
		V	0.86	0.74, 1.00	
	8.7% α linolenic acid	I	1.00		
		II	0.95	0.82, 1.11	
		III	1.00	0.81, 1.10	
		IV	0.89	0.82, 1.11	
		V	0.87	0.71, 0.97	
Fruit and vegetables	16.4% α linolenic acid	I	1.00		
		II	0.94	0.81, 1.09	
		III	0.92	0.79, 1.06	
		IV	0.80	0.68, 0.93	
		V	0.74	0.63, 0.88	
	24.8% linoleic acid	I	1.00		
		II	1.14	0.97, 1.33	
		III	1.11	0.95, 1.30	
		IV	1.17	1.00, 1.37	
		V	1.18	1.01, 1.38	
Processed foods ³	28.2% α linolenic acid	I	1.00		
		II	1.05	0.90, 1.23	
		III	1.11	0.95, 1.30	
		IV	1.10	0.94, 1.28	
		V	1.16	0.99, 1.35	
	7.2% linoleic acid	I	1.00		
		II	0.92	0.79, 1.08	
		III	1.01	0.87, 1.18	
		IV	1.09	0.94, 1.27	
		V	1.17	1.01, 1.37	
Of which nut mixes ⁴	12.1% α linolenic acid	I	1.00		
		II	0.91	0.78, 1.07	
		III	1.02	0.87, 1.19	
		IV	1.10	0.94, 1.28	
		V	1.17	1.01, 1.36	
	24.8% linoleic acid	I	1.00		
		II	1.14	0.97, 1.33	
		III	1.11	0.95, 1.30	
		IV	1.17	1.00, 1.37	
		V	1.18	1.01, 1.38	

Fonte: Anne C.M. Thiébaud et al. International Journal of Cancer, vol. 124, p. 924-931, 2009.

¹ Cox proportional hazards models adjusted for age (time metric), nonalcohol energy and ethanol intakes, smoking history, history of benign breast disease, history of breast cancer in first-degree relatives, age at menarche, parity, body mass index, menopausal status, age at menopause and use of menopausal hormone treatment. ² Two-sided test using median nutrient intake in each quintile as a continuous variable. ³ Food items potentially including partially hydrogenated vegetable oils, *i.e.*, margarine, ready-to-use salad dressing, breakfast cereals, industrial bread and rusk, croissants, biscuits and cakes, chocolate bars and candies, nut mixes, pizza, tart and sandwiches, French fries, fruit pies and dessert. ⁴ Single peanut, 16% pistachio, 9% almond, 5% dried exotic fruit, 5% hazelnut, 5% cashew nut, 2% seeds and 1% coconut. The reference category corresponds to 23,7% non-consumers; the upper categories were based on quartiles among consumers.

tra gli effetti degli ω -3 e quelli, invece, degli ω -6. Inoltre, la carcinogenesi a livello della ghiandola mammaria sembra essere positivamente collegata all'effetto che i grassi hanno sul bilancio energetico. È noto che lo sviluppo dei tumori è ostacolato dalla restri-

zione calorica e che l'elevata densità calorica dei grassi favorisce un bilancio energetico positivo poiché l'energia viene immagazzinata nel corpo, soprattutto nel tessuto adiposo, compreso quello della ghiandola mammaria. Questo potrebbe creare uno stimolo positivo per la crescita in generale e favorire la crescita del tessuto canceroso. Considerando gli studi esistenti e le normali variazioni nella quantità e tipo di grasso consumati, sembra che sia il livello dei grassi piuttosto che il tipo di grassi consumati abbia un maggiore impatto sul controllo dell'incidenza del tumore.

Soia ed isoflavoni: esiste un effetto protettivo?

La soia contiene alcuni costituenti specifici come isoflavoni e lignani (questi ultimi presenti anche nei cereali seppure in concentrazioni minori), denominati fitoestrogeni (genisteina e daidzeina) proprio perché la loro struttura chimica è simile a quella degli estrogeni e la cui attività biologica e meccanismo d'azione sono ancora oggetto di verifica per quel che riguarda l'effetto "protettivo" nei confronti dei tumori ormono-dipendenti come quello mammario (59). Dati di laboratorio suggeriscono che gli isoflavoni hanno un ampio range di effetti biologici (60). In primis hanno una spiccata affinità per i recettori degli estrogeni, in vitro (61) perciò potrebbero comportarsi come degli antiestrogeni in competizione con i siti di legame dei recettori per gli estrogeni (62). Oltre a questo, gli isoflavoni hanno attività anti-proliferativa (63), proapoptotica (64), anti-angiogenica (65), antiossidativa ed anti-infiammatoria (66). Storicamente le donne giapponesi hanno un tasso di incidenza di tumore mammario nettamente inferiore rispetto a quello delle occiden-

tali. Una possibile spiegazione potrebbe essere legata ad un maggiore consumo di cibi a base di soia che contengono appunto isoflavonoidi. Questo spiegherebbe anche il perché il tasso aumenta nelle immigrate giapponesi una volta stabilitesi nella nuova nazione (67,68) suggerendo che i cambiamenti nello stile di vita potrebbero avere un ruolo, incluse le variazioni nell'assunzione di isoflavoni. L'ipotesi è confermata confrontando i dati del Cancer Incidence in Five Continents vol. IX (69) dove il tasso di incidenza del tumore mammario tra le giapponesi di Osaka (Giappone) nel 1998-2002 era di 32.0 per 100.000; 105.6 per 100.000 tra le donne bianche alle Hawaii; e 107.5 per 100.000 tra le donne giapponesi immigrate alle Hawaii. È probabile, anche, che la dieta individuale possa modificare l'associazione tra consumo di isoflavoni e rischio di tumore influenzando la farmacocinetica del metabolismo degli isoflavoni. Anche il metabolismo stesso degli isoflavoni può variare ampiamente tra i diversi individui pur consumando identiche quantità di cibi a base di soia. L'equol, cioè un metabolita della daidzeina, è stato identificato in campioni di sangue e urine di alcuni soggetti, ma non in tutti. La stessa flora batterica intestinale gioca un ruolo importante nel metabolismo della daidzeina anche se, al momento, non si sono identificati i batteri responsabili (70). L'equol si lega con molta più affinità ai recettori per gli estrogeni di quanto non faccia il suo precursore daidzeina e la sua attività antiossidante è sicuramente maggiore rispetto a quella di tutti gli altri isoflavoni. Sicuramente in Giappone prevalgono i cosiddetti soggetti "produttori" di equol rispetto al resto della popolazione bianca e questo potrebbe rappresentare un fattore vantaggioso per le

donne giapponesi in termini di riduzione del rischio di tumore mammario. Da studi in vitro si è visto che una precoce esposizione alla genisteina, sia nel periodo prepuberale che in quello puberale, ridurrebbe l'incidenza di numerosi tumori mammari indotti chimicamente negli animali forse a causa delle alterazioni nell'espressione genica e cambiamenti morfologici nella ghiandola mammaria. Nonostante queste osservazioni bisogna tenere presente che il tumore mammario è legato a diversi fattori sia ormonali che dello stile di vita. La soia e gli isoflavoni hanno effetti sui livelli degli estrogeni circolanti sia in pre-menopausa che in post-menopausa. Per interpretare correttamente i dati, però, è necessario considerare le fonti e la forma degli isoflavoni, il tempo di esposizione, la condizione di produzione dell'equol, lo stato dei recettori per gli estrogeni ed il profilo ormonale individuale. Tutti questi fattori, insieme anche all'ambiente esterno e ai fattori genetici, possono modulare l'associazione tra il consumo di soia e il rischio di tumore mammario. Nel futuro prossimo sarebbe importante incentrare gli studi su campioni sufficientemente grandi in modo da poter rilevare i fattori che sono in grado di modificare l'associazione tra la soia e il tumore.

