



PAGINE DI BENESSERE

Spunti di riflessione



ASL Brescia

PAGINE DI BENESSERE
Spunti di riflessione

ASL di Brescia

ASL di Brescia

Progetto a cura della
Direzione Generale dell'ASL di Brescia

Redazione a cura di:
Laura Antonelli
Umberto Gelatti

In copertina:
foto di Carmelo Scarcella

Progetto grafico e impaginazione:
Officina delle idee di Cherubini Ennio - Cigole (BS)

Finito di stampare:
Dicembre 2010 - Tipolitografia Fantigrafica (CR)

ASL di Brescia
Sede Legale: Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia
Tel. 030.38381 – Fax 030.3838233

*Ogni utilizzo del materiale contenuto in questo libro, diverso da quello previsto,
deve essere preventivamente autorizzato dall'ASL di Brescia*

PAGINE DI BENESSERE

Spunti di riflessione



Regione
Lombardia

ASL Brescia

Hanno collaborato:

Carmelo Scarcella
Direttore Generale ASL di Brescia

Valerio Boschi
Direttore Sanitario, Terme di Sirmione

Francesco Brescianini
Veterinario, ASL di Brescia

Luca Camerini
*Ph.D Student, Scientific Collaborator, Institute of Communication and Health,
Università della Svizzera Italiana*

Sara Campagna
Medico, Marathon Centre Brescia

Maria Pia Colli
Medico, Terme di Sirmione

Fiorenza Comincini
*Pedagogista, Responsabile Servizio Educazione alla Salute e attività sperimentali,
ASL di Brescia*

Nicola Diviani
*Ph.D Student, Scientific Collaborator, Institute of Communication and Health,
Università della Svizzera Italiana*

Francesco Donato
*Professore Ordinario, Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Univer-
sità degli Studi di Brescia*

Luigi Dotti
Psicologo, Psicoterapeuta, ASL di Brescia

Luigia Favalli
Professore associato di farmacologia associata - Università di Pavia

Nadia Galli
*Administrative Manager, Scientific Collaborator, Institute of Communication and
Health, Università della Svizzera Italiana*

Umberto Gelatti
*Professore associato, Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Univer-
sità di Brescia*

Rosella Levaggi
Professore ordinario, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Brescia

Roberta Lovati
Medico, Presidente del Centro Italiano Studi delle Medicine Orientali (C.I.S.M.O.)

Georgia Martignone
Medico, Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Brescia

Sergio Perini
Medico, Presidente Unione Medici Agopuntori Bresciani (UMAB)

Marta Provasi
Antropologa, consulente socio-antropologica ASL di Brescia

Gabriele Rosa
Direttore Generale, Marathon Centre Brescia

Huber Rossi
Medico, Marathon Centre Brescia

Peter J. Schulz
Full Professor, Director of Institute of Communication and Health, Università della Svizzera Italiana

Mauro Vaccarezza
Professore Associato, Università di Cassino (FR), Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute

Anna Villarini
Ricercatore Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Marco Vitale
Professore ordinario, Università di Parma, Dipartimento di Anatomia, Farmacologia e Scienze Medico-Forensi, Sezione di Anatomia Umana

Anna Zanardi
Ph.D, Psicologa e psicosomatista, psicoterapeuta, Consulente Terme di Sirmione

INDICE

Presentazione	9
Il concetto di benessere: mito o realtà?	11
Il benessere tra individuo e società	19
Gli aspetti psicologici del benessere	29
Il ruolo della prevenzione e del benessere nel “fiume della vita”	43
Alimentazione e benessere	59
I benefici della prescrizione di un’attività fisica individualizzata	71
Acqua e benessere	85
Gli integratori alimentari: risposte alla domanda di benessere senza rischi per la salute?	97
Il benessere che viene dalle spezie	107
Le medicine orientali per il benessere dell’individuo	115
Uomo e animale: la relazione interspecifica come apportatrice di benessere	139
L’impatto del clima sul benessere: implicazioni per il singolo e per la comunità	151
Economia del benessere	159
Quando il benessere va in onda: effetti, distorsioni, implicazioni	171

Presentazione

Per chi si occupa di tutela della salute pubblica uno dei concetti cardine che nel tempo è andato incontro a profonde modificazioni nell'essenza stessa del suo significato è sicuramente quello di benessere: molto cammino è stato fatto dagli albori in cui esso coincideva o al massimo era considerato "il figlio minore" del concetto di salute intesa come semplice assenza di malattia.

In questa evoluzione concettuale è diventato inoltre sempre più evidente quanto fosse importante il coinvolgimento di altri "saperi", di altre competenze, al di là di quelle che da sempre si occupavano di questo argomento. E così ecco diventare rilevanti, oltre a quelli di natura prettamente sanitaria, anche contenuti di natura sociologica, antropologica, psicologica, economica.

In questa prospettiva giova ricordare che anche Regione Lombardia nel Piano Socio Sanitario regionale mira a promuovere strategie educative e preventive complessive e sinergiche per l'implementazione di azioni nei diversi settori di intervento per la promozione del benessere dei suoi cittadini.

Parlando di questo tema non è possibile però non notare come siano possibili "strumentalizzazioni" di questa nobilissima idea e pertanto, in quest'ottica, risulta strategica una collaborazione tra professionisti, istituzioni, stakeholders vari e media per la diffusione di una corretta informazione che tuteli i cittadini da possibili rischi non solo di tipo sanitario, ma anche di natura economica.

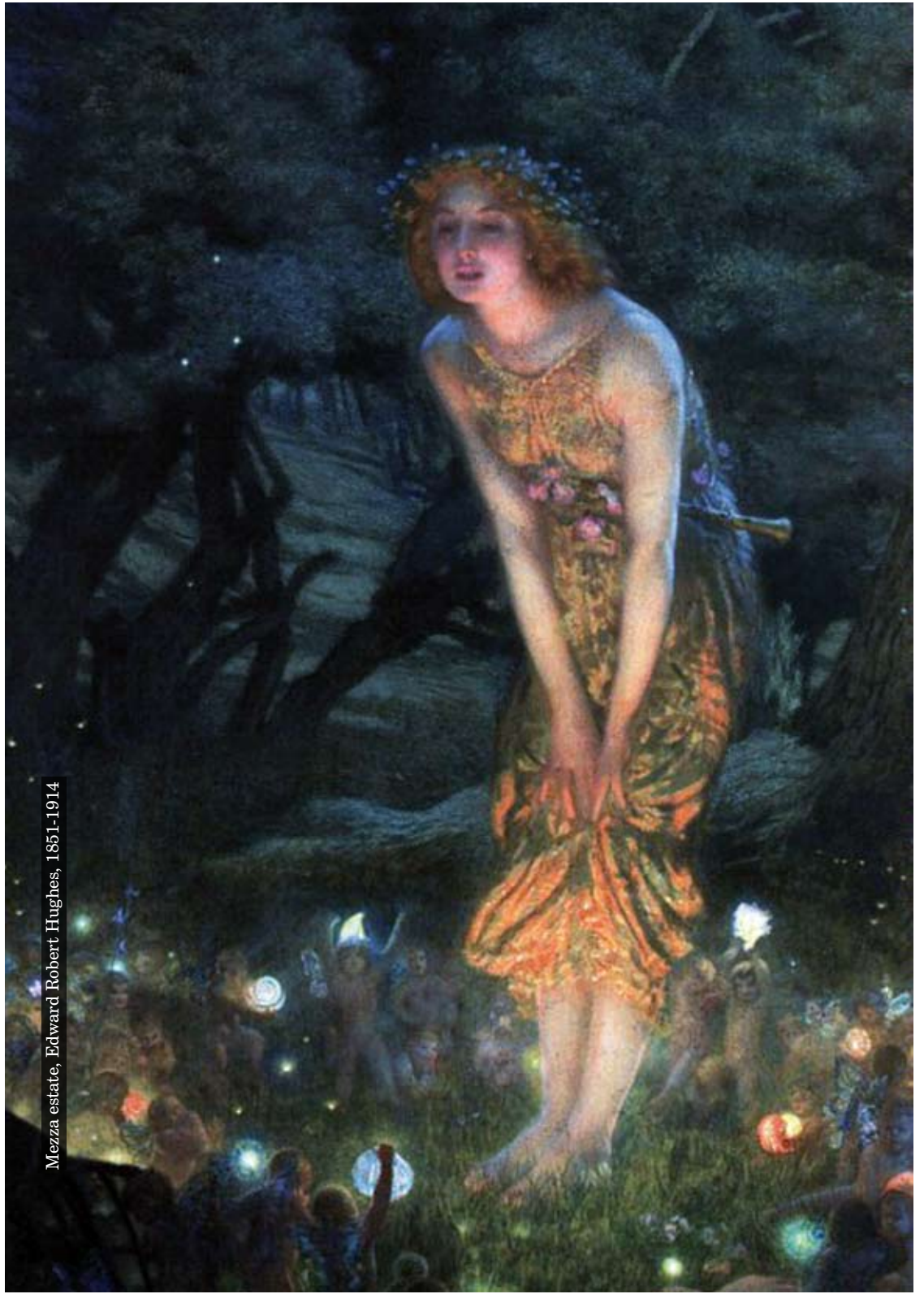
Può essere infine interessante sottolineare come il concetto di benessere, forse ancor più che quello di salute, ben si presti a rappresentare un punto d'incontro tra medicina occidentale e medicine orientali.

Il presente volume si propone di presentare una panoramica sul complesso e sfaccettato "mondo" legato all'idea di benessere attraverso alcuni spunti di riflessione di carattere umanistico e scientifico con l'intento di aumentare la comprensione dell'importanza di un approccio "olistico" e, allo stesso tempo, multidisciplinare nella tutela di questo valore prezioso che è il "benessere".

Luciano Bresciani

Assessore alla Sanità Regione Lombardia

Mezza estate, Edward Robert Hughes, 1851-1914



IL CONCETTO DI BENESSERE: MITO O REALTÀ?

Carmelo Scarcella

*“Non è la più forte delle specie che sopravvive,
né la più intelligente, ma quella più reattiva ai cambiamenti”*

Charles Darwin
(L'origine delle specie, 1859)

Nessuna società ha esaltato il benessere quanto quella moderna, tanto che tutto, nella vita sociale e nelle politiche pubbliche, sembra essere giustificato se e nella misura in cui contribuisce ad aumentare il benessere (Secondulfo, 2000). Gli sforzi socio-politici sembrano tesi al raggiungimento di un “benessere allargato”, onnicomprensivo di tutte le dimensioni del benessere, materiali e non-materiali, che vanno da quelle inerenti i bisogni primari (salute, abitazione, alloggio, ecc.), a quelle psicologiche (sentirsi bene in termini di stati d'animo e di soddisfazione soggettiva), a quelle culturali e sociali (avere relazioni umane positive).

Dal soddisfacimento dei bisogni primari, tradizionalmente garantiti a tutta la popolazione dallo “stato sociale”, si è passati ad una sorta di personalizzazione e sofisticazione del welfare per cui il pacchetto standard si è nel tempo allargato ad un insieme di garanzie di reddito, di istruzione, di servizi per la salute, di servizi sociali alle persone in difficoltà, di un alloggio decente, di una tassazione equa, di pari opportunità di genere, di un clima di socializzazione adeguato per i figli (Secondulfo, 2000).

È stata l'assunzione di questi nuovi riferimenti a far sì che la modernizzazione portasse con sé un'idea di benessere di altro tipo. La scienza, soprattutto quella medica, sembra essere andata incontro a tale necessità. I nuovi valori di riferimento sono diventati "le differenze individuali", i "casi individuali", le nuove "dimensioni soggettive delle malattie" fino a riconsiderare il ruolo dell'individualità e della singolarità ai fini della terapia più adatta. Gli orientamenti terapeutici più avanzati, proprio considerando l'importanza della variabilità individuale, si sono spinti a definire addirittura una disciplina come la farmacogenomica che concepisce la terapia non più mirata alla malattia ma alla specificità del malato. Sull'altro fronte, i pazienti pongono richieste sempre più sofisticate, ambiscono ad una medicina quasi "sartoriale", cioè sempre più "a propria misura" (soprattutto alla luce delle scoperte sul genoma umano), richiedono prestazioni sanitarie solo perché offerte ad altri, "sfidano il medico" sulla base di una presunta conoscenza della materia per lo più acquisita in Internet, decidono in assoluta autonomia come curarsi e dove curarsi, affacciandosi anche sul mercato delle prestazioni sanitarie low-cost (turismo sanitario per cure odontoiatriche, terapie termali, ecc.).

L'affermazione di valori post-materiali, con un accento sull'autonomia individuale, sull'introspezione e sulla realizzazione della propria personalità, ha indirizzato la sensibilità e l'interesse delle persone verso nuove pratiche salutistiche riconducibili, in senso lato, al concetto di salute "olistica", di cura del corpo e dell'anima, contrapposte all'approccio tradizionale medico-biologico. Nel tempo, accanto ai medici "convenzionali" si sono affermate nuove figure di professionisti della salute, tra cui omeopati, naturopati, iridologi, agopuntori, massaggiatori shiatsu, pranoterapeuti, osteopati e kinesiologi, e così via. Si è assistito alla fioritura di terapie "alternative", recupero di saperi più o meno antichi, che tornano, spesso dopo essersi "occidentalizzati" spogliandosi del loro bagaglio spirituale e metafisico, ad allargare le vie di fuga dal disagio del vivere (Secundulfo, 2000). Anche nei loro nomi - medicina alternativa, medicina integrativa, medicina delle energie, medicina corpo-mente, medicina naturale - sottolineano una propria specificità, diversa e contrapposta, alle vie della salute tracciate dalla medicina convenzionale. Si è, inoltre, assistito ad una forte spinta consumistica verso l'utilizzo di una vera e propria costellazione di integratori alimentari, prodotti di origine più o meno naturale venduti come integratori di un benes-

sere ideale che i media pubblicizzano come alla portata di tutti ma che, proprio perché ideale, rimane irraggiungibile.

Al paziente-consumatore i media, e in particolare il mondo di Internet, propongono sullo stesso piano un panorama ampio e variegato di offerta di benessere, che va dalla medicina convenzionale a tutto ciò che le si contrappone.

Particolarmente vulnerabili a questi rischi sembrano essere alcune fasce della popolazione, come ad esempio gli adolescenti, tanto che nel 2006 Smith et al. introdussero il termine di “cyberchondriacs”, sostenendo che coloro che cercano informazioni sulla salute in Internet, non solo corrono il rischio di trovare informazioni inesatte e provare un’inutile ansia, ma anche di essere “sfruttati” economicamente.

Va tenuto in considerazione, però, che la contrapposizione tra le diverse medicine e la discordanza delle informazioni sulla salute derivate dai media, possono essere sanate dal comportamento auto-direttivo e autonomo del paziente-consumatore. Questo è il risultato di vari fattori tra cui il processo di responsabilizzazione dei pazienti, la diffusione globale e bloggale di informazioni di salute sul web, il passaggio dal venditore tradizionale di prodotti per la salute, il farmacista, al supermercato, l’accreditamento di numerosi operatori della salute alternativi al medico. In altre parole, mentre le varie “medicine” si contrappongono o si ignorano, molti pazienti-consumatori, già da tempo, nelle scelte curative individuali, oppure in risposta a bisogni del momento e a mode, si spostano fluidamente dall’una all’altra medicina operando strategie sempre più sinergiche e poco curandosi, nella pratica, delle eventuali incompatibilità tra i vari “rimedi” seguiti. Nonostante la conoscenza limitata delle varie tipologie di medicine, in assoluta autonomia scelgono la cura da seguire in base alla gravità percepita del sintomo, in una sorta di bilancio costo-benefici in cui il costo spesso è ignorato e i benefici creduti certi, se non altro perché se il rimedio alternativo “non fa bene, comunque male non fa”.

Risulta evidente come ormai sia stato abbandonato il bianco/nero della dicotomia salute/malattia e come l’attenzione ora sia rivolta al grigio dello spazio che le separa, continuum di stati psicofisici, più o meno gradevoli, che congiungono i due estremi, e all’interno dei quali scorre gran parte della vita di ciascuno. È in quest’area

“grigia”, in cui il malessere può essere fatto anche di stati d’animo e non solo di stati fisici, che si esplica larga parte dell’azione del mercato del benessere. Un mercato in continua espansione nel quale si possono operare strategie di marketing vere e proprie, come la declassazione di farmaci ad integratori alimentari per aumentarne le vendite e per poter sfruttare la pubblicità, vietata per i farmaci. Un mercato in cui si esplica l’azione di pazienti “sperimentalisti ed innovativi” e di quella che viene chiamata la “medicina del quotidiano” (Secundulfo, 2000).