Prevenzione primaria attraverso l'educazione alimentare e modificazione dello stile di vita

Cambiare le abitudini e lo stile di vita di una popolazione è difficile, soprattutto se questi sono radicati nel tempo. Esistono tuttavia una serie di comportamenti che potrebbero essere modificati attraverso un corretto approccio volto all'educazione alimentare inquadrata soprattutto nell'ambito di una progetto di prevenzione. L'ade-

guatezza della dieta consiste essenzialmente nella qualità e nella quantità degli alimenti consumati, in misura tale da soddisfare i bisogni di energia e nutrienti, rispettando combinazioni e proporzioni tali da non arrecare rischi potenziali per la salute. Tra le varie considerazioni nella programmazione degli interventi di educazione alimentare sono importanti i rapporti tra individuo ed ambiente, come quello fisico (es: disponibilità e scelta degli alimenti), l'ambiente socio-economico (es: che condiziona le abitudini di vita e l'accessibilità dei prodotti alimentari) e l'ambiente culturale (es: la famiglia e la tradizione) adottando uno schema di analisi antropologica (25). Le bevande alcoliche sono parte integrante della cultura occidentale assumendo un significato in parte di completamento della dieta, ma soprattutto come simbolo edonistico. L'alcol ha attualmente una rilevante collocazione sociale ed è presente nella nostra alimentazione sotto forma di vino, birra, liquore ecc. come un gradito completamento della vita di relazione. Se ingerito con moderazione, in particolare vino e birra, favoriscono la degustazione degli alimenti (28), se ingerito in quantità elevate esplicano gli effetti nocivi. L'aspetto culturale e sociale dell'alcol dovrebbe essere tenuto in debita considerazione soprattutto nelle campagne di prevenzione del tumore mammario a causa del costante e sempre maggiore richiamo che l'alcol esercita sui giovani. Anche la relazione tra peso e rischio di sviluppo del tumore mammario risulta abbastanza complessa. Il mantenimento di un peso adeguato è una buona forma di prevenzione nei confronti della neoplasia così come svolgere anche una regolare e sana attività fisica. Essendo questa un'area di particolare interesse di salute pubblica, i

lavori futuri dovranno tenere conto dell'esistenza di valori di BMI soglia per il rischio di tumore e molta cautela deve essere posta sulla veridicità dei risultati prima di costruire campagne di educazione alla salute.

Conclusioni

Il tumore mammario è una patologia complessa che risulta dalla somma di numerosi fattori di rischio ed esposizione agli stessi nell'arco degli anni, incluse la suscettibilità genetica e gli stimoli ambientali. Sicuramente i fattori alimentari ed antropometrici rivestono un ruolo di particolare importanza nell'eziopatogenesi di questa malattia. Lo studio dei rapporti tra la dieta ed il tumore mammario è iniziato quando sono apparse evidenti le differenze di incidenza della neoplasia tra varie popolazioni con differenti abitudini e condizioni di vita. La dieta può avere effetti "protettivi" se fornisce antiossidanti capaci di modificare il metabolismo di eventuali sostanze mutagene o influenzare la moltiplicazione cellulare o il profilo ormonale. Quest'ultimo infatti può essere alterato dall'assunzione di estrogeni di alimenti di origine vegetale oppure da un aumentato grasso corporeo deposito di xenoestrogeni ambientali ed alimentari. Esistono, quindi, diverse ipotesi a sostegno del ruolo specifico di alcuni nutrienti nel favorire o limitare la crescita e lo sviluppo delle cellule neoplastiche. La conoscenza che determinati gruppi di alimenti abbiano una relazione con il rischio di tumore mammario può dare utili e

pratiche indicazioni nelle strategie di prevenzione. In particolare, è stato evidenziato che il consumo di alimenti ricchi in proteine e grassi, come la carne rossa, sono associati ad un maggiore rischio di sviluppare questo tipo di neoplasia. Questo può essere attribuibile ad un maggior deposito di grasso nella ghiandola mammaria e alla maggiore produzione di estrogeni conseguente ad una dieta iperlipidica oppure alla possibilità che si formino sostanze mutagene, durante la cottura ad elevate temperature, come le amine eterocicliche. L'effetto cancerogeno dei grassi della dieta non è dovuto solo ai grassi saturi, generalmente di origine animale, ma anche all'eccessivo consumo di acidi grassi polinsaturi. I micronutrienti contenuti negli alimenti di origine vegetale come le vitamine C ed E e gli isoflavoni della soia, anche se non completamente accertato, esplicherebbero un ruolo "protettivo" grazie alle loro proprietà antiossidanti. Meglio accertato è il ruolo del consumo di alcol e dell'obesità in post-menopausa, ambedue fattori di rischio per il tumore mammario. Quindi la limitazione nel consumo di grassi animali e di bevande alcoliche e il controllo del peso corporeo anche attraverso una regolare attività fisica sono efficaci misure di prevenzione di questa neoplasia. Questi fattori, che sono determinanti nello sviluppo non solo del tumore mammario, ma anche di altre malattie croniche, sono tutti aggredibili con appropriate strategie di educazione sanitaria e promozione della salute.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
2. Lester Susan C, Cotran Ramzi S. La mammella femminile, Robbins Le basi patologiche delle malattie a cura di Cotran Kumar Collins. Piccin Italia; 2000 pp 1282-1285.
3. De Placido S, De Laurentiis M, Bianco A.R. Carcinoma della mammella, "Manuale di oncologia clinica a cura di angelo Raffaello". Milano: McGRAW-HILL; 2003 pp 109-111.
4. Lanti M, Menotti A. Epidemiologia del sovrac consumo e degli squilibri alimentari. "Fondamenti di nutrizione umana a cura di Costantini AM, Cannella C, Tomassi ". Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999 pp 471-484.
5. Fuemmeler BF, Pendzich MK, Tercyak KP. Weight, dietary behavior, and physical activity in childhood and adolescence: implications for adult cancer risk. *The European Journal of Obesity* 2009; 3:179-186.
6. Calle EE, Kaaks R. Overweight. (2004), Obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer* 2008; 4(8):579-591.
7. Romieu I, Lajous M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: Mexican experience. *Salud pública de México* 2009; 51, suppl 2: 172-180.
8. Bianchini F, Kaaks R, Vainio H. Overweight, obesity, and cancer risk. *Lancet Oncol* 2002; 3(9):565-574.
9. Mucci LA, Lajou P, Tamimi RM et al. Pregnancy estriol, estradiol, progesterone and prolactin in relation to birth weight and other birth size variables (US). *Cancer Causes Control* 2003; 14: 311-8.
10. Lindsay RS, Westgate JA, Beattie J et al. Inverse changes in fetal insulin-like growth factor (IGF)-I and IGF binding protein-1 in association with higher birth weight in maternal diabetes. *ClinEndocrinol (Oxf)* 2007; 66:322-8.
11. Adair LS. Size at birth predicts age at menarche. *Pediatrics* 2001; 107: E59.
12. De Stavola BL, dos Santos Silvia I, Wadsworth MJ. Birth weight and breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 352:304-6.
13. Michels KB, Willett WC. Breast cancer-early life matters. *N Engl J Med* 2004; 351: 1679-81.
14. Ruder EH, Dorgan JF, Kranz S et al. Examining breast cancer growth and lifestyle risk factors: early life, childhood, and Adolescence. *Clin Breast Cancer* 2008; 8(4):334-342.
15. Michels KB, Xue F. Role of birthweight in the etiology of breast cancer. *Int J Cancer* 2006; 119:2007-25.
16. Ahlgren M, Melbye BO, Wohlfahrt J et al. Growth patterns and risk of breast cancer in women. *N Engl J Med* 2004; 351:1619-26.
17. Contaldo F. La dieta nella malnutrizione e patologie associate. In a cura di Costantini AM, Cannella C, Tomassi G: "Fondamenti di nutrizione umana . Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999.
18. Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Egan KM, et al. Weight change and risk of postmenopausal breast cancer (US). *Cancer Causes Control* 2000; 11:533-42.
19. Eide MG, Oyen N, Skjaerven R, et al. Size at birth and gestational age as predictors of adult height and weight. *Epidemiology* 2005; 16:175-81.
20. Troisi R, Potischman N, Roberts J, et al. Associations of maternal and umbilical cord hormone concentrations with maternal, gestational and neonatal factors (US). *Cancer Causes Control* 2003; 14:347-55.
21. Vatten LJ, Nilsen TI, Tretli S, et al. Size at birth and risk of breast cancer: prospective population-based study. *Int J Cancer* 2005; 114:461-4.
22. Lunde A, Melve KK, Gjessing HK, et al. Genetic and environmental influences on birth weight, birth length, head circumference, and gestational age by use of population-based parent-offspring data. *Am J Epidemiol* 2007; 165: 734-41.
23. Frandin D, Heath S, Lepercq J, et al. Identification of district qualitative trait Loci affecting length or weight variability at birth in humans. *J ClinEndocrinolMetab* 2006; 91:4164-70.
24. Tanner J. *Foetus into Man: physical growth from conception into maturity*. Cambridge MA: Harvard University Press; 1990.
25. Cioffi LA. (1999), Scelta di alimenti e nutrizione: approccio psico-fisiologico. In: Costantini AM, Cannella C, Tomassi G a cura di Fondamenti di nutrizione umana . Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999 pp 66-67.
26. Mc Tiernan A, Wu L, Chen C, et al. Relation of BMI and physical activity to sex hormones in postmenopausal women. *Obesity (Silver Spring)*

- 2006; 14:1662-1677.
27. Boyle P, Boffetta P. Alcohol consumption and breast cancer risk. *Breast Cancer Research* 2009; 11(S3):S3
28. Caprino L, Russo P. Bevande alcoliche e nervine. In: Costantini AM, Cannella C, Tomassi G a cura di *Fondamenti di nutrizione umana*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999 pp 253-265.
29. Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. (1987), Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer. "N Engl J Med", 316:1174-1180.
30. Brighenti F. Carboidrati e fibra. In: Costantini AM, Cannella C, Tomassi G a cura di *Fondamenti di nutrizione umana*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999 pp 197.
31. Wanquin W, Xiao OS, Honglan Li, et al. Dietary carbohydrates, fiber, and breast cancer risk in Chinese women. *Am J Clin Nutr* 2009; 89:283-9.
32. Chen Z, Shu XO, Yang G, et al. Nutrient intake among Chinese women living in Shanghai, China. *Br J Nutr* 2006; 96:393-9.
33. Gupta K, Krishnaswamy G, Karnad A et al. Insulin: a novel factor in carcinogenesis. *Am J Med Sci* 2002; 323:140-5.
34. Kaaks R. Nutrition, hormones, and breast cancer: is insulin the missing link?. *Cancer Causes Control* 1996; 7:605-625.
35. Spadoni MA. (1999) Proteine e aminoacidi. In: Costantini AM, Cannella C, Tomassi G a cura di *Fondamenti di nutrizione umana*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999 pp 173-188.
36. Taylor EF, Burley VJ, Greenwood DC, et al. Meat consumption and risk of breast cancer in UK women's Cohort Study. *British Journal of Cancer* 2007; 96:1139-1146.
37. Gonzalez CA, Jakszyn P, Pera G, et al. Meat intake and risk of stomach and esophageal adenocarcinoma within the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:345-354
38. Sinha R. An epidemiologic approach to studying heterocyclic amines. *Mutat Res* 2002; 506- 507: 197-204.
39. Linos E, Willett WC, Cho E, et al. Red meat consumption during adolescence among premenopausal women and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17(8):2146-2151.
40. Lauber SN, Ali S, Gooderham NJ. The cooked food derived carcinogen 2-amino-1-methyl-6-phenylimidazo[4,5-b]pyridine is a potent oestrogen: a mechanistic basis for its tissue-specific carcinogenicity. *Carcinogenesis* 2004; 25:2509-17.
41. Qiu C, Shan L, Yu M, Snyderwine EG. Steroid hormone receptor expression and proliferation in rat mammary gland carcinomas induced by 2-amino-1-methyl-6-phenylimidazo[4,5-b]pyridine. *Carcinogenesis* 2005; 26:763-9.
42. Bennion BJ, Cosman M, Lightstone FC, et al. PhIP carcinogenicity in breast cancer: computational and experimental evidence for competitive interactions with human estrogen receptor. *Chem Res Toxicol* 2005; 18:1528-36.
43. Willett WC. Diet and cancer: an evolving picture. *JAMA* 2005; 293:233-234.
44. Raun AP, RL. History of diethylstilbestrol use in cattle. *Am Soc Anim Sci* 2002.
45. Tappel A. Heme of consumed red meat can act as a catalyst of oxidative damage and could initiate colon, breast and prostate cancers, heart disease and other diseases. *Med Hypotheses* 2007; 68:562-4.
46. Wyllie S, Liehr JG. Enhancement of estrogen-induced renal tumorigenesis in hamsters by dietary iron. *Carcinogenesis* 1998; 19:1285-90.
47. Tomassi G. (1999), Grassi (o lipidi). In: Costantini AM, Cannella C, Tomassi G a cura di *Fondamenti di nutrizione umana*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999 pp 223-237.
48. Moorman PG, Terry PD. Consumption of dairy products and risk of breast cancer: a review of literature. *Am J Clin Nutr* 2004; 80:5-14.
49. Jones JL, Clemmons DR. Insulin-like-growth factors and their binding proteins: biological actions. *Endocr Rev* 1995; 16:3-34.
50. Rajaram S, Baylink DJ, Mohan S. Insulin-like growth factor-binding proteins in serum and other biological fluids: regulation and function. *Endocr Rev* 1997; 18:801-831.
51. Colston KW, Hansen CM. Mechanisms implicated in the growth regulatory effects of vitamin D in breast cancer. *Endocr Relat Cancer* 2002; 9:45-9.
52. Rasmussen H. The calcium messenger system. Part 1. *N Engl J Med* 1989; 314:1094-101.
53. Rasmussen H. The calcium messenger system. Part

2. N Engl J Med 1989; 314:1164-70
54. Pizer ES, Jackisch C, Wood FD, et al. Inhibition of fatty acid synthesis induces programmed cell death in human breast cancer cells. *Cancer Res* 1996; 56:2745-2747.
55. Aro A, Maonistö S, Salminen I, et al. Inverse association between dietary and serum conjugated linoleic acid and risk of breast cancer in postmenopausal women. *Nutr Cancer* 2000; 38:151-7.
56. Oku H, Wongtangtintharn S, Iwasaki H, Toda T. Conjugated linoleic acid (CLA) inhibits fatty acid synthetase activity in vitro. *Biosci Biotechnol Biochem* 2003; 67:1584-1586.
57. Devery R, Miller A, Stanton C. Conjugated linoleic acid and oxidative behaviour in cancer cells. *Biochem Soc Trans* 2001; 29:341-4.
58. Thiébaud AC, Chajès V, Gerber M, et al. Dietary intakes of ω -6 and ω -3 polyunsaturated fatty acids and the risk of breast cancer. *Int J Cancer* 2009; 124:924-931.
59. Carnoval E, Sambuy Y. Dagli alimenti ai nutrienti. In: Costantini AM, Cannella C, Tomassi G a cura di Fondamenti di nutrizione umana. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1999 pp 83-92.
60. Nagata C. Factors to consider in the association between soy isoflavone intake and breast cancer risk. *Journal of Epidemiology* 2010; 20(2):83-89.
61. Rice S, Mason HD, Whitehead SA. Phytoestrogens and their low-dose combinations inhibit mRNA expression and activity of aromatase in human granulosa-luteal cells. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2006; 101:216-25.
62. Akiyama T, Ishida J, Nakagawa S, Ogawara H, Watanabe S, Itoh LN, et al. Genistein, a specific inhibitor of tyrosine-specific protein kinases. *J Biol Chem* 1987; 262:5592-5
63. Li Y, Upadhyay S, Bhuiyan M, Sarkar FH. Induction of apoptosis in breast cancer cells MDA-MB-231 by genistein. *Oncogene* 1999; 18:3166-72.
64. Fotsis T, Pepper M, Adlercreutz H, et al. Genistein, a dietary-derived inhibitor of in vitro angiogenesis. *Proc Natl Acad Sci USA* 1993; 90:2690-4.
65. Watanabe S, Haba R, Terashima K, et al. Antioxidant activity of soya hypocotyls tea in humans. *Biofactors* 2000; 12:227-32.
66. Verdrengh M, Jonsson IM, Holmdahl R, Tarkowski A. Genistein as an anti-inflammatory agent. *Inflamm Res* 2003; 52:341-6.
67. Shimizu H, Ross RK, Bernstein L, Yatani R, Henderson BE, Mack TM. Cancers of the prostate and breast among Japanese and white immigrants in Los Angeles County. *Br J Cancer* 1991; 63:963-6.
68. Tsugane S, de Souza JM, Costa ML Jr, et al. Cancer incidence rates among Japanese immigrants in the city of Sao Paulo, Brazil, 1969-78. *Cancer Causes Control* 1990; 1:189-93.
69. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Strom H, Ferlay J, Heanue, et al. *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. IARC Scientific Publications No. 160, Lyon: IARC; 2007.*
70. Atkinson C, Frankenfeld CL, Lampe JW. Gut bacterial metabolism of the soy isoflavone daidzein: exploring the relevance to human health. *Exp Biol Med (Maywood)* 2005; 230:155-70.