Benché le possibilità offerte per raggiungere il benessere appaiano davvero tante, variegata e più o meno reali, i modelli sociali attuali sembrano però andare nella direzione opposta, in una realtà, soprattutto in campo giovanile, caratterizzata ancora da un forte disagio, da tante forme di dipendenza, da nuove forme di violenza e da comportamenti a rischio, che fanno dubitare sulla reale volontà di perseguire il benessere. Sembra quasi che il malessere accompagni inevitabilmente i processi di modernizzazione, come se la società moderna si reggesse, strutturalmente e culturalmente, sul paradosso di cercare il benessere e di produrre, contemporaneamente, il malessere (Secundulfo, 2000). L’esistenza ordinaria che si vive sembra essere pervasa da un malessere sottile, o quantomeno dalla insoddisfazione diffusa per un benessere che appare come un miraggio. Questo spiegherebbe il fatto che solo un italiano su cinque dichiara di essere pienamente soddisfatto della vita che conduce (Eurobarometer Surveys, 2001).

Si comprende, quindi, come lo “stare bene” possa non coincidere con il “sentirsi bene” e come, in questo senso, gli indicatori tradizionali di salute forniscano solo una descrizione parziale della salute di una popolazione. Per una valutazione realmente completa, la percezione dello stato di salute rappresenta un importante riferimento in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute, come stato di “completo benessere fisico, mentale e sociale”, così come l’aveva inteso, fin dalla sua costituzione, l’Organizzazione Mondiale della Sanità. La relazione tra salute e qualità della vita percepita è stata, sin dagli anni Ottanta, oggetto di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi, quali la mortalità e la morbosità (Studio "PASSI", 2005). L’auto-valutazione dello stato di salute si è dimostrato essere un predittore di mortalità

importante anche rispetto alla presenza di oggettivi problemi di salute e di fattori di rischio biologici o legati allo stile di vita (Pisinger, 2009). Lo stato di salute percepito risulta infatti spesso correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche, sia ai loro fattori di rischio.

Fallito, quindi, il modello di “massificazione del benessere”, dove la “produzione” del benessere si è identificata con il raggiungimento di elevati livelli di consumo di fasce sociali sempre più ampie e con la disponibilità globale di prodotti e servizi, forse è giunto il tempo di percorrere la strada inversa e pensare ad impostare un modello di benessere fatto su misura dell’individuo. Non un benessere uguale per tutti, quindi, ma strumenti tali per cui tutti risultino avere uguali probabilità di perseguirlo, in modo diverso secondo le proprie esigenze e le proprie caratteristiche.

Di certo è giunto il tempo di pensare alla salute della popolazione anche come salute percepita, introducendo, accanto ai più comuni indicatori sanitari, anche strumenti di misurazione del benessere soggettivo. Questi dati potrebbero indirizzare sia le politiche sanitarie sia quelle non sanitarie, essendo ormai chiaro che il benessere dei cittadini è una responsabilità complessa che coinvolge tutti i settori e che prevede anche l’attivazione di politiche del lavoro, previdenziali, redistributive, assistenziali e ambientali (Sconza, 2005)

Bibliografia

Cavicchi I. *Benessere: un'idea da modernizzare*. Keiron, Farindustria, 1999

Constitution of the World Health Organization, 2006, www.who.int

Eurobarometer Surveys, 2001, http://ec.europa.eu/public_opinion/cf/index_en.cfm

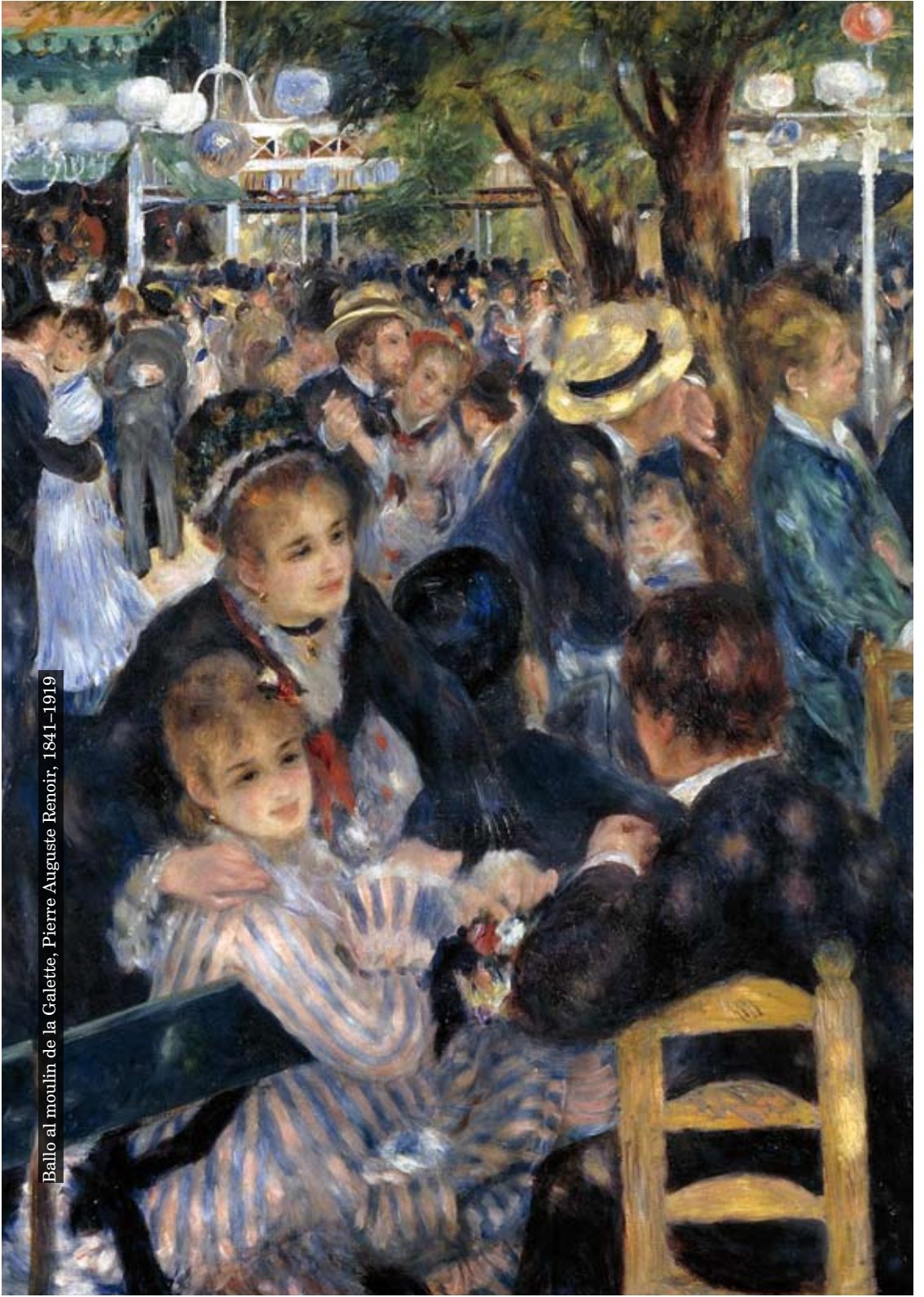
Massarenti A. *Una normale felicità*. Keiron, Farindustria, 1999

Pisinger C. et al. *The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population. The Inter99 study*. *Preventive Medicine* 2009; 49: 418–423

Sconza F. et al. *Studio "PASSI" - Lo stato di salute percepito*. *Bollettino Epidemiologico Nazionale - Notiziario ISS - Vol. 18 - n. 12, Dicembre 2005*

Secondulfo D. (A cura di). *Trasformazioni sociali e nuove culture del benessere*. Francoangeli, 2000

Smith P.K., Fox A.T., Davies P., Hamidi-Manesh L. *Cyberchondriacs*. *Int J Adolesc Med health* 2006; 18(2):209-13



Ballo al moulin de la Galette, Pierre Auguste Renoir, 1841-1919

IL BENESSERE TRA INDIVIDUO E SOCIETÀ

Marta Provasi

Nel rapporto della Commissione Salute dell'Osservatorio europeo su sistemi e politiche per la salute, a cui partecipa il distaccamento europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è stata proposta la definizione di benessere come "lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società". Come si legge nel rapporto, tutti e cinque gli stati sono importanti, ma ancora più importante è che siano in equilibrio tra loro. Quindi, tutte le componenti dell'Essere Umano devono essere coinvolte per il raggiungimento di un reale stato di benessere.

Adottando questa prospettiva l'evoluzione del concetto di benessere va a interagire, sempre più ampiamente, con la dimensione della qualità della vita.

I popoli dell'America Latina, per indicare il benessere, utilizzano il "benvivere", poiché la loro cultura attribuisce maggiore valore alla qualità della vita, ai diritti, all'ambiente e non solo all'individuo. E sono proprio questi i valori importanti da recuperare dato che nella nostra società il termine "benessere" è spesso utilizzato unicamente come sinonimo di agiatezza sociale. L'impegno primario assunto dall'OMS è di pubblicizzare la salute come fonte di vita che spinge al benessere. L'obiettivo è il perseguimento di una promozione della salute capace di portare l'individuo a una condizione di vita complessivamente buona, sia da un punto di vista corporeo individuale sia dal punto di vista ambientale collettivo. Le condizioni di vita dovranno essere "sicure" sotto ogni punto di vista, personale, relazionale, lavorativo, ambientale e tecnologico.

Un'attenzione particolare deve essere posta agli effetti che ha l'ambiente sul benessere dell'individuo ed è necessario arrivare a garantire strategie mirate così da indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività.

Partendo da questa nuova prospettiva, negli ultimi anni l'ambito sanitario è stato caratterizzato da un modello bio-psico-sociale per cui l'attività umana viene definita attraverso una dimensione olistica, comprensiva, cioè, sia delle dimensioni biologiche, sia psicologiche sia sociali.

L'aver allargato il concetto di benessere dell'individuo anche alla qualità delle relazioni che intrattiene con l'ambiente è stato il punto di svolta che ha permesso di allontanarsi dalla precedente visione meccanicistico-positivistica della medicina classica.

Risulta quindi evidente, come sostengono Nadia Ferretti e Lilian Pizzi, che il concetto di benessere debba essere inteso non come condizione esclusivamente soggettiva, quanto come dimensione realizzabile all'interno di uno spazio sociale, frutto di un processo di interazione e mutua influenza tra benessere individuale e comunitario (Pizzi, 2010).

È dunque necessario riaprire la questione del benessere sociale, coniugandola in termini adeguati all'era planetaria, sia per contrastare eventuali nuovi rischi sia per perseguire nuovi obiettivi possibili di qualità sociale e qualità della vita.

Prima di proporre una riflessione su quella che è la situazione attuale riguardo al benessere sociale nella nostra società è propedeutico rivedere sinteticamente quali sono stati nella storia i modelli di stato sociale che sono stati teorizzati e messi in atto per garantire livelli di benessere sociale più o meno standardizzati e diffusi.

Nel modello liberale (welfare residuale) i diritti sociali derivano dalla dimostrazione dello stato di bisogno: accedono ai servizi offerti dallo stato solo i bisognosi meritevoli, una volta accertato il loro reale stato di bisogno. I servizi pubblici, infatti, non vengono forniti indistintamente a tutti, ma solo a una fascia precisa di destinatari (da qui residuale). Per tutti gli altri cittadini, la maggioranza, tali servizi sono acquistabili sul mercato privato. Questa impostazione riduce al minimo l'impegno dello stato, rendendo i rischi sociali di competenza dell'individuo.

Nel modello conservatore (welfare particolaristico) i diritti derivano

dalla professione esercitata: le prestazioni sono legate al possesso di alcuni requisiti lavorativi e all'appartenenza a una determinata azienda.

Nel modello socialdemocratico (welfare universalistico) tutti i cittadini, in quanto tali, hanno diritto ad un livello standard, definito politicamente, di servizi sociali.

Lo stato sociale (welfare state) è stata la risposta (teorizzata da lord Beveridge durante la seconda guerra mondiale) al problema della produzione di beni di utilità sociale, intesi come beni pubblici.

L'idea di fondo era quella di contrastare le cinque criticità principali della società contemporanea: povertà, malattia, ignoranza, squallore e disoccupazione. Questo modello prevedeva un complesso sistema di sicurezza sociale per intervenire in aiuto del cittadino in caso di necessità, attraverso l'erogazione di assegni familiari, sussidi per disoccupazione, malattia e infortuni, pensioni di anzianità e invalidità e l'attivazione di un sistema sanitario nazionale.

Lo stato sociale, sostenuto attraverso il prelievo fiscale e la produzione standard di beni pubblici (sistema socio-sanitario, previdenza retributiva, scuola pubblica) si basa sull'equilibrio tra domanda e offerta di servizi.

Oggi ci troviamo in una situazione di crisi dello stato sociale, che non è dovuta solo all'inefficienza dello stato nel produrre beni sociali, né di per sé ai costi del settore dei servizi sociali, bensì può essere riconducibile alla domanda crescente di servizi per ragioni demografiche e socio-economiche, alla sofisticazione e alla differenziazione dei bisogni sociali (anche a seguito delle aspettative accresciute dallo stato sociale) e ai comportamenti opportunisti e di moral hazard da parte dei beneficiari dei servizi di welfare.

La crisi dello stato sociale è dunque essenzialmente una crisi di legittimità derivante dall'impossibilità di soddisfare, con beni pubblici indifferenziati, una domanda che si è andata sempre più differenziando e personalizzando.

Nell'ambito di questo quadro socio-economico, è possibile affermare, come sostiene Marco Ingrosso, che la nostra società sta attraversando un momento in cui siamo senza benessere sociale (Ingrosso, 2003).

Se infatti si esaminano tre grandi aree della vita sociale, quella delle condizioni di vita, quella dei rapporti sociali, quella della cultura e della comunicazione, si constata che l'era planetaria comporta

l'aprirsi di un insieme di nuovi rischi, ossia di minacce inedite sia in termini quantitativi sia qualitativi.

I processi di globalizzazione economica, di individualizzazione, di inclusione ed esclusione, dei conflitti multiculturali e della diffusione della multimedialità hanno delle conseguenze prevedibili, in termini di malessere personale e sociale.

Potremmo oggi addirittura essere in una situazione di assenza del benessere sociale perché la sua percezione si annebbia nel senso comune, nelle rappresentazioni sociali, nel dibattito politico (Ingrosso, 2003).

Mentre lo sviluppo del welfare, nel corso del novecento, si basava sul presupposto che il benessere individuale fosse strettamente dipendente da quello collettivo, nell'attuale era planetaria si diffonde l'idea che lo "star bene" individuale sia concorrenziale verso quello altrui e, ancor più, che esso diventi un "lusso" riservato ai soggetti e ai momenti di "successo".

Visione questa che si discosta in maniera netta da alcuni dei presupposti fondamentali presi in considerazione dalle più significative teorie sul benessere sociale che si riportano di seguito così come Margherita Monti le ha sintetizzate in "Stile repressore e benessere".

La definizione di benessere sociale di McDowell e Newell fa riferimento essenzialmente ai rapporti del soggetto con coloro che interagiscono con lui e include tre componenti principali: le relazioni del soggetto con le altre persone, il comportamento degli altri nei confronti del soggetto, le interazioni con le istituzioni sociali e le norme della società. In questa teoria possiamo individuare due aspetti principali che contribuiscono a migliorare lo stato di benessere: l'adattamento sociale (che comprende la soddisfazione per le relazioni, la prestazione nell'ambito di ruoli sociali e l'adattamento all'ambiente) ed il sostegno sociale, che include il numero e la qualità delle relazioni sociali (McDowell, 1987).