SITOGRAFIA:

- 1: <http://www.iarc.fr>
- 2: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
3. <http://www.airc.it>
4. <http://www.ncis.nih.gov>
5. <http://www.fda.gov>

RECENSIONI

State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals - 2012. Edito da Ake Bergman, Jerrold J. Heindel, Susan Jobling, Karen A. Kidd and R. Thomas Zoeller. WHO Geneva 2013, pp. 289.

A 10 anni dalla pubblicazione di un rapporto intitolato “*Global Assessment of the State-of-the-Science of Endocrine Disruptors*.” un corposo e documentato volume redatto da Åke Bergman, Jerrold J. Heindel, Susan Jobling, Karen A. Kidd e R. Thomas Zoeller (autori di prevalente origine scandinava che hanno retto alla prova dell'assenza di conflitto di interessi in un settore in cui questo può essere molto consistente) mette a disposizione della comunità scientifica e degli esposti il punto sullo sviluppo delle conoscenze relative alle sostanze chimiche che avendo la capacità di interferire, sregolandolo, con il sistema endocrino da qui la denominazione “*Endocrine Disrupting Chemicals*” ECDs - svolgono un ruolo cruciale nel determinare alterazioni riproduttive e un ampio spettro di malattie cronico degenerative nell'uomo e nella fauna selvatica, con delle specificità tali da prefigurare un nuovo modello di tossicità, che si aggiunge a quelli già noti.

Il testo si articola in tre capitoli ed è preceduto da un riassunto che fa il punto sugli aggiornamenti che negli ultimi dieci anni hanno arricchito il corpo delle evidenze scientifiche sugli ECDs fino a farne una delle tematiche che, insieme alla epigenomica, potrebbero modificare profondamente le nostre conoscenze sulla patogenesi di molte delle principali patologie e comportare: a) un superamento degli approcci che oggi dominano nel campo della prevenzione primaria e nella disapplicazione su scala globale e locale del principio di precauzione; b) la adozione

di nuove metodologie adatte a studiare gli effetti di queste sostanze; c) lo sviluppo di una ricerca indipendente dagli interessi dei produttori di rischio.

Quanto ai contenuti, molto sinteticamente, il primo capitolo è dedicato a spiegare cosa sia un interferente endocrino e perché sia così importante prevenirne gli effetti: gli autori, analizzando il funzionamento dei sistemi endocrini nei vertebrati, mettono in luce il fatto che essi sono talmente simili da avere un funzionamento specie indipendente. Sulla base di questo criterio di plausibilità vengono passati in rassegna gli studi disponibili sugli effetti che gli ECDs hanno sul sistema endocrino delle diverse specie di vertebrati, uomini compresi, facendo emergere prove consistenti circa il fatto che anche gli effetti delle sostanze chimiche sul sistema endocrino siano specie indipendenti.

Sulla scorta di questa chiave di interpretazione, il secondo capitolo censisce e colloca una serie molto estesa di evidenze derivanti da studi condotti sugli effetti che gli ECDs svolgono nell'uomo e nella fauna selvatica, in specifici capitoli: salute riproduttiva della donna: salute riproduttiva dell'uomo; effetti sul rapporto maschi femmina alla nascita; disturbi e patologie del funzionamento tiroideo; interferenti endocrini e sviluppo neurologico del bambino; interferenti endocrini e tumori correlati con l'effetto di sostanze ormonali (mammella, endometrio, ovaio, prostata, testicolo, tiroide); disturbi e patologie dell'asse ipotalamo – ipofisi – surrene; disturbi e malattie delle ossa; disordini metabolici con particolare riferimento a malattie come obesità e diabete; sistema immunitario e malattie nell'uomo e nella fauna selvatica; declino delle popolazioni.

Il terzo capitolo sintetizza le informazioni disponibili sulle esposizioni umane e della fauna selvatica agli ECDs, descrivendo le varie tipologie di inquinanti e

le relative fonti di diffusione, la distribuzione nell'ambiente ed il destino cui vanno incontro, per passare in rassegna la documentazione scientifica sugli ECDs trovati in organismi umani e nella fauna selvatica e concludere con le problematiche emergenti, relative sia alle molecole note per i loro effetti endocrini ed alla loro ubiquitaria diffusione, sia alla enorme problematica delle sostanze chimiche diffuse dal commercio globale che possono contenere composti e molecole patogeni ma di cui poco si sa quando invece sarebbe meglio per tutte/i saperne molto di più. Tra gli sviluppi che gli autori auspicano come importanti per affrontare e vincere la sfida posta dagli ECDs, oltre ad un ulteriore rafforzamento delle conoscenze su queste molecole, un ruolo importante hanno lo sviluppo di nuovi test e metodologie appropriati alle specificità e problematiche che comportano (effetto nel periodo fetale e negli organismi in sviluppo a dosi molto più basse di quelle attive negli organismi adulti; bioaccumulo; interazioni e sommazione degli effetti tra molecole diverse, ecc), le modalità con cui ridurre le esposizioni e quindi la vulnerabilità alle malattie nella cui patogenesi sono implicati, l'identificazione di altre sostanze chimiche che hanno un potenziale effetto di interferente endocrino, la creazione di ambienti favorevoli per la ricerca scientifica,

l'innovazione e la prevenzione delle malattie e la messa a punto di nuovi metodi per valutare la forza delle evidenze disponibili sulla associazione tra sostanze chimiche e loro effetti sulla salute.

In conclusione il testo, importante per la formazione di base ed in servizio delle varie professioni sanitarie e delle varie branche di attività medica, sembra presentare le caratteristiche di quei lavori scientifici che documentano un salto di paradigma in divenire, perché capaci di invalidare, a partire da una nuova ipotesi patogenetica e da una visione olistica che combina osservazioni scientifiche su uomini e fauna selvatica, tutta una serie di conoscenze su cui prima si basava la pratica medica e gli interventi di sanità pubblica.

Certo colpisce il fatto che OMS e UNEP pubblicino il testo ma lascino la responsabilità delle affermazioni agli editori come se fossero troppo pesanti per le loro spalle e come se ci fosse qualcun altro che, a livello globale, debba farsi carico di trarre le conclusioni che questa mole di osservazioni scientifiche suggerisce, rafforzando l'idea che il conflitto di interessi nella contemporaneità non stia più solo e tanto nei singoli, ma investa pienamente le organizzazioni chiamate a difendere la salute di tutti.

Carlo Romagnoli

SCHEDE

Roberto d'Amico, Marina Davoli, Luca De Fiore, Roberto Grilli, Paola Mosconi (a cura di), *La sanità tra ragione e passione. Da Alessandro Liberati sei lezioni per i prossimi anni*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2013.

Un libro non solo di scienza, ma anche di letteratura e di arte. Per chi ritiene la sanità pubblica una conquista e un valore non solo da difendere, ma da sviluppare, perfezionare e portare a più avanzate realizzazioni attraverso partecipazione, democrazia, equità, solidarietà, per chi ha avuto esperienze di lavoro di medico di sanità pubblica e ritiene che la nuova sanità pubblica si deve basare sul binomio "promozione della salute - continuità delle cure", questo libro che, sulla traccia delle sei parole della famosa *Lezioni americane* di Italo Calvino, propone una articolata riflessione sull'esperienza e gli insegnamenti di Alessandro Liberati, costituisce "un serbatoio" di idee e ragionamenti che rafforzano la passione e l'impegno di ricercatori, scienziati, amministratori e operatori.

A partire dal tema della ricerca come "bene comune", come risorsa messa a servizio della collettività e del cambiamento nella società, una ricerca libera dall'influenza dei conflitti d'interesse, una ricerca utile e disponibile per indirizzare le decisioni.

Illuminante il riferimento alle sei parole di Calvino: leggerezza, rapidità, esattezza, visibilità, molteplicità, consistency/coerenza, che, anche in un contesto assai diverso dall'origine, mantengono una forza evocativa straordinaria.

La leggerezza, cioè essere semplici e diretti, e quindi

il suo valore per la partecipazione dei cittadini al dibattito su salute e informazione (qualità delle informazioni) e alle decisioni sulla ricerca e sull'assistenza; il tema della leggerezza riguarda anche la qualità dell'informazione e della comunicazione ai fini del consenso informato, quello che serve è un "accordo informato", piuttosto che un "consenso informato".