Anche Keyes parte dal presupposto che gli individui sono inseriti all'interno di strutture sociali, nell'ambito delle quali devono affrontare compiti e sfide. L'autore individua cinque fattori principali: l'integrazione sociale (il senso di appartenenza alla comunità), l'accettazione sociale (la valutazione del proprio valore nella società), il contributo sociale (la valutazione della propria responsabilità sociale), la realizzazione della società (la "credenza" che la società

abbia delle potenzialità realizzabili dalle istituzioni e dai cittadini) e la coerenza sociale (la percezione della qualità e dell'organizzazione del mondo sociale) (Keyes, 1998).

Il livello di benessere sociale più elevato consente di percepire la società come un elemento positivo, di aiuto per l'individuo, e non come un elemento ostile, dal quale difendersi soltanto.

Anche secondo la teoria del benessere sociale basata sul senso di comunità, l'esperienza di "stare bene" include la consapevolezza di essere parte di un'entità più ampia, nel cui ambito sia possibile sperimentare relazioni positive caratterizzate da fiducia ed in cui la propria appartenenza abbia un significato ed un valore riconosciuto anche dagli altri (McMillan, 1986).

Tra le sue dimensioni più significative troviamo il senso di appartenenza (sentirsi parte di un'entità più ampia, condividendone l'importanza e le caratteristiche migliori), l'influenza reciproca (ottenere il riconoscimento dal gruppo), l'integrazione e la soddisfazione dei bisogni (ricevere gratificazioni), la connessione emotiva condivisa (provare gli stessi sentimenti della comunità, avere obiettivi in comune ed avere un legame affettivo con gli altri membri).

Alla luce di quanto evidenziato quali possono essere le condizioni per un'autentica società del benessere?

Da un punto di vista più prospettico, filosofico e antropologico, può risultare interessante l'innovativa proposta che Nadia Ferretti e Lillian Pizzi sviluppano, sottolineando come solo un approccio multi e intra-disciplinare possa essere in grado di sostenere politiche sociali adeguate al perseguimento di uno stato di benessere collettivo (Pizzi, 2010).

Infatti, le discipline biomediche, psicologiche e sociali assieme devono sempre di più impegnarsi a formalizzare dei "modelli di funzionamento ottimale di comportamento" con il fine di stabilire ciò che è positivo e sano, concentrando la loro attenzione sulle risorse dell'individuo per migliorarne il suo inserimento attivo nella società.

Enfatizzare l'importanza della prevenzione rispetto alla cura, valorizzandone le potenzialità attraverso programmi di formazione indirizzati a professionisti dell'ambito sanitario, educativo, psicologico e sociale, sono diventati obiettivi oggi sempre più diffusi, ma non sempre semplici da conseguire.

A dispetto o, forse, proprio in ragione del clima complesso e altamente difficile che contraddistingue il periodo storico in cui viviamo, i professionisti della salute devono sapersi dedicare, quindi, in maniera sempre più approfondita al benessere individuale e collettivo.

La psicologia positiva, una disciplina in rapida espansione al confine con l'antropologia medica applicata, che attira sempre maggiore attenzione dal mondo della ricerca e degli operatori, si prefigge proprio come obiettivo il raggiungimento di uno stato di benessere prima individuale e conseguentemente sociale (Pizzi, 2010).

La psicologia positiva, nasce in risposta alla crisi dell'occidente e dei suoi valori consumistici. Non bisogna più puntare sulla ricchezza materiale e sugli squilibri e conflitti sociali che ne derivano, ma riportare al centro dell'interesse i bisogni della persona, optando per un cambiamento di valori e di priorità (Seligman, 2000).

Occorre prima di tutto, identificare e definire le dimensioni dell'esperienza dello "star bene" per poi mettere a punto strategie capaci di rendere le persone in grado di valutare la qualità della propria vita (Pizzi, 2010).

Va tenuto inoltre in considerazione che le condizioni che consentono una piena realizzazione del benessere variano molto da un'età all'altra, da una cultura all'altra, da un gruppo sociale all'altro.

Per lavorare alla promozione del benessere, l'obiettivo diventa lo sviluppo della persona, del gruppo, della comunità, in una visione capace di essere attenta anche alle dinamiche interne e esterne al sistema in cui le vicende di questo sviluppo prendono forma.

Questa visione si accompagna alla consapevolezza che, nelle realizzazioni di ogni progetto, proponenti e utenti costruiscono una relazione non più di tipo pedagogico, ma centrata sulla co-costruzione dei significati soggettivi di salute e di benessere pur mantenendo una rigorosa distinzione dei ruoli.

Decisiva si rivela l'intenzione di concentrarsi sul rapporto tra salute, cultura e politica. Quest'interconnessione è ben espressa dalla sfaccettatura semantica che assume il concetto di malattia se lo si seziona nei tre termini *disease*, *illness* e *sickness* (Pizzi, 2010).

Disease può essere definita come la categorizzazione oggettiva della malattia, *illness* è la percezione e l'esperienza soggettiva, il vissuto della malattia e *sickness* si riferisce alla socializzazione della

patologia, al suo renderla condivisibile e riconoscibile, al suo essere presa in carico dalla comunità.

Tutto questo acquista maggior importanza in un mondo globalizzato che caratterizza l'umanità contemporanea, in cui l'incontro con persone di culture diverse costringe a ripensare, o almeno a riflettere, sui valori che fondano la propria visione relativa a queste tematiche.

Un merito delle discipline transculturali è quello di avere messo in evidenza il rapporto circolare tra cultura e identità individuale (Pizzi, 2010). Si deve a Francesco Remoti, uno tra i massimi esponenti dell'antropologia contemporanea, il termine di "antropopoiesi" con cui si intende il processo di formazione e costruzione degli esseri umani attraverso l'applicazione dei modelli culturali che le famiglie e le comunità applicano ai nuovi nati. I modelli culturali sono letteralmente incorporati (embodiment) dalle persone che li esprimono e, attraverso il proprio agire e le proprie emozioni, essi vengono rafforzati e mantenuti all'interno della propria nicchia eco-culturale (Remoti, 2002).



Pensando al benessere individuale non si può prescindere dal pensare al benessere sociale e questo, inevitabilmente, deve passare attraverso il rispetto e l'accettazione degli universi di senso propri di ogni comunità e diversi nelle singole culture.

I progressi tecnologici raggiunti dalla medicina occidentale hanno permesso di migliorare le condizioni di salute di molte popolazioni; tuttavia i sistemi diagnostici e le terapie si sono finora concentrate soprattutto sulla patologia, mentre la "condizione di salute" e lo "stato di benessere" sono stati spesso elusi dalla mancata presa in carico dell'individuo in quanto portatore di esigenze complesse ma anche di potenziali e preziose risorse, di universi di senso ricchi di forze.

La modernizzazione e l'industrializzazione, ci costringono a confrontarci con le profonde modificazioni subite, nel corso degli ultimi decenni, dagli stili di vita tradizionali. Se da un lato i progressi tecnologici migliorano indiscutibilmente le condizioni esistenziali, dall'altro siamo immersi in un processo che enfatizza il profitto personale a scapito della coesione della cooperazione sociale, minando alla base il pilastro solidaristico che per secoli ha regolato la vita nelle comunità agricole e pre-industriali (Pizzi, 2010). Questi cambiamenti hanno avuto effetti negativi sulla selezione psicologica e la qualità dell'esperienza delle persone che devono elaborare nuove strategie di adattamento senza lo sviluppo di una precisa identità bi-culturale che coniughi, in maniera armonica, il patrimonio tradizionale con i vantaggi della cultura modernizzata; ciascun individuo rischia di sperimentare un senso di disagio e di "straniamento" rispetto alla sua stessa nicchia culturale.

In conclusione, la ricerca di uno stato di benessere sociale non può prescindere, per avere importanti ricadute applicative nel campo educativo, riabilitativo, sanitario ed organizzativo, dall'indirizzare l'analisi e la prassi verso la costruzione di "dispositivi terapeutici individualizzati" capaci di sfruttare prima di tutto le potenzialità del soggetto, senza dimenticare la complessa rete che lo lega alle sue culture, tanto di appartenenza quanto quelle attraversate o in parte acquisite.

Poiché perseguire il benessere individuale significa prima di tutto perseguire il benessere sociale, non esiste singolo senza comunità,

ma per capire e rispettare profondamente il singolo si deve essere in grado di cogliere quegli aspetti considerati fondamentali per la comunità.

Bibliografia

Ingresso M. *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attesa di qualità della vita nell'era planetaria*. Franco Angeli, 2003

Keyes C.L.M. *Social well being*. *Social Psychology Quarterly* 1998; 61: 121-140,

McDowell e Newell. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, New York, 1987

McMillan D.W., Chavis D.M. *Sense of community: A definition and theory*. *American Journal of Community Psychology* 1986; 14(1): 6-23,

Monti M. *Stile repressore e benessere*. www.psicologiadellavoro.org

Pizzi L., Ferretti N. *Salute, sanità e benessere. Verso una integrazione tra psicologia, antropologia e biologia*, 2010 www.gosalute.it

Remotti F. *Forme di umanità*. Bruno Mondadori, 2002

Seligman M., Csikszentmihalyi M. *Positive Psychology: an introduction*. *American Psychologist* 2000; 55: 5-14



La scuola di Atene, Raffaello Sanzio, 1483-1520

GLI ASPETTI PSICOLOGICI DEL BENESSERE

Anna Zanardi

Negli ultimi anni la tendenza della società è quella di assegnare priorità ai problemi relativi al benessere. Si è iniziato a considerare il benessere da un punto di vista più globale, olistico e ad assistere le persone in maniera più generale, relativamente alla qualità di vita, alle modalità di miglioramento del livello di soddisfazione, con tecniche sia proattive sia positive. L'intero stile di vita e di "mente" della persona deve essere oggetto dell'intervento.

Un intervento per migliorare il benessere della persona si fonda su:

- la teoria generale sistemica dell'individuo;
- un approccio olistico multidimensionale rivolto al soggetto nell'ottica sistemica;
- strategie di benessere con obiettivi basilari per il miglioramento della qualità di vita del soggetto.

Il benessere come continuum

Nella cultura occidentale è comune considerare salute e malattia come concetti appartenenti a due diverse categorie. Spesso una persona viene etichettata come sana o come malata, ma tale dicotomia può essere criticabile o limitante poiché non tiene conto delle molte realtà che intercorrono fra malattia, salute e benessere. Ad un estremo del continuum vi è una condizione di malattia in cui un soggetto può essere ad alto rischio di morte prematura, all'altro estremo vi è la condizione di salute ottimale (benessere) in cui una persona è estremamente resistente alle malattie ed ha raggiunto un elevato livello di funzionamento ideale (Fig. 1). Generalmente, que-

sto estremo considera anche il grado di autorealizzazione soggettiva e di utilizzo proficue delle proprie risorse.

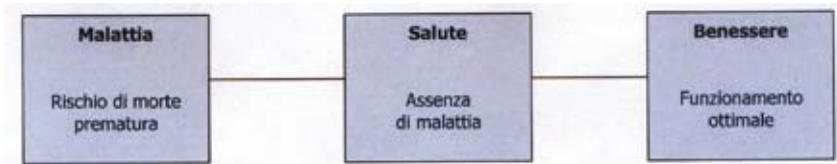


Fig. 1 - Il continuum benessere-malattia

La salute può dunque essere intesa come potenzialità e capacità sperimentate dall'individuo, come uno stato di funzionamento umano che coinvolge l'interazione di varie dimensioni di vita (biopsico-sociali e spirituali).

Le modalità di variazione nel benessere di una persona rappresentano i continui cambiamenti all'interno di ogni dimensione di vita: biologica, psicologica, sociale, spirituale. Il benessere è suscettibile di modificazioni come eventi, condizioni, transazioni ed altri processi nella vita di una persona che si sviluppano nel tempo (Adams, 1988).

Teoria Sistemica Individuale

Bertalanffy ha sviluppato una teoria sistemica che spiega i processi biologici individuali umani in maniera omnicomprensiva ed interattiva. Si riferisce ad un sistema come ad un'identità dinamica consistente in comportamenti che sono fra loro continuamente correlati. Un sistema è un'entità complessiva composta da varie parti e sottoparti che interagiscono in maniera dinamica. Per comprendere interamente il funzionamento di una persona bisogna comprenderne l'organizzazione e la completezza delle varie dimensioni e parti dell'organismo (Hettler, 1984).

All'interno di ogni sistema è presente un ordine gerarchico. Il principio dell'organizzazione gerarchica si riferisce alle relazioni fra vari livelli, dimensioni, parti e sottoparti dell'intero determinando:

-
- 1) che ogni parte interagisce in un sistema ampio;
 - 2) che in ogni parte vi sia l'interazione di varie sottoparti più piccole, ad un livello inferiore del sistema.

Anche le sottoparti che interagiscono formano, a loro volta, un sistema. Per esempio, una persona può essere suddivisa in mente, corpo e anima; queste tre parti formano un concetto olistico di persona (o sistema). Tuttavia all'interno di mente, corpo e anima vi sono sottoparti che funzionano a livelli inferiori di sistema (per esempio, organi, emisferi cerebrali, ecc.).

Inoltre, fra le parti e le sottoparti vi è una relazione dinamica. Un sistema coinvolge una serie di componenti dirette ed indirette correlate ad un network causale così che ogni componente è collegato, almeno, ad alcune parti in maniera più o meno stabile per un periodo specifico di tempo (Roney, 1995). Detto più semplicemente, i cambiamenti in una parte del tutto avranno un "riverbero" sulle altre parti adiacenti. Per esempio, un cambiamento nella propria mente porterà inevitabilmente ad un cambiamento a livello fisico. Se passo da un pensiero triste ad un pensiero allegro, i muscoli del mio volto rilasceranno la tensione ed io avrò un aspetto più rilassato, mi sentirò bene.

Vi è una causalità reciproca che avviene nel sistema. Da questa prospettiva ogni causa è vista come effetto di precedenti cause e diventa, a sua volta, causa di eventi successivi. Le parti di un tutto sono fra esse correlate in modo potente, duraturo, reciproco e continuo.

Un sistema è considerato globalmente più grande della somma delle sue singole parti. I sistemi sono composti da parti e sottoparti che si correlano consistentemente fra loro e che inferiscono in maniera organizzata intorno a tali correlazioni. Le parti e le sottoparti, una volta combinate, producono un'entità globale che è superiore alla somma delle singole sottoparti in essa contenute. Nessun elemento singolo può essere compreso se isolato, poiché nessuna parte dell'organismo può funzionare separatamente. Le implicazioni per comprendere il funzionamento di un essere umano sono chiare: un essere umano è un sistema in cui le parti e le sottoparti sono organizzate in gruppo e formano un insieme che trascende la somma delle singole parti.

Il benessere coinvolge dimensioni multiple

Negli ultimi 15 anni sono stati proposti innumerevoli modelli di benessere; ognuno, bene o male, rifletteva la complessa interazione delle dimensioni biopsicosociali e, a volte, spirituali dello stile di vita individuale. Alcuni modelli contenevano un numero variabile di dimensioni di stile di vita. Inoltre, gli studi del National Wellness Institute (Hettler, 1984) identificano sei dimensioni primarie che sono state rese note come “Ruota del benessere” e sono:

- 1) salutistica – emotiva;
- 2) intellettuale;
- 3) occupazionale;
- 4) fisica;
- 5) sociale;
- 6) spirituale.

Il benessere è un processo di autoregolazione

È importante fare riferimento al concetto di autoregolazione “cibernetica”. Con cibernetica ci si riferisce al processo messo in atto dalla persona per mantenere e autoregolare il proprio stato di benessere risultante dall’interazione delle sue singole parti e del suo sistema.

L’unità di controllo primaria nel processo di autoregolazione cibernetica è il ciclo di feedback negativo (Fig. 2). Il termine “negativo” sta ad indicare che la sua funzione è quella di ridurre il grado di differenza fra una condizione percepita all’interno del sistema ed alcuni valori di riferimento.

Nel sistema dell’individuo il ciclo di feedback negativo serve ad informare la persona che c’è qualcosa al suo interno (una parte o sottoparte) che non sta operando correttamente (per esempio, è fuori equilibrio o ha come effetto un particolare sintomo). Quando vi è una crisi o una rottura viene minacciato il benessere del sistema (omeostasi) e una persona reagisce per restaurare l’equilibrio del proprio sistema.

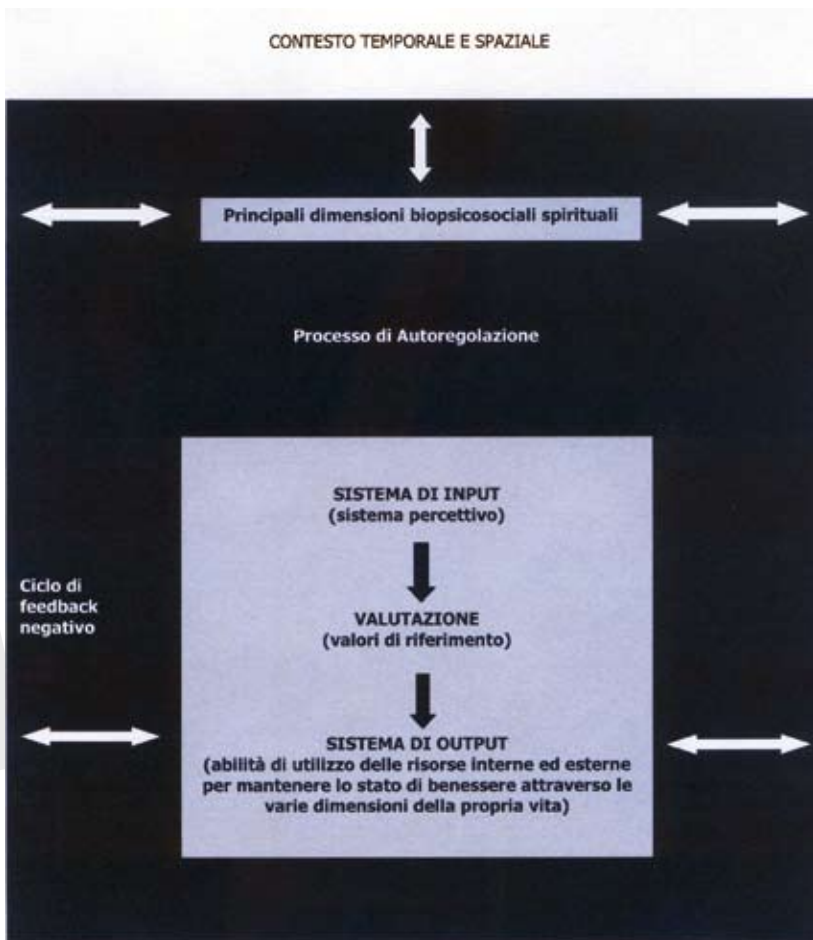


Fig. 2. Il ciclo di feedback negativo come riduttore della discrepanza dell'autoregolazione cibernetica.

Un esempio chiaro è quello del raffreddore. Un raffreddore comune apporta una variazione “normale” della temperatura (febbre), modifica lo stato della congestione nasale, aumenta la probabilità di avere del mal di testa, ecc., all'interno delle dimensioni di vita del soggetto per circa 7-10 giorni prima che le proprietà di autoregolazione cibernetica ripristinino l'equilibrio.

Se la febbre ed i sintomi correlati vanno oltre la norma (superando i limiti consentiti), rappresentano una variazione “fuori dalla norma” e richiedono un input esterno (per esempio, somministrazione di qualche rimedio) per ripristinare l’equilibrio del sistema.

Questo dimostra l’importanza del ciclo di feedback negativo nel ripristino dello stato di salute. Tale ciclo inizia con il sistema di input; esso coinvolge un processo in cui l’informazione riguarda la salute o il funzionamento di parti e sottoparti del sistema alimentate da un’infinità di fonti.

Si riporta di seguito un esempio di sistema di input.

- 1) biologico: tensione muscolare, nervosismo, fatica;
- 2) psicologico: percezione di pericolo o minaccia al proprio benessere, paura, rabbia;
- 3) sociale: senso di esclusione o isolamento da parte degli altri, difficoltà di comunicazione, solitudine;
- 4) spirituale: mancanza di progetti esistenziali o di senso della propria vita, senso di estraneità verso se stessi e verso gli altri;
- 5) ambientale: esposizione a stressogeni vari, per esempio conflitto nella coppia o ostilità nel lavoro.

Una volta che l’informazione è raccolta dal sistema, avviene un processo di comparazione. In molti casi, l’informazione viene confrontata con le proprie percezioni o con i propri valori di riferimento riguardanti la “normalità” o il “benessere”.

Se nel processo di valutazione vi è una discrepanza percepita o un problema nel sistema, allora si attiverà il sistema di output.

Esso si riferisce al processo utilizzato dalla persona per rispondere in maniera “appropriata” alla discrepanza percepita e riportare il sistema (o parti del sistema) ad un funzionamento, in un certo senso, sano o normale.

Il caso di un possibile incidente d’auto per il soggetto rappresenta una valida dimostrazione del principio di autoregolazione cibernetica. Mentre guida si distrae e passa uno stop senza fermarsi. Improvvisamente percepisce la situazione di pericolo (sistema di input) e riconosce la discrepanza fra una “distanza sicura” fra auto (valore

di riferimento) e la sua condizione (troppo ravvicinata), così, velocemente, frena (sistema di output) per evitare la collisione con l'auto di fronte. Il ciclo di feedback negativo che riduce la discrepanza, ha ottenuto l'evitamento della collisione e riporta ad un ritmo di guida che rientra in una variabilità normale.

Il comune termostato domestico è un ulteriore esempio di autoregolazione cibernetica che utilizza un ciclo di feedback negativo di riduzione della discrepanza.

Gli esempi sopra descritti evidenziano come il sistema di autoregolazione cibernetica mantenga fortemente l'intero sistema all'interno di una gamma di parametri. Qualsiasi informazione all'interno o all'esterno del sistema che indichi minaccia, pericolo o malattia, fa scattare una risposta che riporta il sistema ad un equilibrio interno.

Il benessere richiede autoregolazione delle varie dimensioni esistenziali

Oltre a mantenere e regolare il funzionamento di una particolare dimensione, una persona deve regolare anche l'interazione complessa fra le sue varie aree esistenziali.

Secondo Crose (Bradbun, 1969), ci sono processi di autoregolazione cibernetica di feedback nelle varie dimensioni di vita, come il cambiamento oltre una certa soglia in una area che ha il potenziale di influenzarne un'altra.

Un cambiamento in una dimensione della vita di una persona ha il potere di modificarne altre; una persona deve essere consapevole dei vari effetti ed agire coerentemente ad essi per mantenere il proprio stato di benessere. Da un punto di vista sistemico, se una parte è indebolita a causa di un disturbo, anche almeno un'altra parte del sistema ne verrà contaminata. Vi sono proprietà di autoregolazione e autocorrezione del sistema che orientano il mantenimento dell'equilibrio fra le varie dimensioni esistenziali.

Benessere Sistemico individuale

Brady (Bradbun, 1969) ha fornito una definizione sistemica di benessere ottimale; ha enfatizzato il concetto di autoregolazione ci-

bernetica all'interno dei sistemi viventi umani e ha affermato che il benessere è una condizione in cui tutti i cicli di feedback interagiscono in maniera intatta e libera da eccessive carenze dell'omeostasi autoregolativa del sistema.

Quando il ciclo di feedback funziona nella persona, il sistema è aperto e ricettivo alle informazioni che riguardano l'equilibrio del proprio benessere.

La persona allora è capace di rispondere alle informazioni interne ed esterne al sistema che indicano una minaccia al benessere di una parte o sottoparte del sistema stesso.

Se vi è qualche disturbo nel sistema che interferisce con il suo funzionamento ed impedisce il processo di autoregolazione o il mantenimento dell'omeostasi fra le varie parti ed il sistema, allora si parla di malessere: il ciclo di feedback ed i suoi segnali vengono ostacolati (Roney, 1995).



Inoltre, il concetto di benessere è regolato in base alla nozione di locus di controllo interno. Il locus di controllo interno si riferisce al concetto secondo il quale la persona si sente agente attivo di mantenimento del proprio benessere. Il benessere è basato primariamente sull'efficacia degli spazi di autoregolazione. Anche se alcuni eventi possono andare oltre l'apparente controllo della persona (malattie genetiche, catastrofi naturali, incidenti gravi ecc.), ognuno mantiene la propria capacità unica e soggettiva di rispondere a tali eventi in maniera che possano drammatizzare il contesto, lenirlo o positivarlo.

Una persona è molto sensibile al malessere quando ritiene che esso sia il risultato di sfortuna, malasorte o fattori totalmente esterni al proprio controllo. Maggiore è il controllo che la persona percepisce riguardo alla propria vita ed al proprio benessere, tanto più metterà in atto strategie di rafforzamento o modifica del proprio stato e di miglioramento del proprio benessere.

Dunn coniò il termine benessere nella seconda metà del XX secolo. Lo definì come metodo integrato di funzionamento atto ad ottimizzare il potenziale di cui è capace l'individuo, all'interno del suo contesto di appartenenza.

Brubacker ha definito il benessere anche come stato attuale di salute e molte altre sono le concettualizzazioni nella letteratura recente, fra cui l'espressione del processo esistenziale, il contrario della malattia, un'esperienza soggettiva di integrazione e funzionamento congruente e un approccio alla salute deliberato e conscio ad uno stato avanzato fisico, psicologico e spirituale (Stuifbergen, 2000).

Archer, Probert e Gage, dopo numerosi studi sulle ricerche più recenti, hanno concluso che il benessere può essere definito come "processo e stato di massimo funzionamento umano che coinvolge il corpo, la mente, lo spirito" (Roney, 1995).

Il termine benessere è attualmente utilizzato per descrivere lo stato ottimale di prestazione di una persona. Le caratteristiche di tale "stato ottimale" sono, ad esempio, le abilità interpersonali, l'intelligenza relazionale, la capacità di amare, la capacità di autocontrollo, la soddisfazione, la serenità, la tolleranza, la perseveranza, la responsabilità verso la propria vita, l'ottimismo, la capacità di analisi interiore e riflessione, la saggezza.

Il benessere è un processo dinamico e continuo; richiede il mantenimento di un equilibrio interiore che risulta dall'integrazione fra conoscenza e abilità. Una persona che sta bene, non sta bene in modo permanente, ma regola continuamente le proprie relazioni in modo dinamico attraverso le varie situazioni di vita per mantenere la salute ed il senso di benessere. Il benessere è il costante coinvolgimento individuale nelle scelte di stile di vita e stili cognitivi che lo rendono "empowered", cioè in potere di esprimere una vita piena, responsabile e gratificante nel mondo complesso in cui vive (Townes, 1984).

*La psiconeuroimmunologia e la visione olistica:
benessere e nuovi confini*

Nell'arco degli ultimi venti anni, dati scientifici sempre più schiacciati, documentano l'esistenza di interazioni tra mente, cervello e sistema immunitario.

Queste scoperte si riagganciano ad una visione di unità del rapporto mente-corpo molto antica e costituiscono risposte ad intuizioni cliniche risalenti all'epoca di Freud. La scoperta della neuroimmunomodulazione, ovvero dei meccanismi attraverso cui il cervello ed il sistema neuroendocrino modulano il sistema immunitario e reciprocamente il sistema immunitario influenza il cervello, ha creato nuovi ponti tra discipline diverse, quali per esempio l'immunologia, la psicologia, la pedagogia, l'andragogia e altre.

La vita affettiva e relazionale, stress acuti e cronici, reazioni emozionali possono influenzare la funzionalità immunitaria, la salute e l'apprendimento. Quanto ne siamo consapevoli? Spesso troppo poco.

Le connessioni fra consapevolezza e benessere hanno radici profonde e non sempre scontate. Alcune spiegazioni derivano dalla fisica che, attraverso Newton e la mela che gli cadde sulla testa, ci ha insegnato molte cose e la forza di gravità da lui scoperta rappresenta ancora oggi la base di molte delle nostre conoscenze. La fisica newtoniana rappresenta il mondo come un insieme di particelle; una sostanza è composta di infinitesime particelle, fino ad arrivare al concetto di particelle subatomiche che hanno fatto di Einstein l'ide-

atore della teoria relativistica. Einstein diceva che le particelle sono in realtà così piccole da essere definite vibrazioni; la luce è una vibrazione e nell'universo tutto vibra a livelli diversi. L'intero universo è costituito dalla sostanza di origine cosmica che può essere definita in mille modi: ki, energia, spirito ecc. Vi sono dunque degli estremi nella costituzione fisica: da un lato abbiamo vibrazioni, dall'altro abbiamo materia densa. La materia occupa spazio e può assumere tre stati: solido, liquido e gassoso. La differenza risiede nella diversa temperatura degli stati. Per esempio, se prendete dell'acqua e ne innalzate la temperatura passerà dallo stato liquido a gassoso, il vapore, se ne abbassate la temperatura diventerà solido, ghiaccio. Vi sono cose altamente impercettibili, molto più eteree del gas o del vapore, eppure possono essere trasformate. Queste sostanze, seppur diverse fra loro, sono costituite tutte da vibrazioni, che cambiano stato e frequenza. Ed è proprio la fisica quantistica, quella che studia le onde-punto, che ha dato impulso alle ricerche sulla salute e sulla psiconeuroendocrinoimmunologia.

Cercare di capire come funziona il nostro corpo e la nostra mente e come apprendono, ci fornisce nuovi punti di vista e nuove possibilità di benessere. Purtroppo le nostre concezioni di corpo, mente e apprendimento sono basate su informazioni obsolete e convinzioni per lo più limitanti.

Le persone cercano spesso solo un aggiustamento: al sintomo di dolore o fastidio deve corrispondere una cura con effetti immediati che cancelli il sintomo. Eppure avrebbe più senso occuparsi della causa profonda di quel sintomo, agendo direttamente sulla sua origine, non semplicemente estinguendo il sintomo allarmante. Se non si riesce a dormire, si prende un sonnifero che si presume debba curare l'insonnia. Se si è ansiosi si prende un ansiolitico perché si suppone esso dia tranquillità. Questa terapia sintomatica non è però risolutiva in maniera definitiva ma allevia solamente dalla presenza fastidiosa del sintomo. Il corpo è un fiume di energia e di informazioni. Dobbiamo solo imparare ad ascoltarle.

Il filosofo greco Eraclito disse che non si può camminare nello stesso fiume due volte, poiché vi è sempre nuova acqua che scorre. In ogni secondo della nostra vita noi agiamo come un fiume, creiamo un corpo nuovo. Per esempio, osserviamo come funziona la respirazione: ogni respiro che viene esalato contiene atomi nella misura

di 10^{22} . Significa dieci seguito da ventidue zeri, cioè gli atomi che vengono presi dal corpo ogni volta che si espira.



Studi con isotopi radioattivi sembrano dimostrare che noi ricambiamo più del 98% del nostro corpo in meno di un anno. Le cellule del nostro corpo si ricambiano molto velocemente: è come se venisse prodotto un fegato nuovo ogni sei settimane, un nuovo scheletro ogni tre mesi, un nuovo rivestimento dello stomaco ogni cinque giorni ed una nuova pelle una volta al mese.

Quindi se si è convinti di essere il proprio corpo, ci si deve domandare di quale corpo si sta parlando; quello dell'anno scorso non è certo lo stesso di oggi.

Proveniamo da un livello più profondo di quello fisico, per trarre vantaggio da queste informazioni e dalle nostre origini dobbiamo

convincerci che il nostro essere è profondo e radicato nei misteri dell'anima. Lì dove è terreno fertile per sviluppare benessere in ogni sua molteplice manifestazione.