La rapidità, cioè l'importanza della tempestività della ricerca per prendere decisioni, conciliare rapidità e affidabilità, l'importanza di tecniche analitiche (*Value of Information Analysis*). Tra le molteplici applicazioni della medicina basata sulle prove, di cui Alessandro Liberati è stato pioniere, c'è l'*Health Technology Assessment*, in questo ambito la rapidità rappresenta la tensione tra ricerca e decisione, ma si analizza anche perché non si adottano nella pratica clinica interventi di provata efficacia o perché si diffondono interventi e tecnologie di efficacia ancora da dimostrare. Spesso il problema non è solo far arrivare rapidamente ai decisori i risultati della ricerca, ma anche di quali informazioni hanno bisogno.

La rapidità è anche la rapidità delle favole di cui ci parla Calvino, la cattura del tempo per tenere vivo il desiderio di saperne il seguito, perché il tempo non è una continuità, ma una discontinuità. E allora rapidità come discontinuità, come la legge 180 e *L'istituzione negata* di Basaglia, la presa in carico di diritti negati, discontinuità è il diritto-di-avere-diritti e non i diritti come variabili dipendenti dall'economia, discontinuità è la guerra come malattia strutturale.

L'esattezza come bisogno di ricevere/fornire risposte, di affrontare e ridurre l'incertezza. La problematica è affrontata dal punto di vista del clinico, del

metodologo e dal punto di vista del paziente. L'incertezza come prerequisito per la ricerca clinica etica, l'importanza di sviluppare alleanze con gli utenti per andare verso un riconoscimento più ampio dell'incertezza e delle debolezze della medicina nel processo di prioritarizzazione.

La *visibilità* è la necessità di rendere visibili problemi e punti di vista trascurati dalla ricerca dominante, *visibilità* è "non perdere mai di vista la foresta mentre si guardano gli alberi", è una politica sanitaria culturale per promuovere un ruolo attivo dei cittadini e dei pazienti.

La *molteplicità* delle competenze dei ruoli e delle passioni, che devono convergere per raggiungere gli obiettivi.

La *consistency* come *coerenza* (tra epidemiologia e sanità pubblica, ad esempio), ma anche come solida base del pensare e dell'agire, *ubi consistam?* La ricerca della verità e della giustizia.

F.A.B.

Censis, Forum per la ricerca Biomedica, *Il futuro della sanità. Tra risorse vincolate e deficit di compliance*, Franco Angeli, 2013, pp. 103.

In un volumetto agile e di estrema chiarezza e semplicità, vengono riportati i risultati di una ricerca eseguita da un gruppo di lavoro del Censis, diretto da Carla Collicelli e coordinato da Francesco Maietta e Ketty Vaccaro. Il testo si articola attorno a due domande: Quale futuro per le risorse in sanità? e Quale futuro per il rapporto medico-paziente nella nuova sanità? alle quali viene data risposta rispettivamente con otto e quattro risposte, che affrontano temi rilevanti, vicini a quelli che ci siamo posti nel proporre la parte monografica di questo numero della rivista.

Nella prima parte è centrale il discorso di come dare risposta alla crisi in atto, riduzione delle risorse, diminuzione di risorse pubbliche, aumento della spesa privata, perdita di fiducia nel sistema, paura per il futuro, riduzione di consumi sanitari e sociali, riduzione di prestazioni essenziali ed altro ancora. Si parla

del mutamento di alcuni *driver* socio-culturali, autoregolazione, olismo ed estetica, di un possibile *low-cost* sanitario, del rapporto tra tagli di bilancio e federalismo, di mutualità volontaria.

Nella seconda parte l'analisi del rapporto medico-paziente viene svolta attorno a quattro temi fondamentali, la comunicazione rivoluzionata, interesse e bisogni per l'informazione sanitaria, le fonti di informazione e la loro inadeguatezza, la necessità di come passare dall'informazione alla responsabilizzazione, alla condivisione, come elementi guida verso un'evoluzione del rapporto stesso. Con la raccomandazione di porre massima attenzione "all'informazione-disinformazione del malato e del suo entourage", "a modalità e tonalità comunicativa nell'ambito del rapporto medico-paziente o operatore sanitario-paziente", a "l'utilizzazione dei canali vecchi nuovi di auto informazione", si conclude con l'ipotesi che i rispondenti auspichino un nuovo tipo di rapporto che "lungi dall'essere paritetico, prevede una condivisione dialettica delle informazioni e in sostanza una partecipazione consapevole del paziente alla costruzione del proprio percorso diagnostico terapeutico e clinico". Una lettura da consigliare sulla quale riflettere, anche se ci sembra che sarebbe stato opportuno - non è mai troppo tardi - allargare il discorso a ciò che dovrebbe sottostare a come il paziente possa acquisire "responsabilizzazione e capacità di condivisione", con la sola informazione, assai incerta e incompleta. Niente da dire e su *Health literacy* ed educazione alla salute?

L.B.

Carole Clavier and Evelyne de Leeuw (edited by), *Health Promotion and the Policy Process*, 240 pages, Paperback, September 2013 (estimated). Also available as: eBook

Gli studiosi e governi riconoscono l'importanza dello sviluppo e attuazione delle politiche per la salute della popolazione, ma c'è una mancanza di sviluppo teorico e concettuale sistematica nel campo della salute per affrontare il problema. "Health Promotion

and Policy Process” è il primo libro che si propone di dare uno sguardo approfondito ai progressi teorici nelle scienze della politica, comprendendo una discussione sul significato di economia e sociologia politica, campi che finora hanno fatto pochi progressi nello sviluppo della promozione della salute.

Attraverso strumenti pratici e di critica, di ricerca e di discussione basata sull'esperienza, il volume discute come le teorie possono essere usate per influenzare, valutare, orientare e realizzare interventi e politiche di promozione della salute. Questo libro è una

lettura importante per i professionisti della promozione della salute che vogliono essere efficaci nell'influenzare i determinanti sociali della salute. Il volume quindi si indirizza a studenti, professionisti della sanità pubblica, ricercatori, professionisti, responsabili politici e operatori interessati alle politiche ed alla ricerca applicata.

G.P.

Le schede sono state redatte da: Filippo Antonio Bauleo, Lamberto Briziarelli, Giancarlo Pocetta

DOCUMENTI

EuroHealthNet - Bruxelles, 10 settembre 2013

EuroHealthNet sollecita azioni più incisive: Il rapporto della Commissione europea sulle diseguaglianze in salute conferma che persistono gap dannosi e costosi tra gli Stati membri dell'Unione europea e al loro interno

EuroHealthNet, Bruxelles september 10, 2013

EuroHealthNet calls for more action as European Commission report on health inequalities confirms harmful and costly gaps remain between and within EU Member States

EuroHealthNet accoglie positivamente il rapporto sulle diseguaglianze sanitarie nell'UE diffuso dalla Commissione europea il 9 settembre. In quanto organizzazione creata da organismi statali e regionali dell'UE per contribuire a migliorare la salute e combattere le diseguaglianze sociali e di salute, l'attività di EuroHealthNet è richiamata attraverso il suo principale lavoro, i progetti di ricerca, il supporto per le azioni comuni dell'UE, la collaborazione con l'OMS e altri stakeholder. I direttori Clive Needle e Caroline Costongs hanno rilasciato oggi la seguente dichiarazione: "Il rapporto della Commissione europea dimostra a sufficienza l'entità del lavoro avviato dalle Direzioni più direttamente responsabili per Salute, Affari sociali e Ricerca nel pe-

riodo considerato, da quando è stata prodotta nel 2010 la Comunicazione *Solidarity in Health*. Ci congratuliamo con tutti i responsabili e ci impegniamo a sostenere i loro ulteriori sforzi e a diffondere le loro comunicazioni. Precorrendo questo rapporto abbiamo lanciato il nostro nuovo piano strategico per il 2020 che sarà caratterizzato da una nuova piattaforma per la salute e l'equità sociale (FASE), un nuovo Centro per l'Innovazione e la Ricerca per l'implementazione di Salute e Benessere (CIRI) e un importante sviluppo del nostro network principale che diventerà Promozione della Salute Europa (HPE). Sebbene questo dimostri la fiducia dei nostri membri che l'UE continuerà a svolgere un ruolo guida nella lotta contro le diseguaglianze e per migliorare la sa-

lute, dimostra anche che persiste chiara e urgente la necessità di fare molto di più e molto meglio.

I paragrafi chiave del rapporto sono i seguenti. A pagina 3: *"... sono presenti considerevoli gap in salute all'interno e tra gli Stati membri dell'UE ... nello stato di salute c'è un gradiente sociale per cui le persone con livello d'istruzione inferiore, classe professionale più bassa o più basso reddito tendono a morire più giovani e hanno una maggiore incidenza della maggior parte dei tipi di problemi di salute. Negli ultimi anni, il livello di disuguaglianza è migliorato per un piccolo numero d'indicatori, mentre per altri non vi è stato alcun cambiamento e, per alcuni, un peggioramento"*.