Bibliografia

Adams T., Bezner I., Garner L., Woodruff S. *Construct validation of the perceived wellness survey*. American Journal of Health Studies 1998; 14 (4): 212-219

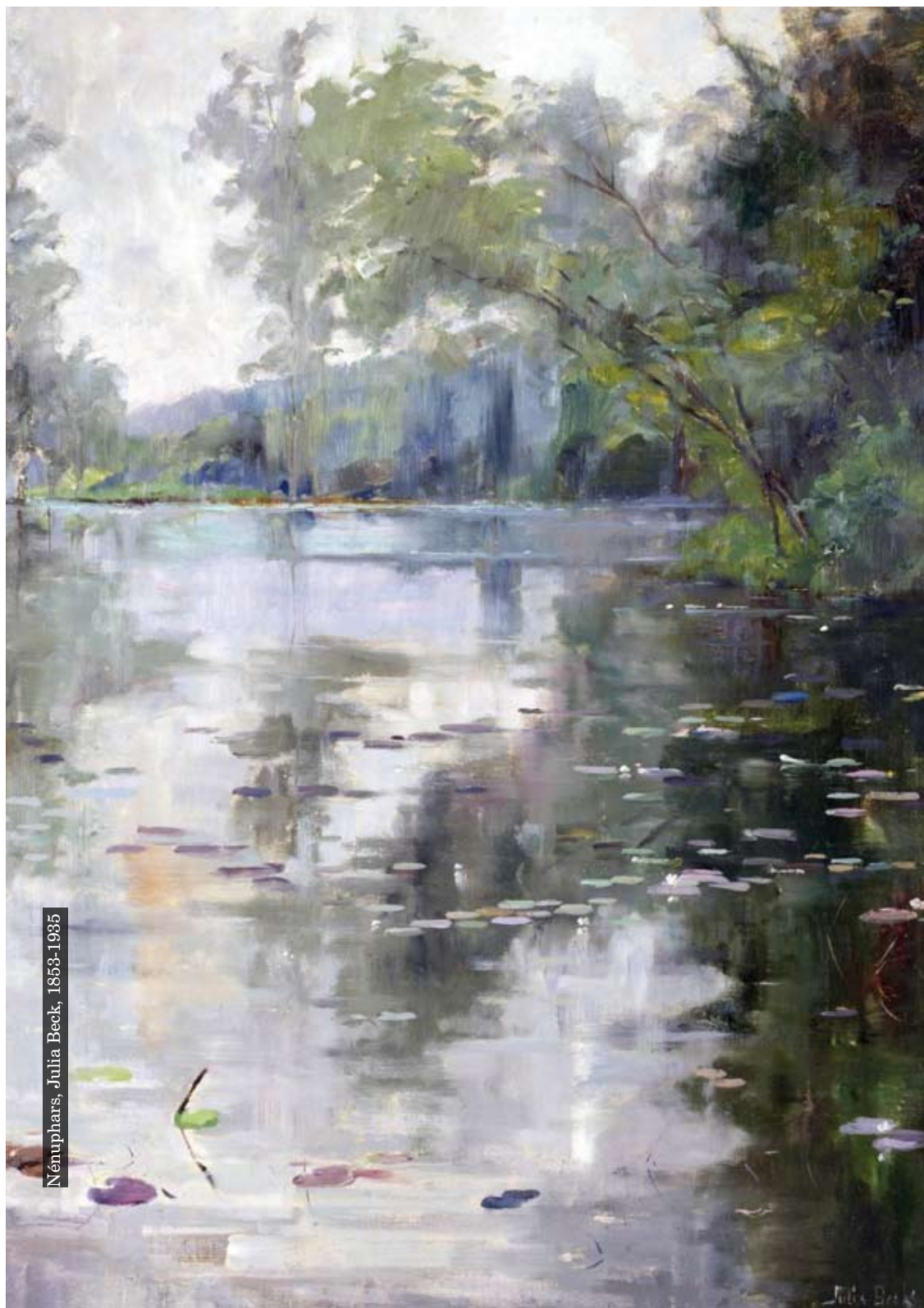
Bradburn N. *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine eds., 1969

Hettler W. *Wellness. Encouraging a lifetime pursuit of excellence*. Health Values 1984; 8(4): 13-17

Roney C.J.R., Sorrentino R.M. *Reducing self-discrepancies or maintaining self-congruence? Uncertainty orientation, self-regulation, and performance*. Journal of Personality and Social Psychology 1995; 68(3): 495-497

Stuifbergen A.K., Seraphine A., Roberts G. *An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions*. Nursing Research 2000; 49(3): 122-129

Townes C.D. *Wellness: The emerging concepts and its components*. Journal of Individual Psychology; 40: 372-383



Nénuphars, Julia Beck, 1858-1935

IL RUOLO DELLA PREVENZIONE E DEL BENESSERE NEL “FIUME DELLA VITA”

Fiorenza Comincini

La metafora del fiume è stata utilizzata da molti autori per descrivere in modo efficace le diverse modalità di approccio al tema salute. La cura delle malattie, con il suo ampio e complesso sistema di interventi sempre più specialistici, viene rappresentata come un insieme di azioni di soccorso rivolte a coloro che sono caduti nel fiume e che devono essere salvati dall’annegamento. Gli interventi per evitare che le persone cadano nel fiume sono identificati nella prevenzione che mette in guardia chi sta cadendo e organizza lavori di messa in sicurezza delle sponde, sistema cartelli e reti di protezione che indicano il pericolo, prepara e mette a disposizione personale esperto come accompagnatore.

Vi sono però altri aspetti da considerare. I soggetti sono in grado di nuotare? La società ha fornito loro gli elementi per decidere in modo autonomo se acquisire o meno questa capacità? Il soggetto apprezza il piacere di nuotare nel fiume, potenzia le sue abilità e sfrutta le risorse che la vita gli offre? (Eriksson, 2007). In definitiva, è consapevole che il suo benessere può dipendere dai suoi comportamenti?

Questa metafora offre la possibilità di cogliere due importanti approcci alla salute, il modello patogenico e quello saluto genico, la malattia e il benessere.

Il primo modello risponde alle domande “Quali sono i fattori di rischio per la salute?” “Quali sono i comportamenti/servizi per combattere/evitare le malattie?” L’attenzione è centrata sulla genesi delle malattie; per questo è necessario studiarne le cause, trovare

soluzioni che ne pre-vegnano l'insorgenza sia attraverso l'azione di personale esperto e competente, proveniente essenzialmente dall'area della medicina, sia attraverso servizi sanitari efficienti. Fa riferimento al modello causa-effetto che implica da una parte una logica di tipo lineare e dall'altra presuppone un'idea di patologia facilmente identificabile. La rappresentazione mentale cui si riferisce è quindi un sistema che, attraverso gli elementi che lo compongono, esercita in modo più o meno sinergico delle pressioni sull'individuo o sulla popolazione a rischio.

Il secondo modello risponde alle domande “Che cosa posso fare io per migliorare la mia salute?” “Come genero salute?” “Quali risorse interne possiedo per sviluppare la mia salute?” Possiedo le competenze sociali e relazionali (life skills) per affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana?

Se il termine prevenzione rimanda prevalentemente ad interventi che hanno una ricaduta in termini di salute sulla collettività, quello di benessere si riferisce prevalentemente ad un ambito soggettivo.

Ma come spesso accade, giova di più trovare o costruire interconnessioni, contaminazioni e similitudini, piuttosto che enfatizzare le diversità e i contrasti. Vediamo allora come è possibile trovare spazi di contatto.

L'OMS, nel suo Glossario Terminologico afferma che “La prevenzione delle malattie comprende le misure per prevenire l'insorgenza della malattia come, ad esempio, la riduzione dei fattori di rischio e i metodi per fermarne l'evoluzione, riducendo le conseguenze una volta insorta la malattia”. Con prevenzione delle malattie si intende, quindi, l'azione che normalmente proviene dal settore sanitario, ed è diretta a determinate persone e popolazioni nelle quali sono stati individuati fattori di rischio, associati, molto spesso, a diversi comportamenti a rischio (Glossario OMS, 1984).

Il termine fattori di rischio indica “sia esposizioni causali, incluse nel complesso di fattori che determina una malattia, sia fattori che sono solo indicatori di esposizione, essendo associati a una o più esposizioni causali” (Faggiano, 2005). I principali fattori di rischio sono il consumo di tabacco, l'aumento della pressione arteriosa, del colesterolo, del peso, l'abuso di alcol, una dieta povera di frutta e verdura, la vita sedentaria (WHO, 2002).

La classificazione delle attività preventive, come proposta da Caplan nel 1964, suddivide tradizionalmente la prevenzione nelle seguenti componenti:

- prevenzione primaria, che si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo il controllo dei determinanti di malattia ed è volta a ridurre l'incidenza delle malattie;

- prevenzione secondaria, che si rivolge alla sola popolazione a rischio ed ha come obiettivo la massima anticipazione diagnostica di una patologia;

- prevenzione terziaria, che si rivolge alla sola popolazione malata ed ha come obiettivo la riduzione dell'impatto negativo di una patologia, ripristinando le funzioni, riducendo le complicazioni e le probabilità di recidive.

Questa classificazione degli interventi di prevenzione evidenzia come schema concettuale di riferimento il modello bio-medico, dove l'esperto, prevalentemente sanitario, fornisce indicazioni e offre servizi. Non emerge il ruolo attivo e centrale che la persona e la comunità devono avere all'interno del progetto salute.

Con l'aumento della prevalenza delle patologie croniche, registrato dalla fine degli anni sessanta, i risultati di successo ottenuti con le malattie infettive subiscono una battuta d'arresto. Riescono ad avere sempre più credito coloro che cercano di dimostrare come i cambiamenti avvenuti nelle condizioni igieniche, nell'alimentazione e il mutato assetto urbanistico, prima ancora della scoperta di terapie specifiche, abbiano avuto un'importanza fondamentale nella riduzione dei livelli di mortalità osservata nel corso del secolo (Lemma, 2005). È un processo che si sviluppa in tempi rapidi, su un terreno fertile ormai pronto ad accogliere cambiamenti.

Nel 1974 Marc Lalonde, ministro della Salute e dell'Assistenza del governo canadese, in quello che viene citato come il Rapporto Lalonde, introduce il concetto di "campi di salute" dalla cui influenza dipendono il persistere della salute o l'insorgere della malattia: i fattori biologici, le influenze ambientali, gli stili di vita individuali e la presenza e capacità di risposta dei servizi sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la dichiarazione di Alma Ata prima (WHO, 1978) e con la Carta di Ottawa poi (WHO,

1986), descrive la promozione della salute come un complesso di azioni che svincolano la salute dalla medicina clinica, focalizzando l'attenzione su nuovi fattori e nuovi attori. Lo sviluppo delle capacità personali, il ruolo della comunità, la creazione di ambienti favorevoli, un nuovo orientamento dei servizi per la salute e la costruzione di una politica pubblica per la salute, focalizzano l'attenzione sulla necessità di affiancare al più tradizionale obiettivo della prevenzione delle malattie, quello dello sviluppo di nuove politiche per promuovere la salute. Lo studio dei comportamenti come fattori di rischio vede lo sviluppo di due approcci: quello epidemiologico e quello psicologico.

Il primo individua, con sofisticate teorie statistiche, gli aspetti quantitativi e qualitativi del fenomeno, contribuendo a fare luce sul peso che comportamenti e situazioni ambientali hanno nel variare della distribuzione dei fenomeni sanitari emergenti. Gli esperti di questo approccio hanno tardato ad accettare che l'aumento delle conoscenze da parte degli individui sulla pericolosità di taluni comportamenti non si traducesse in un immediato mutare degli stili di vita.

L'approccio che trae spunto dalla cultura d'area psicologica si è interrogato sugli elementi che producono il cambiamento dei comportamenti a livello individuale e al modo in cui questo si afferma all'interno di una comunità. Negli anni sono stati compiuti molti studi che hanno cercato di far luce su questi processi; l'Health Belief Model o modello sulle credenze della salute, l'apprendimento sociale di Bandura (che focalizza l'attenzione sull'auto-efficacia¹), il modello dei cinque stadi del cambiamento dei comportamenti di Prochaska e Di Clemente (Prochaska, 1982).

Queste teorie sono ormai riconosciute all'interno di tutte le aree culturali, e prese in considerazione in ogni progettazione d'intervento che si proponga di promuovere migliori livelli di salute.

¹ "L'auto-efficacia percepita si riferisce alla fiducia che gli individui hanno nella propria capacità di agire in modo tale da influenzare gli eventi della propria vita" (Bandura, 2000). La fiducia nella propria auto-efficacia determina il modo in cui le persone si sentono, pensano, motivano se stessi e agiscono. Questo è dimostrato da quanto impegno mettono e quanto a lungo persistono nell'affrontare gli ostacoli e le esperienze avverse (WHO, 2006).

La strategia “Guadagnare salute”, messa a punto nel 2006 dall’OMS, Comitato regionale per l’Europa per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, accanto ad esempi che mettono in risalto il successo di interventi che puntano sul controllo dei fattori di rischio, afferma che gli interventi preventivi devono essere associati al rafforzamento dei fattori protettivi per la salute, che possono favorire la capacità di recupero delle persone e la loro resistenza ai fattori di rischio e alle malattie.

Ribadisce quindi che il maggior successo nel miglioramento dello stato di salute potrebbe essere garantito da una strategia integrata che promuova contemporaneamente la promozione della salute a livello di popolazione e i programmi di prevenzione, individuando i gruppi e gli individui ad alto rischio e ottimizzando l’accesso della popolazione a trattamenti e cure efficaci.

La Strategia Europea per le malattie croniche prevede che l’azione sia fondata su sei messaggi chiave:

- 1) la prevenzione è efficace quanto più è duratura e va considerata un vero e proprio investimento in salute e sviluppo;
- 2) la società dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti le scelte più salutari;
- 3) i servizi sanitari dovrebbero adattarsi a questo obiettivo, affrontando l’attuale carico di malattia e aumentando le opportunità di promozione della salute;
- 4) le persone dovrebbero essere messe nelle condizioni di promuovere la propria salute, di interagire con i servizi sanitari ed essere parte attiva nella gestione delle malattie;
- 5) per garantire il diritto alla salute è fondamentale che tutti abbiano accesso alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e ai servizi sanitari;
- 6) i governi, a qualsiasi livello, hanno la responsabilità di proporre politiche di intervento all’insegna della salute e di assicurare un’azione integrata in tutti i settori.



Il quadro di riferimento per l'azione contro le malattie croniche (Fig. 1) prende spunto da due importantissimi programmi già esistenti, la Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato (OMS, 2005) e il programma dell'OMS sui sistemi sanitari, combinando la promozione della salute con la prevenzione delle malattie e l'assistenza sanitaria. Il quadro di riferimento all'azione è anche ispirato e coerente con i programmi attuativi proposti dal rapporto globale "Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale" (OMS, 2000) e dalla Visione Cindi (OMS, 2005).



Fig. 1. Quadro di riferimento per l'azione contro le malattie croniche (tratto da *Guadagnare salute: La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*, WHO Comitato regionale per l'Europa, 2006)

La Strategia proposta dal documento “Guadagnare salute” ha il merito di superare le contrapposizioni tra prevenzione, intesa come azione che, agendo sui fattori di rischio, mira a ridurre la probabilità del verificarsi di un disturbo, e la promozione della salute, volta invece a creare le condizioni per un potenziamento della salute stessa attraverso lo sviluppo di fattori di protezione, quali, ad esempio, nuove competenze e risorse.

L'integrazione tra prevenzione e promozione della salute, viene vista come una carta vincente per guadagnare salute.

Anche il recente Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2013, ha ritenuto opportuno rivedere alcune categorie, ampliando gli ambiti

della promozione e soprattutto del ruolo della persona e della collettività:

- *prevenzione come promozione della salute.*

Rientrano in essa gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali;

- *prevenzione come individuazione del rischio.*

Comprendono sia gli screening di popolazione sia la medicina preventiva;

- *prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze.*

In riferimento all'adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio.

Ritornando alla metafora del fiume diventa quindi necessario aiutare le persone ad imparare a nuotare (OMS Europa, 2004), coinvolgendole attivamente nello sviluppo di un processo di empowerment².

La Carta di Ottawa (WHO, 1986) individua la promozione della salute come “il processo che rende gli individui e le comunità capaci di aumentare il controllo sui determinanti di salute”, per migliorarla e consentire una vita sana attiva e produttiva. Importante è il riconoscimento della persona come principale risorsa per la sua salute.

L'individuazione e lo sviluppo delle risorse sociali, spirituali, economiche, umane e ambientali che creano le condizioni per la promozione della salute individuale e collettiva, assumono rilievo per la comprensione dei fattori salutogenici (Fig. 2).

² Il processo di empowerment si costruisce intorno all'attribuire a se stessi le capacità di controllare i problemi quotidiani della propria vita, di modificare la condotta di altri che sono a noi simili, di dare forma alle proprie percezioni e al malcontento, riconoscendo l'esistenza di uno scopo nelle cose.

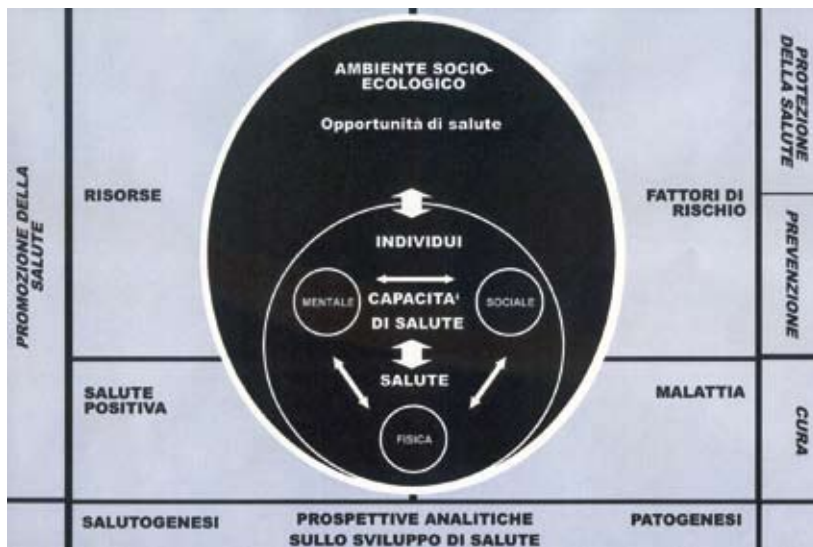


Fig. 2. Modello di sviluppo della salute: approcci di un intervento in sanità pubblica (tradotto da Bauer, 2006)

Il recente contributo scientifico di Aaron Antonovsky consente oggi di disporre di una nuova chiave di lettura: l'approccio salutogenico. Tale approccio sonda caratteristiche e modalità di generazione della salute e va ben oltre i tradizionali approcci di matrice patogenica stimolando una rivisitazione dei nostri schemi mentali e rappresentazionali. Non raffigura il rovescio della medaglia dell'orientamento patogenico; mentre pensare in maniera patogenica significa occuparsi della prevenzione delle malattie, della loro insorgenza e della cura, il pensiero salutogenico parte dal presupposto che tutte le persone siano più o meno sane e contemporaneamente più o meno malate.

Secondo Antonovsky le persone rimangono sane perché sviluppano ciò che egli chiama un "sense of coherence", caratterizzato da un pervasivo e duraturo senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e che c'è un'alta probabilità che le cose riusciranno nel modo che ci si può ragionevolmente attendere. Esso si esprime nella capacità di comprensione della realtà circostante (dimensione cognitiva), di dare significato alla propria vita (dimensione motivazionale) e di agire per adattarsi alle difficoltà (dimensione comportamentale), ad ogni fattore di stress, utilizzando molteplici e variegate strategie di

resistenza. Antonovsky elaborò, infatti, anche il costrutto General Resources of Resistance che si riferisce “alla proprietà di una persona o di una collettività di attuare un coping positivo rispetto ai fattori di stress innati nell’esistenza umana”. Il concetto di General Resources of Resistance comprende fattori biologici (sana costituzione), materiali (denaro) e psico-sociali (conoscenze, autostima, capitale culturale, intelligenza, ecc.), che rendono più facile il consolidamento di forze di resistenza utili per affrontare i problemi dell’esistenza umana.

In definitiva, il concetto di salutogenesi ha contribuito allo sviluppo del concetto di promozione della salute in quanto ha favorito lo studio dei fattori che generano salute piuttosto che malattia (Antonovsky, 1987).

Lindstrom ed Eriksson, partendo dall’approccio salutogenico, presentano una originale interpretazione della metafora del fiume. Il fiume della vita è un modo semplice per dimostrare le caratteristiche della scienza medica (cura e trattamento) e della salute pubblica (prevenzione e promozione), cambiando la prospettiva e spostando il focus dalla medicina alla salute pubblica e alla promozione della salute della popolazione.

L’obiettivo ultimo della promozione della salute è creare i pre-requisiti per una vita felice. Ed è nel fiume della vita che si devono individuare i determinanti dei soggetti e delle comunità che possono generare salute, migliorare la qualità della vita e contribuire allo sviluppo del benessere.

Nel linguaggio comune il benessere fa riferimento ad una condizione di vita determinata da percezioni positive interne ed esterne nelle quali la persona mostra di apprezzare la propria situazione di vita e manifesta determinate capacità utili per vivere in modi ritenuti soddisfacenti e buoni. In una condizione di benessere le potenzialità e capacità personali si esprimono e generano sensazioni di felicità e di ottimismo.

Il concetto di benessere può essere applicato a diversi aspetti della vita: possiamo parlare di benessere soggettivo, economico, psicologico, sociale. Il benessere soggettivo si riferisce alla valutazione personale del proprio livello di vita in rapporto alle proprie speranze

ed aspettative ed agli stati d'animo vissuti come positivi e negativi. Se la componente affettiva ed emozionale sperimentata dal soggetto nella quotidianità e nei diversi ambienti di vita supera il senso di rabbia, di nervosismo e di frustrazione possiamo dire che il livello di benessere è alto.

Il benessere soggettivo è condizionato da fattori interni se riguardano il temperamento, la personalità, oppure esterni se derivano da variabili socio ambientali, da condizioni di vita oggettive, da comparazioni con il benessere di altre persone, dalle amicizie, dall'amore verso altre persone, dai sentimenti religiosi, dalle condizioni di lavoro e sociali (Lindstrom, 2006).

L'OMS ha definito il benessere "lo stato ottimale di salute di singoli individui e di gruppi di persone". Due sono gli aspetti fondamentali: la realizzazione delle massime potenzialità di un individuo a livello fisico, psicologico, sociale, spirituale ed economico, e l'appagamento delle aspettative del proprio ruolo nella famiglia, nella comunità, nella comunità religiosa, nel luogo di lavoro e in altri contesti" (Simonelli, 2010).

Come già nella definizione di salute del 1948, dove il completo benessere fisico, mentale e sociale auspicato non aveva in sé dei concreti criteri di riferimento, anche nel Glossario del 2006 l'OMS utilizza termini come "ottimale, massime potenzialità, appagamento delle aspettative", che rimandano ad uno "stato" ideale, al quale non si può realisticamente guardare come ad una condizione raggiungibile se interpretata esclusivamente come un fine e non come un processo.

A prima vista può sembrare che un ottimo stato di salute sia indispensabile per raggiungere lo stato di benessere o che uno stato di benessere corrisponda ad un buon stato di salute, ma non è sempre così. In molti casi si può riscontrare una condizione di benessere nonostante uno stato di salute precario ma controllato o, viceversa, esistono moltissime persone in condizioni di benessere economico e sociale che tuttavia non godono di buona salute.

Malattia e benessere non vengono allora più rappresentati come due poli dello stesso asse, ma come due assi che si incrociano tra di loro ad angolo retto (Fig. 3), a delimitare uno spazio dove situazioni di relativo benessere sono descrivibili anche in presenza di patologie

e condizioni di bassi livelli di benessere si possono accompagnare ad assenza di malattia (WHO, 2006).

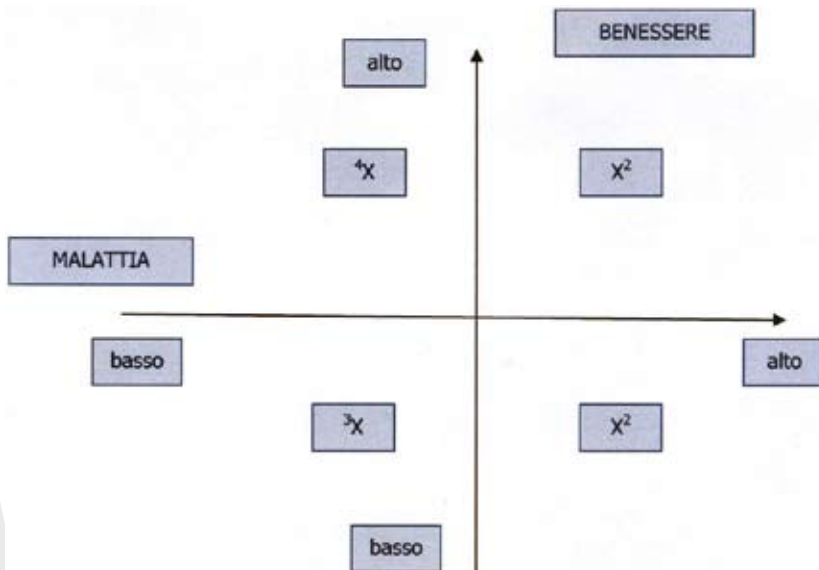


Fig. 3. Una nuova rappresentazione grafica per il concetto di salute (Downie, 1996)

Diventa quindi prioritario non solo prevenire problemi di salute evitabili, ma anche migliorare la qualità di vita; aspetto particolarmente rilevante quando si tratta di soddisfare le esigenze degli anziani, dei pazienti cronici, dei malati terminali e dei disabili. Secondo il Glossario della promozione della salute dell'OMS, la qualità di vita consiste nella percezione che ogni individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto del sistema culturale e di valori esistente nel luogo in cui egli vive e in relazione agli obiettivi, alle aspettative, agli standard e agli interessi che gli sono propri. Si tratta di un concetto molto vasto che implica, in modo complesso, la salute fisica di una persona, la condizione psicologica, il livello di indipendenza, i rapporti sociali, i valori personali e il modo di rapportarsi con le caratteristiche salienti dell'ambiente (Downie, 1996).

Questa definizione sottolinea la concezione secondo cui la qualità di vita si riferisce a una valutazione soggettiva, con implicazioni sia positive sia negative, inserita in un contesto socioculturale e ambientale.

L'OMS ha identificato sei ambiti atti a descrivere, in modo interculturale, gli aspetti fondamentali della qualità di vita: un ambito fisico (ad es. l'energia, la fatica), un ambito psicologico (ad es. i sentimenti positivi), il livello di indipendenza (ad es. la mobilità), i rapporti sociali (ad es. un concreto appoggio sociale), l'ambiente (ad es. l'accessibilità dell'assistenza sanitaria) e le credenze personali/la spiritualità (ad es. lo scopo nella vita). Gli ambiti riguardanti la salute e la qualità di vita sono complementari e sovrapponibili.

La qualità di vita riflette la percezione che le persone hanno del livello di soddisfazione dei propri bisogni, e l'impressione che non siano loro negate le opportunità per essere felici e sentirsi realizzati, indipendentemente dallo stato di salute fisico o dalle condizioni socioeconomiche. Richiama quindi gli aspetti qualitativi del concetto di benessere, rientrando sempre più negli obiettivi della prevenzione e della promozione della salute individuale e della comunità.

Bibliografia

Antonovsky A. *Unravelling The Mystery of Health*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987

Bandura A. *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Erickson Trento, 2000
Bauer G., Davies J.K., Pelikan J. *The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators*. Health Promot Int 2006; 21(2):153-9,

Downie R., Tannahill C., Tannahill A. *Health Promotion. Models and Values*. Oxford University Press, Oxford, 1996

Eriksson M. *Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The Evidence Base of the Salutogenic Research as Measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Research Report 1. Abo Akademi University Vasa, Turku, 2007

Faggiano F., Donato F., Barbone F. *Manuale di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2005

Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Edizioni Unicopli, Milano, 2005

Lindstrom B., Eriksson M. *Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health*. Health Promot Int 2006; 21(3): 238-244

OMS. *Glossario Terminologico*. Ginevra, 1984

OMS. *Forum Mondiale sulla Salute*. Ginevra, 1996

OMS. *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*. Ginevra, 2005

OMS, Comitato regionale per l'Europa. *Guadagnare salute: la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*, 2006

Prochaska J.O., Di Clemente C.C. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. American journal of health promotion 1982; 12(1):11-12

Simonelli I., Simonelli S. *Atlante concettuale della salutogenesi*. Franco Angeli, Milano, 2010

WHO. *Charter adopted at an international conference on health promotion. The move towards a new public health*. November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada

WHO. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, 2000

WHO Europe. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The Cindi vision*, Copenhagen, 2004

WHO. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, 2005

WHO. *Health Promotion Glossary: new terms*. Geneva, 2006

WHO. *Reducing risk, promoting healthy life. The World Health Report*, Geneva, 2002



ASL di Brescia



Bacco, Caravaggio, 1571-1610

ALIMENTAZIONE E BENESSERE

Villarini Anna

Nel rapporto redatto dall’“Osservatorio Europeo su Sistemi e Politiche per la Salute” (European Parliament, 2007) è stata proposta la seguente definizione di ben-essere: “stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società”. Nel Rapporto, poi, si legge che ogni aspetto da solo non porta al vero benessere ma questo si raggiunge solo quando tutte le sue componenti interagiscono tra loro con armonia ed equilibrio. L’alimentazione assume, in questo contesto, un ruolo importante non solo per la relazione che esiste tra cibo e salute fisica, ma anche perché permea fortemente tutti gli aspetti che concorrono allo stato di benessere.

La premessa fondamentale quindi, quando si parla di alimentazione, è che mangiare “bene” non deve essere vissuto come una imposizione limitante ma come un’opportunità per vivere meglio. Ecco perché quando si approccia un nuovo modo di mangiare l’atteggiamento migliore è quello di considerare il cambiamento come un gioco che porta alla scoperta di gusti e sapori diversi, e deve essere vissuto con entusiasmo e curiosità; un atteggiamento di sacrificio sarebbe perdente in partenza.

Scrivendo Feuerbach ne *“Il mistero del sacrificio o l’uomo è ciò che mangia”* (Schmidt, 1975) che esiste un’unità inscindibile fra psiche e corpo, e l’alimentazione rende possibile il costituirsi e perfezionarsi della cultura umana: un popolo può “migliorare” “migliorando” la sua alimentazione, mangiare meglio per pensare meglio.

Oggi sembra però che tutti siano in grado di parlare della relazio-

ne esistente tra cibo e benessere; non sono solo gli addetti ai lavori ad essere interrogati ma anche “esperti” più o meno accreditati parlano attraverso riviste, giornali, televisione, tutti i canali di informazione più comuni, nelle palestre, nei supermercati, nei ristoranti, ecc. Sembra che ognuno abbia qualcosa da dire in merito all'alimentazione migliore, che tutti sappiano esattamente quali consigli dare. Nascono così i regimi alimentari più bizzarri e stravaganti che elargiscono grandi promesse ma che sono spesso lontani da quello che indica, oggi, il mondo scientifico.

E allora è lecito chiedersi quale sia davvero il modo giusto di mangiare, da dove passa la strada del benessere tra tutte quelle che vengono proposte e quanto tutto ciò che ruota attorno alla nutrizione sia scientifico o puro interesse di mercato.

Che il cibo sia in qualche modo legato alla nostra salute fisica, al nostro buon funzionamento mentale, al miglior rendimento del nostro corpo e della nostra psiche, molti ormai lo hanno dimostrato. Ma difficile è stabilire quale modello alimentare possiamo considerare migliore per l'uomo. Uno dei primi esperimenti sull'alimentazione umana è descritto nella Bibbia, all'apertura del libro di Daniele (Daniele 1,1-21). Il giovane in questione e altri nobili e dotati rampolli di Israele erano stati fatti prigionieri dal re babilonese Nabucodonosor che avrebbe voluto educarli a corte per farli entrare al suo servizio. Il sovrano, con l'intento di trattarli con tutti i riguardi, ordinò ad Asfenez, capo dei funzionari regi, di nutrirli con il cibo della sua tavola e con il suo stesso vino. Daniele e i suoi compagni rifiutarono le cibarie prelibate chiedendo soltanto acqua, cereali e legumi, i cibi che avevano sempre mangiato nella loro vita. Asfenez, benché scettico perché timoroso che mangiando così poveramente i ragazzi potessero dimagrire e preoccupato dell'ira del re, concesse però loro dieci giorni di prova. Passato questo tempo l'uomo si rese conto che Daniele e gli altri giovani avevano visi più belli e floridi ed erano più forti di tutti i loro coetanei che avevano consumato le abbondanti vivande del re. Fu così che decise di continuare a nutrirli come avevano richiesto.