E a pagina 19: *"Per alcuni indicatori chiave di salute c'è stato sia un miglioramento generale che una modesta riduzione delle disuguaglianze tra gli stati, anche se il livello di tali disuguaglianze rimane inaccettabilmente alto. Ma le disuguaglianze tra gruppi sociali, tra ricchi e poveri, tra soggetti con livello d'istruzione universitario e quelli con basso livello d'istruzione e tra la popolazione in generale e in alcuni gruppi tra cui i Rom, restano elevate e persistenti, e la situazione economica in alcune aree pone ulteriori sfide per il futuro"*.

È chiaro che nel nuovo periodo strategico UE 2014 - 2020 si devono raddoppiare gli sforzi. Gran parte delle condizioni, riportate o a cui si fa riferimento in termini d'insufficienza di dati adeguati riguardo agli anni di vita in buona salute e non solo all'aspettativa di vita, fanno crollare il tenore di vita per molte persone vulnerabili, fanno aumentare la povertà in particolare tra i bambini, producono una massiccia disoccupazione giovanile, riducono l'accessibilità ai servizi sanitari, sono semplicemente inaccettabili e ingiuste. Si richiedono politiche urgenti e azione pratica all'interno del settore sanita-

rio e al di fuori di esso.

Scriviamo oggi ai principali membri del Parlamento europeo per invitare il Parlamento europeo a garantire l'organizzazione di una corretta ed efficace riflessione sul presente rapporto e su quello che è stato fatto non solo all'interno dei programmi dell'UE, ma anche all'interno degli Stati membri dell'Unione europea e come questo si mette a confronto con le iniziative a livello mondiale, considerato che uno degli obiettivi UE 2020 è di essere dinamici e competitivi a livello globale. Chiediamo che sia misurato il progresso rispetto alle raccomandazioni prioritarie della Commissione sui determinanti sociali di salute (CSDH), adottate dall'assemblea dell'OMS per migliorare valutazioni e conoscenze, condizioni di vita e di lavoro ed equilibrio di ricchezza, potere e risorse.

Attendiamo con impazienza l'imminente pubblicazione di uno studio congiunto, in cui EuroHealthNet ha fatto parte di un gruppo di ricerca condotto dal professor Sir Michael Marmot, e prevediamo che le sue raccomandazioni per il miglioramento rispecchieranno quello che sarà annunciato dal rapporto sul continente nel suo complesso, che sarà pubblicato la prossima settimana da OMS Europa. Chiediamo a tutte le istituzioni dell'UE di prendere in seria considerazione tali raccomandazioni e di implementarle all'interno degli stati e delle comunità UE.

Sollecitiamo la rapida attuazione di misure pertinenti centrate sull'equità, come previsto in tutti i programmi e nella legislazione dell'UE, ma soprattutto in base alla strategia Europa 2020, la strategia per la salute UE, il Pacchetto d'Investimenti Sociali UE e il programma di ricerca Horizon 2020. Ora ci rivolgiamo ulteriormente ai nostri

membri, partner e stakeholder per contribuire a portare avanti un'essenziale comprensione di questo e di altri rapporti e per fare presto ulteriori dichiarazioni”.

Note sul background per giornalisti e lettori

Il rapporto evidenzia che il divario tra la più alta e la più bassa aspettativa di vita in UE-27, così come la mortalità infantile nell'UE è diminuita tra il 2006-2007 e il 2011. Si tratta di una tendenza positiva. Tuttavia, vale la pena sottolineare che il rapporto conferma la persistenza di diseguaglianze di salute significative e inaccettabilmente ampie all'interno degli Stati membri dell'UE. Il divario di salute, infatti, rimane sempre elevato e in alcuni casi in crescita, esistono disparità sanitarie tra le regioni e all'interno dei paesi.

- Oltre 9000 giovani vite possono essere salvate ogni anno se tutti gli Stati membri raggiungono il miglior tasso di mortalità infantile di 2,1 per 1000 nati, come nel caso della Svezia;
- Tra gli Stati membri con aspettativa di vita più alta e quelli con aspettativa di vita più bassa c'è una differenza di 12 anni di aspettativa di vita per gli uomini, e una differenza di 19 anni quando si tratta del numero di anni di vita vissuti in salute;
- Il rapporto fa anche riferimento a dati che riflettono le differenze nella speranza di vita tra gli uomini meno e più istruiti che possono essere fino a 13 anni (Ungheria, Estonia) o addirittura 17 anni (Repubblica Ceca) o di 9 anni tra le donne;
- Nel complesso, il divario sanitario tra le regioni non si è ridotto negli ultimi anni. In effetti, per alcuni indicatori, come la speranza di vita a 50 anni per i maschi, è aumentato.

Nel 2008, CSDH ha concluso che le diseguaglianze sociali in salute insorgono a causa delle disparità nelle condizioni di vita quotidiana e nei fattori determinanti fondamentali che danno loro origine: disuguaglianze di potere, di denaro e di risorse. CSDH ha indicato che le diseguaglianze sociali ed economiche sono alla base dei determinanti di salute, serie di fattori che interagiscono dando origine a salute e benessere. Un certo numero di questi fondamentali determinanti socio-economici come la distribuzione del reddito e i livelli di disoccupazione sono variati negli ultimi anni, a causa della crisi, nei vari Stati membri dell'Unione europea. Di particolare interesse per la salute è la variazione di disoccupazione di lungo periodo, la percentuale di cittadini con istruzione a livello secondario inferiore o al di sotto e quelli che soffrono di deprivazione materiale. Le statistiche UE sulle condizioni di vita (EU SILC) dimostrano come, in tutta l'UE nel suo insieme e in quasi tutti gli stati membri, il livello di salute autoriferito è peggiore per le persone con bassi redditi e livelli d'istruzione. Inoltre può essere osservato un gradiente in cui la salute è migliore per quelli con i più alti livelli di reddito e d'istruzione e via via peggiore per quelli con livelli inferiori.

L'azione sulle diseguaglianze sanitarie deve quindi rimanere una priorità di sanità pubblica per l'UE, come l'attenzione e gli investimenti sulle priorità raccomandate da “Comunicazione e Solidarietà in materia di salute: riduzione delle diseguaglianze sanitarie nell'UE” della Commissione e il recente Pacchetto d'Investimenti Sociali. Il ruolo del settore sanitario nella lotta contro le diseguaglianze sanitarie è di vitale importanza, ma le diseguaglianze in salute non possono essere ridotte solo con azioni

nel settore sanitario, ma richiedono un'azione su tutti i determinanti sociali di salute. Altri settori sono in modo crescente coinvolti, nondimeno è ancora necessario un ulteriore più sviluppato impegno al di fuori del settore sanitario.

EuroHealthNet ha contribuito allo studio sulle diseguaglianze sanitarie condotto da Sir Michael Marmot, che ha fornito contributi per questo rapporto della Commissione e ha sostenuto l'azione comune sulle diseguaglianze sanitarie (www.healthinequalities.eu), in particolare assistendo le regioni che accedono a fondi comunitari strutturali per l'equità in salute (www.fundsforhealth.eu).

Si svolgerà a Bruxelles il 23 gennaio 2014 la conferenza *Equity Action* per definire le priorità della futura azione integrata di lotta contro le disuguaglianze sanitarie nell'UE.

Per ulteriori informazioni contattare:

Clive Needle, direttore EuroHealthNet
e-mail: c.needle@eurohealthnet.eu

Caroline Costongs, vicedirettore EuroHealthNet

e-mail: c.costongs@eurohealthnet.eu

Tel.: + 32-2-235-03-20

Fax: + 32-2-235-03-39

www.eurohealthnet.eu

www.healthpromotion.eu

Twitter: [@eurohealthnet](https://twitter.com/eurohealthnet)

traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo

NOTIZIARIO INFORMAZIONI

Società Italiana per la Promozione della Salute. La promozione della salute in Lombardia.

Primo incontro della delegazione Lombardia della Società Italiana per la Promozione della Salute

Milano 30 ottobre 2013 ore 14,00 Centro Servizi Banca Popolare di Milano, Sala conferenze, via Massaua, 6 (MI)

Interverranno: Riccardo Senatore, Presidente Nazionale SIPS Gabriele Giannella, Presidente delegazione SIPS Lombardia Sergio Ardis, Segretario Nazionale SIPS.