Mangiare in modo semplice e non raffinato, mangiare cibi vegetali come verdure, cereali integrali, legumi nella quotidianità, ha permesso all'uomo di vivere bene per milioni di anni. Infatti, i cereali, purché consumati nella loro integralità, associati

ai legumi e a una certa quota di semi oleaginosi e di verdure e, in qualche occasione, a cibi di origine animale, offrono da sempre una perfetta combinazione alimentare. Forniscono la giusta quantità di tutti i macronutrienti (carboidrati, proteine e lipidi), micronutrienti (vitamine, sali minerali, antiossidanti ed altro) e fibre necessari al benessere complessivo dell'uomo.



Nei Paesi occidentali, soprattutto nel corso dell'ultimo secolo, lo stile alimentare però si è via via discostato da questo schema tradizionale. Sono stati privilegiati i prodotti animali (carni e latticini) che un tempo erano mangiati solo in casi eccezionali, nonché alimenti che non erano neanche conosciuti, come quelli ottenibili soltanto con le tecnologie moderne (per esempio, lo zucchero bianco e le farine raffinate), quelli estratti con mezzi chimici dai semi o dai frutti oleaginosi (gli oli raffinati) o addirittura quelli che non esistevano in natura (come i grassi idrogenati, le margarine che troviamo in parecchi prodotti confezionati a lunga conservazione, specialmente dolci).

L'aumento del consumo di cibi di derivazione animale ha contribuito fortemente a peggiorare lo stato di salute. L'uomo ha sempre mangiato cibo animale ma, fatta eccezione per alcuni popoli nomadi o per quelli che vivono in condizioni ambientali estreme per freddo, come gli eschimesi, o per l'altitudine, come i tibetani, sono ben pochi gli esempi di alimentazione tradizionale con un alto contenuto di

alimenti carnei. Anche il latte, che oggi in Occidente è un alimento quotidiano, era bevuto dai più solo in rare occasioni, in quanto non poteva essere conservato e diventava facilmente fonte di infezioni. È stato solo alcuni decenni dopo la scoperta della pastorizzazione, in pratica dopo la prima guerra mondiale, che questo alimento ha cominciato a essere consumato giornalmente, anche se molti popoli, ancor oggi, non lo utilizzano più dopo lo svezzamento.

La cultura medica occidentale, giustamente preoccupata per il grave stato di denutrizione che imperversava nelle nostre campagne e nei quartieri popolari delle città nei primi decenni del Novecento, ha avuto un ruolo importante nella promozione del cibo animale. La disponibilità di latte e di carne, assieme al miglioramento delle condizioni igieniche delle abitazioni, ha di sicuro contribuito a migliorare lo stato nutrizionale generale e ad abbassare la vulnerabilità alle malattie infettive. Oggi però ci si è spinti troppo oltre e il consumo di cibi animali e raffinati è entrato in una spirale di interessi produttivi e commerciali che ha completamente sovvertito le tradizioni alimentari.

Tutto questo manipolare e raffinare ha portato ad un paradosso: gli uomini sono sempre di più in sovrappeso o obesi (per eccesso di calorie ingerite rispetto al dispendio energetico) ma, allo stesso tempo, sono malnutriti. La malnutrizione dipende dal fatto che i cibi sono sempre più elaborati, e vengono preparati con materie prime raffinate (per garantirne una maggior conservazione); risultano così impoveriti di micronutrienti, di fibre, di antiossidanti ed altri componenti fondamentali per il buon funzionamento del corpo e della mente.” Le fibre, ad esempio, nutrono migliaia di miliardi di microorganismi che, nel nostro intestino, producono vitamine e altre sostanze indispensabili alla nostra salute, controllano numerosi meccanismi fondamentali per il corretto svolgimento di funzioni fisiologiche e ci proteggono da tutte quelle sostanze tossiche che introduciamo per mezzo del cibo. Ma se mangiamo cibi raffinati, e dunque impoveriti, tutti questi vantaggi vengono persi ed il nostro organismo diventa più vulnerabile.

Un altro problema è rappresentato dalla grande disponibilità di cibo. L'uomo è passato da una condizione di miseria ad una di eccessi. Il nostro corpo è stato regolato, in milioni di anni, a sopravvivere alle carestie ma è del tutto impreparato a far fronte alla sovrab-

bondanza di cibo. Tende, quindi, ad immagazzinare più che può e a rallentare i processi di dimagrimento; quando una persona si mette a dieta dimagrante, infatti, dopo un po' di tempo il calo di peso si arresta; questo perché per l'organismo la riduzione di energia attraverso il cibo corrisponde ad un periodo di carestia per cui l'unica cosa che sa fare è trovare delle vie alternative per risparmiare sul consumo calorico.

Ecco perché in Europa, come già in America, il problema del sovrappeso e dell'obesità è sempre più pressante con tutte le conseguenze correlate alla salute e, più in generale, al benessere fisico.

Un gruppo di ricercatori, che ha sviluppato e portato avanti il progetto europeo "Children, obesity and associated avoidable chronic diseases" (European Heart Network, 2005) finalizzato a comprendere perché il bambino europeo tende sempre di più al sovrappeso ed all'obesità (con conseguenza di sviluppare le patologie correlate), ha riconosciuto nelle bevande zuccherate e nel cibo dei fast food, come nei cibi già pronti (specialmente nelle merendine), la principale causa dell'obesità infantile assieme alla sedentarietà.

I ricercatori hanno identificato un gran numero di prodotti alimentari di uso comune troppo ricchi in grassi, zuccheri e sodio, abitualmente consumati dai bambini come snack salati, prodotti confezionati, torte e dolci, biscotti, cereali da colazione e bevande zuccherate. I ricercatori sperano che si possa arrivare a una definizione omogenea di "cibi non salutari" e di "cibi salutari" e che si possa rendere questa informazione nota al consumatore.

L'indagine del 2008 condotta all'interno del progetto "OKkio alla Salute" promosso dall'Istituto Superiore di Sanità mette in evidenza che il 12,3% dei bambini italiani è obeso, mentre il 23,6% è in sovrappeso: più di un bambino su tre, quindi, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età e su 1.115.000 bambini in eccesso ponderale 382.000 sono obesi.

Sebbene nessuna Regione possa dirsi esente dal problema, le differenze sul territorio sono notevoli, con situazioni più gravi al Sud come si può vedere dal grafico sottostante.



Grafico e dati da Rapporto Istisan – “OKkio alla Salute”: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008

È ormai noto che un bambino obeso sarà, con grande probabilità, un adulto obeso, con un rischio maggiore di sviluppare patologie cronico-degenerative e ricadute pesanti sull'economia del Sistema Sanitario (Reilly, 2003).

È dunque necessario evitare di sovraccaricarci di cibi, in generale, e manipolati dai trattamenti industriali, in particolare, che solo il plagio della pubblicità televisiva riesce a farci sembrare buoni e salutari.

Poiché l'uomo, come ogni altro essere vivente, sul piano biologico è il risultato della trasformazione di ciò che mangia, le conseguenze negative sulla salute di tali abitudini alimentari sono inevitabili.

La ricerca indica che il consumo di molti alimenti oggi in commercio ha contribuito allo sviluppo delle malattie più rappresentate

nella nostra epoca, come l'obesità, il diabete, l'ipertensione, l'osteoporosi, l'ipertrofia prostatica, l'aterosclerosi, l'infarto del miocardio, le demenze senili e molti tumori.

Un buon consiglio su come comportarci per fare una prima selezione su ciò che ci offre il mercato è possibile trovarla nel libro *"In difesa del cibo"* di Michael Pollan (Pollan, 2009). Il suggerimento fondamentale che viene dato è quello di acquistare sempre come se a fare la spesa con noi ci fosse la nostra bisnonna e tutto quello che lei non riconosce come cibo non deve essere comprato. Il secondo suggerimento è di leggere tutti gli ingredienti scritti sulle etichette e, se ci sono parole di cui la bisnonna non conosce il significato, parole impossibili da pronunciare, è bene evitare di acquistare. Se poi c'è scritto che al cibo è stato aggiunto qualcosa che fa bene alla salute, è ugualmente bene non comprare, perché il cibo deve dare naturalmente ciò che contiene senza che l'industria alimentare vada a modificarlo aggiungendo o togliendo qualcosa: le manipolazioni possono risultare, se non pericolose, quanto meno inutili ai fini nutrizionali.

Resta comunque non semplice capire quali siano i cibi migliori o il più giusto stile alimentare da seguire.

Di strumenti validi ed indicazioni ne arrivano molte dal mondo scientifico. Nel 2007 il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (WCRF, 2007) ha pubblicato un report dal titolo "Il cibo, la nutrizione, l'attività fisica e la prevenzione del cancro: una prospettiva globale" nel quale sono riportate dieci raccomandazioni fondate su solide basi scientifiche e condivise dalla maggior parte dei ricercatori che sono, senza dubbio, un buon punto di riferimento.

Il WCRF, il cui compito è di promuovere la prevenzione primaria dei tumori attraverso la ricerca e la divulgazione della conoscenza sulle loro cause, ha concluso, nel 2007, un'opera di revisione di tutti gli studi scientifici sul rapporto fra alimentazione, stile di vita e tumori.

Vi hanno contribuito oltre 150 ricercatori, epidemiologi e biologi, di circa cinquanta centri di ricerca fra i più prestigiosi del mondo. Il volume, in lingua inglese, è disponibile su www.dietandcancerreport.org. Di tutti i fattori associati ad un maggior rischio di cancro, quello più solidamente dimostrato è il sovrappeso: le persone grasse si am-

malano di più di tumori della mammella, dell'endometrio, del rene, dell'esofago, dell'intestino, del pancreas e della cistifellea.

Di qui la raccomandazione di mantenersi snelli per tutta la vita e di evitare i cibi ad alta densità calorica, cioè i cibi ricchi di grassi e di zuccheri, che più di ogni altro favoriscono l'obesità: in primo luogo quelli proposti nei *fast food* e le bevande zuccherate.

La vita sedentaria è un'altra causa importante di obesità, ma è anche tra le cause predisponenti allo sviluppo del cancro indipendentemente dall'obesità: gli studi epidemiologici hanno evidenziato che le persone sedentarie si ammalano di più di cancro dell'intestino, della mammella, dell'endometrio e, forse, anche del pancreas e del polmone.

Altri fattori, che un gran numero di studi coerentemente indicano come cause importanti di cancro, includono il consumo di bevande alcoliche, associato ai tumori del cavo orale, della faringe, della laringe, dell'intestino, del fegato e della mammella; il consumo di carni rosse, soprattutto di carni conservate, associato soprattutto al cancro dell'intestino, ma probabilmente anche ai tumori dello stomaco, e sospettato per i tumori dell'esofago, del pancreas, del polmone e della prostata; il consumo elevato di sale e di cibi conservati sotto sale, associati al cancro dello stomaco; il consumo elevato di calcio, probabilmente associato al cancro della prostata; il consumo di cereali e legumi, se contaminati da muffe cancerogene, responsabili del cancro del fegato; il consumo di supplementi alimentari ad alte dosi.

Sul latte e i latticini e, in generale, sui grassi animali, gli studi sono molto contrastanti e non conclusivi: il consumo di latte sembrerebbe ridurre i tumori dell'intestino, che sarebbero però aumentati dal consumo di formaggi, e un consumo elevato di grassi aumenterebbe sia i tumori del polmone che i tumori della mammella; si tratta di aumenti di rischio modesti ma, data l'elevata frequenza di questi tumori, tutt'altro che trascurabili. Anche sul consumo di pesce non ci sono conclusioni certe ma sembra che il suo consumo sia correlato ad una protezione nei confronti del tumore del colon-retto mentre non esiste nessuna evidenza che deponga a favore del consumo di uova o che ne sconsigli l'utilizzo.

Un ulteriore fattore importante considerato nel volume è l'al-

lattamento, che riduce il rischio di cancro della mammella e, forse, dell'ovaio, per la donna che allatta, e riduce il rischio di obesità in età adulta per il bambino che viene allattato.

Ma veniamo alle raccomandazioni:

1) *Mantenersi snelli per tutta la vita.* Per conoscere se il proprio peso è in un intervallo accettabile è utile calcolare l'Indice di Massa Corporea (BMI = peso in Kg diviso per l'altezza in metri elevata al quadrato). Secondo il WCRF del 2007 il valore che si ricava dovrebbe essere compreso tra 21 e 23.

2) *Mantenersi fisicamente attivi tutti i giorni.* In pratica è sufficiente un impegno fisico pari a una camminata veloce per almeno mezz'ora al giorno; meglio prolungare l'esercizio fisico fino ad un'ora o praticare uno sport almeno 2-3 volte a settimana. L'uso dell'auto per gli spostamenti e il tempo passato a guardare la televisione sono i principali fattori che favoriscono la sedentarietà nelle popolazioni urbane.

3) *Limitare il consumo di alimenti ad alta densità calorica ed evitare il consumo di bevande zuccherate.* Sono generalmente ad alta densità calorica i cibi industrialmente raffinati, precotti e preconfezionati, che contengono elevate quantità di zucchero e/o grassi, quali i cibi comunemente serviti nei fast food. Importanti sono le due parole "limitare" ed "evitare". Se occasionalmente si può mangiare un cibo molto grasso o zuccherato, ma mai quotidianamente; l'uso di bevande gassate e zuccherate è invece da evitare, anche perché forniscono abbondanti calorie senza produrre alcun senso di sazietà.

4) *Basare la propria alimentazione prevalentemente su cibi di provenienza vegetale, con cereali non industrialmente raffinati e legumi in ogni pasto e un'ampia varietà di verdure non amidacee e di frutta.* Sommando verdure e frutta sono raccomandate almeno cinque porzioni al giorno (per circa 600g); fra le verdure non sono considerate le patate che, per il loro elevato contenuto in amidi facilmente assimilabili, se consumate frequentemente assieme ad altri cibi fortemente amidacei come ad esempio pane e pasta, predispongono al sovrappeso.

5) *Limitare il consumo di carni rosse ed evitare il consumo di carni conservate.* Le carni rosse comprendono le carni ovine, suine e bovine, compreso il vitello. Ne è consigliato un consumo modesto ma, per chi è abituato a mangiarne in grandi quantità, si raccomanda di non superare i 500 grammi alla settimana. Anche in questa racco-

mandazione compaiono i termini “limitare” (per le carni rosse) ed “evitare” (per le carni conservate, comprendenti salumi, prosciutti, wurstel, ecc.), per le quali non si può dire che vi sia un limite al di sotto del quale probabilmente non vi sia rischio.

6) *Limitare il consumo di bevande alcoliche.* Non sono raccomandate, ma per chi ne consuma si raccomanda di limitarsi ad una quantità pari ad un bicchiere di vino (da 125 ml) al giorno per le donne e due per gli uomini. La quantità di alcol contenuta in un bicchiere di vino è circa pari a quella contenuta in una lattina di birra e in un bicchierino di un distillato o di un liquore.

7) *Limitare il consumo di sale (non più di 5 g al giorno) e di cibi conservati sotto sale.* Evitare cibi contaminati da muffe. È necessario assicurarsi del buon stato di conservazione dei cereali e dei legumi che si acquistano, ed evitare di conservarli in ambienti caldi ed umidi dove potrebbero formare muffe.

8) *Assicurarsi un apporto sufficiente di tutti i nutrienti essenziali attraverso il cibo.* Di qui l'importanza della varietà. L'assunzione di supplementi alimentari (vitamine o minerali) per la prevenzione del cancro è invece sconsigliata, specialmente se ne vengono assunte alte dosi e per lunghi periodi.

9) *Allattare i bambini al seno per almeno sei mesi.* Questa raccomandazione non aiuta solamente nella prevenzione del cancro al seno ma coadiuva anche nella prevenzione dell'obesità nel bambino.

10) *Nei limiti dei pochi studi disponibili sulla prevenzione delle recidive, le raccomandazioni per la prevenzione alimentare del cancro valgono anche per chi si è già ammalato.*

Ovviamente tutto il WCRF indica, come rischio correlato a molte forme di tumore, il fare uso di tabacco.

Queste raccomandazioni non sono utili solo per la prevenzione dei tumori ma anche per le altre patologie cronic-degenerative come le malattie cardio-vascolari, il diabete, le demenze senili ed altro. Analizzando gli innumerevoli studi rivolti alla prevenzione è possibile vedere che i rischi di sviluppare una determinata malattia sono quasi sempre correlati agli stessi scorretti comportamenti alimentari, così come la protezione è legata alla correzione di questi.