La Società è ormai presente in tutte le Regioni Italiane e anche in numerose altre Regioni è in corso la creazione formale delle Delegazioni Regionali.

E' importante il fatto che finalmente la Promozione della Salute abbia una sua voce in un quadro di forti cambiamenti della sanità italiana e nelle diverse regioni.

Nel corso dell'incontro si terrà l'assemblea della delegazione SIPS Lombardia e l'elezione del Direttivo regionale. (info: sipsalute.it)

CONVEGNISTICA

Alcune iniziative formative e convegnistiche che si svolgeranno nei mesi di Ottobre e Novembre in Italia richiamano l'attenzione di studiosi, politici e cittadini su temi fondamentali della promozione della salute e dei sistemi sanitari di fronte alla crisi che stiamo attraversando. Crediamo sia utile darne notizia per avere ulteriori punti di riferimento sul dibattito

che oggi si affronta sui temi dell'invecchiamento e delle disuguaglianze.

5° Convegno internazionale sulla Qualità del Welfare.

La tutela degli Anziani. Buone pratiche per umanizzare l'assistenza

Rimini 18-19 Novembre 2013

Il tema della tutela dell'anziano fragile assume sempre più i toni di un'autentica emergenza sociale per le note motivazioni di carattere demografico (l'innalzarsi dell'età media della popolazione), sanitario (l'aumento delle cronicità), economico (l'incremento della spesa pubblica) e sociale (l'aumento della povertà, i carichi di cura della rete parentale, l'equità fra le generazioni). Il dibattito attuale tende tuttavia a concentrarsi su tre aspetti: quello medico, quello economico e quello manageriale. Minore attenzione è attribuita a un tema che in realtà rimane centrale: come rispettare l'"umanità" e i "diritti esistenziali" profondi delle persone fragili e delle loro famiglie nel mentre si organizza l'assistenza in loro favore. Il Convegno intende quindi allargare lo sguardo al campo delle humanities e delle buone pratiche relazionali, per offrire a chi opera quotidianamente con gli anziani spunti di riflessione e strumenti operativi capaci di «porre al centro» la persona con le sue relazioni. Si tratterà quindi anzitutto di superare una visione dell'anziano fragile centrata sulla patologia per giungere a un'idea di salute in un'accezione non esclusivamente sanitaria; una visione globale che tenga insieme altre istanze oltre alla pur impor-

tante autosufficienza funzionale (la dimensione del senso della vita e della sofferenza, della spiritualità, della convivialità; del diritto all'autodeterminazione, a essere ascoltati, a essere utili agli altri, ecc.). In questa prospettiva l'idea stessa di tutela dell'anziano assume connotazioni ampie e in apparenza contro-intuitive, che trovano sbocchi in forme giuridiche innovative, in esperienze organizzative flessibili e non autoreferenziali, in tecniche relazionali di comprovata efficacia, in movimenti associativi e di mutualità diretta tra utenti e caregivers che coinvolgono i territori in un'ottica di welfare comunitario. Nonostante i tempi di crisi è possibile talvolta osservare in Italia e all'estero esperienze eccellenti di cure ben impostate umanamente e finanziariamente sostenibili. Il Convegno vuole allora porsi come luogo riflessivo d'incontro e di dialogo tra i diversi saperi, professionali ed esperienziali, che hanno consentito la fioritura di tali «buone pratiche», allo scopo di riuscire a comprenderle sempre meglio e, se possibile, rilanciarle.

Tra i temi in programma

- Le risorse inaspettate degli anziani fragili
- Person centered care: l'approccio di Tom Kitwood
- Il senso della cura e l'etica della cura
- L'approccio alla demenza nel metodo Validation
- L'Amministrazione di sostegno e la protezione giuridica dell'anziano fragile
- Il sostegno ai caregiver familiari e la loro valorizzazione nelle progettazioni assistenziali
- Prevenire il burnout ascoltando e valorizzando tutte le voci coinvolte nell'assistenza
- Innovazioni umanizzanti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
- La mediazione socio-assistenziale per la risoluzione dei conflitti nei contesti familiari e residenziali
- "Curare" e "prendersi cura": ripensare l'integrazione socio-sanitaria nell'ottica delle reti
- Il dialogo aperto tra famiglie e servizi

Con la partecipazione straordinaria di: *Miguel Benasayag* (autore di «*L'epoca delle passioni tristi*»).

Destinatari

Dirigenti e coordinatori di Servizi, assistenti sociali, geriatri, infermieri, altri operatori sanitari, psicologi, educatori professionali, volontari e familiari esperti.

Direzione scientifica

Pierpaolo Donati (Università di Bologna)

Fabio Folgheraiter (Università Cattolica di Milano)

Coordinamento scientifico

Nicoletta Pavesi (*Università Cattolica di Milano*)

(info: <http://www.convegni.ericsson.it/latutela-deglianziani/programma-2>)

Progetto MATTONE INTERNAZIONALE - WORKSHOP

Salute 2020: un nuovo approccio per la salute e il benessere in Europa

Roma 17-18 ottobre 2013

L'evento, organizzato nell'ambito del progetto Mattone Internazionale - MI, vede il coinvolgimento di alcuni esperti dell'Ufficio Europeo per gli investimenti in Salute e Sviluppo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per un'analisi approfondita e dibattito sulla nuova politica di riferimento europea "Salute 2020".

In particolare il workshop intende fornire una chiara comprensione delle sfide e delle opportunità delineate in Salute 2020 per le Regioni italiane nel migliorare la salute della popolazione, ridurre le iniquità di salute causate da fattori sociali, garantire sistemi sanitari centrata sulla persona, universali, equi, sostenibili e di elevata qualità.

Tra le tematiche oggetto di specifico approfondimento:

1. La sostenibilità sociale ed economica dei sistemi sanitari europei "universalistici" di fronte alla attuale crisi economica;
2. l'approccio multisettoriale alle malattie croniche;
3. le malattie trasmissibili;
4. I gruppi vulnerabili: i bisogni della popolazione residente e migrante.

II Corso di Formazione Internazionale Florence International Training Course Firenze 17-22 novembre 2013

Regione Toscana in collaborazione con l'Uffi-

cio Europeo OMS “Investment for Health and Development” con sede a Venezia

Obiettivi del Corso

Discutere le evidenze scientifiche relative all'impatto della crisi economica sulla salute e la qualità della vita.

Discutere le strategie attraverso cui le politiche sanitarie, sociali ed economiche stanno affrontando le sfide della crisi a livello locale, nazionale e internazionale.

Condividere le azioni finalizzate a minimizzare gli effetti negativi della crisi sulla salute lavorando su: equità, solidarietà e resilienza e rinforzando le governance per la salute.

Moduli del Corso

1. impatto della congiuntura economica sulla salute in Europa (gruppi vulnerabili, sistemi sanitari, malattie croniche e infettive, incidenti e salute mentale);
2. le politiche a livello locale, nazionale e internazionale (interventi di sanità pubblica e promozione della salute, politiche fiscali, politiche del lavoro e reti sociali, politiche per la salute dei migranti);
3. buone pratiche provenienti da diverse Regioni europee;
4. i programmi di intervento a livello locale (interventi efficaci attuati dalle Municipalità in Europa);
5. approcci “whole-of-government and whole-of society” in tempi di crisi economica.

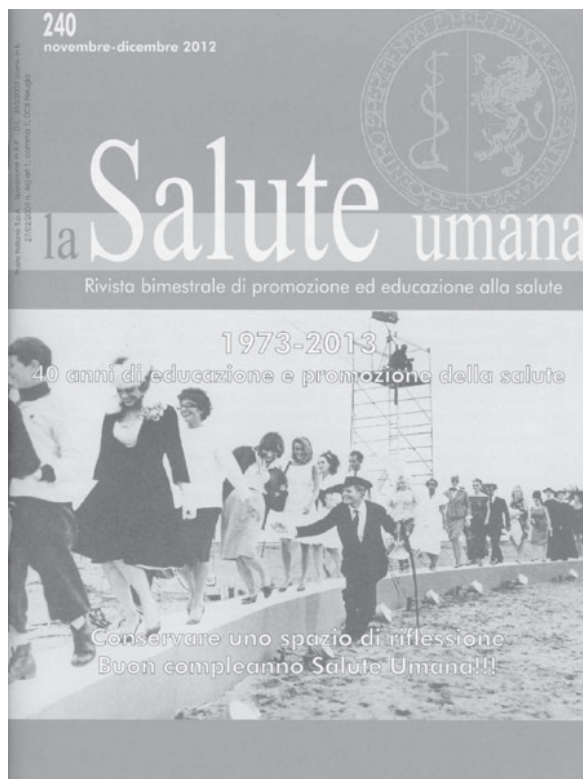
Il Corso si ispira ai principi ed ai valori sottesi agli indirizzi politici sottesi a HEALTH 2020 e si svolge in stretto legame con i Network OMS “Regions for Health” e “Healthy Cities”

di aumentare le avvertenze sulla pericolosità del tabacco poste sui pacchetti di sigarette. Michael Sparks, Presidente dell'Unione Internazionale di promozione della salute e l'istruzione (IUHPE) ha detto che il Comitato della Conferenza e più di 1.000 delegati provenienti da 81 paesi intendono fortemente sostenere il Ministero della Salute della Thailandia nel suo sforzo di proteggere i bambini thailandesi e giovani dalla dipendenza da tabacco. Aumentare le avvertenze illustrate sui pacchetti di sigarette dal 55% all'85% è una misura fondamentale per educare il pubblico sul pericolo del consumo di tabacco e moltiplica l'efficacia di altre politiche di controllo del tabacco, quali la fiscalità e ambiente privo di fumo. “Mezzo secolo di ricerca ha dimostrato che il tabacco è il prodotto più letale disponibile legalmente in tutto il mondo. Uccide sei milioni di persone ogni anno. E' responsabilità del governo di una nazione regolamentare i prodotti del tabacco e proteggere la salute della sua popolazione. Misure forti di controllo del tabacco sono molto in linea con il tema della Conferenza Mondiale IUHPE “Migliori investimenti per la salute” che sottolinea la necessità di sviluppare l'economia, la produttività, la salute e il benessere del popolo. Poiché la Thailandia è un Paese modello con forti misure di controllo del tabacco ed è parte del WHO FCTC (Framework Convention on Tobacco Control), credo che il motivo per cui l'industria del tabacco si muove contro la Thailandia è perché non vogliono che essa apra la strada ad altri nell'aumentare fino all'85% la dimensione delle avvertenze illustrate sui pacchetti di sigarette. Hanno paura che altri Paesi la seguano il che porterà all'ulteriore declino delle vendite”.

Giancarlo Pocetta

NOTIZIE IUHPE

Nel corso della recente Conferenza Mondiale IUHPE tenutasi in Thailandia, il Ministero della Salute Thaiandese ha chiesto il supporto della comunità internazionale per la lotta contro le interferenze che l'industria del tabacco sta frapponendo alla decisione



la Salute umana

Testata bimestrale del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria
Università degli studi di Perugia

Direttore responsabile Maria Antonia Modolo

Edita dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Per informazioni e abbonamenti:

Centro sperimentale per l'educazione sanitaria

via del Giochetto, 6 , 06126 Perugia - tf. 075.5857355-57

e-mail: tinarelli@antropologiamedica.it / paola.beatini@unipg.it



AM

Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica

Testata semestrale della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Realizzata con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo &

Territorio della Università degli Studi di Perugia

Direttore responsabile Tullio Seppilli

Per informazioni: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Strada Ponte d'Oddi, 9 (ex Monastero Santa Caterina vecchia), 06125 Perugia

Tel. 075 41.508 - Fax 075 584.0812

OSSERVATORIO PERMANENTE SUI GIOVANI E L'ALCOOL®



L'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool nasce nel marzo 1991 con l'intento di raccogliere e mettere a disposizione della comunità scientifica e della collettività nazionale informazioni e scientificamente attendibili sulle modalità di consumo di bevande alcoliche e sulle relative problematiche nella popolazione giovanile italiana.

In questi anni la missione dell'Osservatorio è stata quella di promuovere ricerche, in un'ottica di integrazione interdisciplinare finalizzata ad ottenere una visione globale del fenomeno. A partire da un approccio bio-psico-sociale delle problematiche alcool correlate, l'Osservatorio ha voluto integrare ed allargare la dimensione "sanitaria" del problema approfondendo gli aspetti psicosociali ed antropologico-culturali dei comportamenti individuali e collettivi, compresi gli aspetti economici e quelli politico-legislativi.

Ispirandosi ai principi dell'"alcologia sociale" che, specie a livello europeo, trova sempre più consensi, l'Osservatorio ha esercitato un ruolo primario nell'identificare strategie di prevenzione dell'eccedenza efficaci e consapevoli delle differenze culturali e comportamentali.

La crescente attenzione per le problematiche alcool correlate ha posto l'esigenza di strutturare maggiormente l'Osservatorio dal punto di vista organizzativo, ampliando il numero dei suoi partner.

I mutamenti delle realtà giovanili e la crescente globalizzazione hanno inoltre reso necessario un allargamento delle tematiche ai comportamenti alimentari e agli stili di vita dei giovani ed un rafforzamento del network europeo, per garantire la realizzazione di ricerche comparate e l'elaborazione di strategie di prevenzione adattabili in diversi paesi.

In questa ottica una sempre maggiore enfasi verrà posta sulla promozione di collaborazioni internazionali che permetteranno il confronto e lo scambio di esperienze e la collaborazione reciproca fra strutture ed esperti ai massimi livelli.

Obiettivi

Nel fornire aggiornate informazioni sul comportamento connesso al bere della popolazione l'Osservatorio vuole essere:

- Uno strumento per operatori e policy makers del settore
- Un'affidabile fonte di interpretazione sul consumo d'alcool e politiche sociali
- Un'agenzia permanente di valutazione e monitoraggio dei fenomeni delle misure preventive

Il complesso di queste attività è finalizzato alla promozione di un consumo d'alcool responsabile. In quanto laboratorio di riflessione sulle fenomenologie di consumo legate all'alcool, l'Osservatorio si pone in particolare i seguenti obiettivi:

- Fornire in modo permanente dati ed informazioni aggiornate sui comportamenti degli italiani nei confronti del bere
- Promuovere fra le varie fasce e categorie della popolazione italiana un comportamento responsabile nei confronti dell'alcool
- Contribuire a prevenire i consumi smodati, gli eccessi e l'insieme dei comportamenti a rischio legati all'assunzione di alcool
- Contribuire a sviluppare e definire politiche alcol correlate più efficaci, attraverso una maggiore attenzione alle caratteristiche regionali delle comunità locali di auto regolarsi

Presidente onorario: Umberto VERONESI

Presidente: Giancarlo TRENTINI

Vice-Presidenti: Michele CONTEL, Amedeo COTTINO

Presidente del laboratorio scientifico: Enrico TEMPESTA



Finito di stampare nel mese di settembre 2013

Norme editoriali

La rivista pubblica

- 1) Editoriali
- 2) Contributi originali: a) articoli originali; b) rapporti di esperienze; c) atti di convegni
- 3) Recensioni e schede
- 4) Documenti
- 5) Notiziario

Editoriali, recensioni, schede, documenti e notiziario vengono curati o richiesti dal Comitato di Redazione.

L'accettazione dei contributi originali è subordinata al giudizio del Comitato di Redazione e del Comitato Scientifico.

I contributi, anche dei lavori non pubblicati, non verranno restituiti. Gli articoli impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

E' riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale, senza citarne la fonte.

I rapporti di esperienze debbono seguire il seguente schema: obiettivi, metodi e strumenti, risultati.

Gli Articoli dovranno pervenire alla Redazione su supporto cartaceo e magnetico o per e-mail, utilizzando un formato di tipo diffuso (ambiente windows).

Debbono avere nella prima pagina il nome e cognome degli Autori, il titolo, le parole chiave in italiano e in inglese, il riassunto in 20 righe in italiano e inglese (articolato in obiettivi, metodologia, risultati), e l'indicazione dell'Istituto o Ente o Organizzazione in cui gli Autori operano.

La Bibliografia sarà redatta secondo il Vancouver Style.

Su foglio a parte andrà specificato il nominativo con relativo indirizzo dell'Autore di riferimento.

Table e figure e grafici non devono di norma eccedere il numero di 5. Ogni tabella/grafico/figura dovrà essere redatta su foglio separato, numerata consecutivamente secondo l'ordine di citazione del testo e corredata da titolo e/o didascalia.

Documenti e comunicazioni devono essere inviati a:

Redazione di "Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute"
c/o Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia
via del Giochetto, 6 / 06126 Perugia
tel 075.5857357-56-55 - fax 075.5857361
e-mail: redriv@unipg.it - paola.beatini@unipg.it