Se è vero che non è possibile scrivere una dieta dettagliata che vada bene per tutte le persone è però vero che seguire delle indicazioni di massima, cominciare a correggere qualcosa, prestare atten-

zione ai suggerimenti che arrivano dal mondo scientifico dà a tutti un grande vantaggio, che risulta subito evidente al singolo anche iniziando a modificare piccole cose.

Bibliografia

European Parliament and the Council, decision n° 1350/2007/EC. *Establishing a second programme of Community action in the field of health* (2008 – 2013)

Schimidt A. *Il materialismo antropologico di Ludwig Feuerbach*. De Donato eds, Bari, 1975

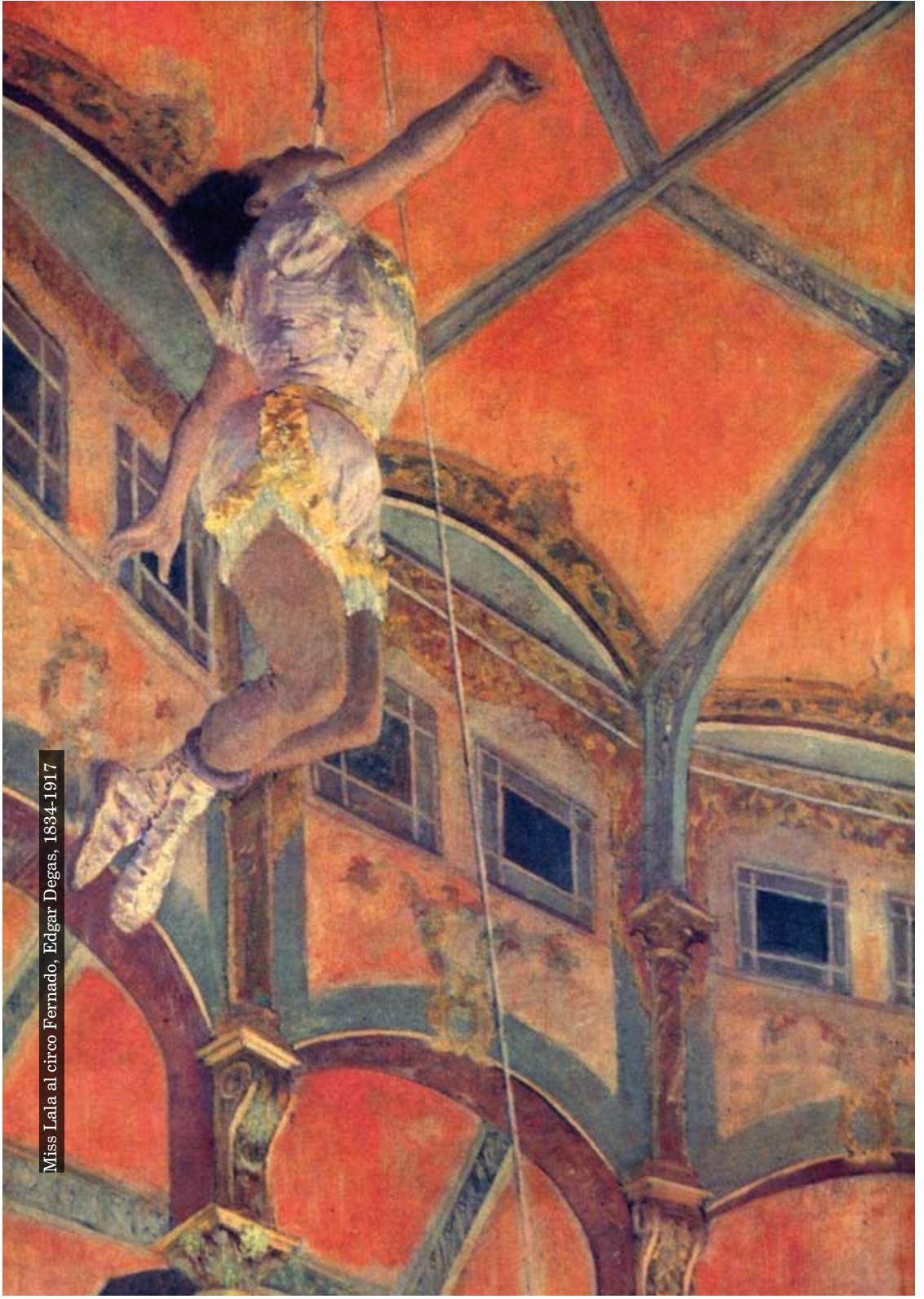
European Heart Network. *“The marketing of unhealthy food to children in Europe”*. A report of Phase 1 of the ‘Children, obesity and associated avoidable chronic diseases’ project, April 2005

Reilly J.J. et al. *Health consequences of obesity*. Arch Dis Child 2003; 88:748-752

Pollan M. *In difesa del cibo*. Adelphi ed., 2009

WCRF, World Cancer Research Found. *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*, 2007

Miss Lala al circo Fernando, Edgar Degas, 1884-1917



I BENEFICI DELLA PRESCRIZIONE DI UN' ATTIVITÀ FISICA INDIVIDUALIZZATA

Gabriele Rosa, Huber Rossi, Sara Campagna

“...dall'attività fisica sufficientemente vigorosa derivano benefici specifici: dall'irrobustimento degli organi deriva la resistenza allo sforzo ed alla fatica, dal calore endogeno un metabolismo più vivace, una migliore nutrizione e diffusione delle sostanze del corpo...”. Galeno nel suo trattato “De sanitae tuenda”, del secondo secolo dopo Cristo, affrontava in maniera approfondita lo stretto rapporto esistente tra attività fisica e salute.

Ci sono voluti però molti secoli affinché il nesso tra esercizio fisico e stato di salute diventasse oggetto di ricerca scientifica. Negli ultimi anni la sedentarietà si è diffusa sempre più, si sono ridotti drasticamente l'attività fisica quotidiana (nessuno più si muove a piedi o in bicicletta, la tecnologia ha reso le attività lavorative sempre più statiche) e l'esercizio fisico regolare e costante (spesso il tempo libero sempre più ridotto tra impegni lavorativi e famiglia assume i connotati del riposo/sedentarismo).

Dalla relazione annuale del Ministero della Salute sullo stato sanitario del nostro paese, presentata a dicembre 2009, emergono dati allarmanti: la pigrizia uccide più di molte patologie. A causa dell'inattività fisica e delle patologie ad essa correlate muoiono ogni anno nel nostro paese circa ventottomila persone (5% dei decessi totali). La sedentarietà, inoltre, riduce gli anni di vita trascorribili in buona salute, facendo aumentare i tassi di invalidità e di morte prematura.

I dati resi noti negli ultimi anni dall'OMS riguardo al nostro paese evidenziano che la percentuale di persone inattive ammonta al 37,5% (43% donne e 32% uomini).

Altrettanto sconcertanti sono i dati relativi a bambini ed adolescenti di età compresa fra i 6 e i 17 anni: uno su quattro non pratica alcuno sport e altrettanti lo fanno per non più di un'ora a settimana. La metà circa dei bambini ha la televisione in camera e la guarda per più di tre ore al giorno (Martinella, 2010).

È ormai opinione comune tra gli esperti di salute pubblica e le autorità mediche che una ridotta attività fisica, comunemente associata ad uno stile di vita poco regolare, determina un incremento del rischio di patologie cardiovascolari, metaboliche e dei casi di morte ad esse correlati, nonché un aumento della mortalità per cause diverse (Fletcher, 2001).

Indipendentemente dagli altri fattori di rischio, le persone fisicamente inattive hanno un rischio aumentato del 35-52% di sviluppare una forma di ipertensione rispetto a chi pratica attività fisica.

Inoltre, i soggetti sedentari hanno un rischio maggiore di diventare obesi ed esiste una relazione inversa tra i livelli di attività fisica e il rischio di sviluppare diabete mellito di tipo 2, soprattutto nei soggetti con sovrappeso/obesità, familiarità e ipertensione.

L'esercizio fisico risulta essenziale anche nel raggiungimento di un adeguato picco di massa ossea, migliora la densità ossea e previene il rischio osteoporotico e di fratture ad esso correlate.

La morbilità e la mortalità sono minori in soggetti in sovrappeso fisicamente attivi, anche senza la perdita di peso.

L'esecuzione di un'attività fisica regolare rappresenta, quindi, una fondamentale strategia di prevenzione e di trattamento delle malattie cardiovascolari, obesità, diabete, dislipidemie, depressione, neoplasie, da sola o in associazione con la riduzione di altri fattori di rischio (ASL di Brescia, 2009).

Per le patologie di origine metabolica gli effetti positivi dell'esercizio fisico agiscono direttamente sulla patogenesi della malattia, oltre a ridurre la sintomatologia, migliorare la forma fisica del soggetto e la qualità della vita in generale. Per altre condizioni patologiche come il cancro alla mammella e al colon o la depressione non vi sono evidenze scientifiche in grado di dimostrare un effetto positivo dell'esercizio fisico sulla loro patogenesi, ma vi è una moderata evidenza scientifica che mostra come l'attività fisica determini una riduzione dei sintomi oltre che un miglioramento della forma fisica e della qualità di vita di questi pazienti (Pedersen, 2006).



I principali effetti biochimico-fisiologici provocati nell'uomo dall'attività fisica regolare e costante possono essere così riassunti:

1) *aumento del massimo consumo di ossigeno e della gittata cardiaca.* Il massimo consumo di ossigeno è la quantità massima di ossigeno che il soggetto riesce a consumare quando viene sottoposto ad un esercizio dinamico di massima intensità. Un adeguato allenamento, in soggetti sedentari, può determinare un aumento del massimo consumo di ossigeno superiore al 20%. La gittata cardiaca è il volume di sangue che il cuore è in grado di pompare ad ogni battito per ogni minuto, nel sedentario, con l'esercizio fisico costante si ottiene un suo aumento di circa il 20%.

2) *Riduzione della frequenza cardiaca ad un dato consumo di ossigeno.*

3) *Riduzione della pressione arteriosa* sia per effetto diretto dell'esercizio fisico sui parametri emodinamici, sul tessuto nervoso e sul sistema umorale, sia per effetto indiretto tramite la riduzione del peso corporeo.

4) *Riduzione del lavoro del cuore.* Il lavoro del cuore dipende essenzialmente da frequenza cardiaca e pressione arteriosa media; gli individui attivi tendono a far lavorare meno il cuore sia in condizioni di riposo sia di lavoro muscolare. Tutti gli adattamenti cardiovascolari indotti dall'allenamento determinano una riduzione della richiesta

miocardica di ossigeno, quindi una riduzione del lavoro cardiaco.

5) *Miglioramento dell'efficienza del muscolo cardiaco.*

6) *Aumento della vascolarizzazione miocardica con miglioramento del flusso coronarico.*

7) *Aumentata densità dei capillari nel muscolo scheletrico* con prolungamento del tempo di transito del sangue nel muscolo e conseguente miglioramento dello scambio dei substrati, metaboliti e gas fra sangue e tessuto.

8) *Aumentata attività degli enzimi aerobici nel muscolo scheletrico.* Gli enzimi aerobici sono catalizzatori biologici localizzati a livello mitocondriale con la funzione di provvedere al rifornimento di ATP (fonte di energia) tramite l'ossidazione di zuccheri e grassi.

9) *Aumento della tolleranza allo sforzo* dovuto alla riduzione della produzione di acido lattico ad una determinata intensità di lavoro.

10) *Aumentata abilità ad utilizzare i grassi in corso di esercizio fisico con conseguente risparmio degli zuccheri.* L'individuo allenato alla resistenza utilizza proporzionalmente più acidi grassi e meno carboidrati. In questo modo, una data scorta di glicogeno durerà più a lungo migliorando così la resistenza allo sforzo. L'utilizzo prevalente dei grassi produce anche una riduzione della percentuale di massa grassa dell'individuo.

11) *Migliorata funzionalità e struttura di legamenti, tendini e articolazioni.*

12) *Aumentato rilascio di endorfine* che intervengono come co-fattori nella regolazione del sistema immunologico, dell'umore e nella risposta endocrina allo stress.

13) *Favorita normalizzazione di una ridotta tolleranza al glucosio.* Nel sedentario con l'invecchiamento c'è la tendenza ad avere elevati livelli di glucosio nel sangue. L'esercizio fisico abituale riduce l'iperinsulinemia tramite un'aumentata eliminazione e una ridotta secrezione. Inoltre, in corso di esercizio fisico aumenta la permeabilità delle cellule muscolari che facilita la diffusione al loro interno del glucosio.

14) *Migliorato controllo del peso corporeo.* L'esercizio fisico sollecitando il metabolismo aerobico a livello del muscolo scheletrico induce un'aumentata mobilitazione e utilizzazione ossidativa dei trigliceridi e degli acidi grassi depositati nel tessuto adiposo, con conseguente riduzione del peso corporeo.

15) *Incremento del rapporto HDL/LDL plasmatico,* con aumento del colesterolo "buono" e riduzione di quello "cattivo".

16) *Aumento della massa ossea* in soggetti sia con densità ossea nor-

male sia osteopenica e osteoporotica, e conseguente miglioramento della densità e della resistenza ossea con riduzione del rischio di fratture (Folli, 2010).

L'esercizio fisico, come mezzo per mantenere o migliorare lo stato di salute, deve essere considerato alla stregua di un farmaco; è necessario infatti conoscere indicazioni e controindicazioni, il meccanismo d'azione, le eventuali interazioni ed effetti indesiderati e le precauzioni da osservare durante l'esecuzione (Fattirolli, 2003).

La prescrizione dell'esercizio fisico deve prendere in considerazione la condizione specifica del paziente, valutando la storia anamnestica (anamnesi medica, sportiva, alimentare), le sue caratteristiche fisico-antropometriche (BMI, percentuale di massa grassa) e funzionali (condizione atletica attuale) in modo da elaborare un programma motorio personalizzato che si proponga obiettivi utili e realistici e assicuri il massimo beneficio al paziente.

Nella maggior parte dei casi il problema è proprio questo: la corretta "dose" di esercizio fisico (quale attività fare, con quale intensità e frequenza). Molte persone cominciano ad allenarsi senza avere delle linee guida, senza porsi obiettivi, senza conoscere le proprie capacità e i propri limiti, così finiscono per non ottenere i risultati sperati e ben presto abbandonano la loro esperienza "atletica" o, peggio, vanno incontro a traumi e problemi fisici.

C'è chi pensa che l'esercizio fisico sia un'attività di nicchia che solo chi di natura è dotato di gambe lunghe e snelle possa praticarlo con buoni risultati. In realtà l'attività fisica è un bene condivisibile da tutti che deve essere coltivato dall'infanzia alla senescenza in forme e modalità differenti.

Prevengono e curano le "malattie da sedentarietà" tutte le attività fisiche in grado di "allenare" l'apparato cardio-circolatorio e di aumentare la spesa energetica, soprattutto utilizzando come "benzina metabolica" i grassi o lipidi, spesso presenti in eccesso.

Esistono diverse attività motorie che rispondono a questi requisiti (cammino/trekking, corsa, ciclismo, nuoto, ecc.), ma se vogliamo considerare un'attività motoria accessibile a tutti, facile da eseguire, non costosa e praticabile tutto l'anno, la scelta cade indubbiamente sul cammino/corsa.



Camminare/correre costituisce l'attività fisica ideale in quanto può essere praticata da tutti, non richiede attrezzature particolari, si può svolgere all'aperto e in qualsiasi condizione, non richiede tempo per i preparativi, ottiene il doppio effetto di allenare l'apparato cardiocircolatorio e far consumare i grassi di deposito migliorando, allo stesso tempo, il metabolismo glucidico attraverso un utilizzo corretto degli zuccheri.

Un primo aspetto da affrontare per qualsiasi soggetto che si affacci ad un'attività fisica è l'intensità con la quale effettuare gli allenamenti.

L'intensità spesso è indicata in differenti modi:

- *velocità di cammino/corsa con cui si coprono le differenti distanze* (tempo al km per chi corre su percorsi misurati o km/h per chi corre su tapis roulant). È il metodo maggiormente utilizzato dai podisti e spesso la velocità, espressa in km/h dai tapis roulant, viene utilizzata dai neofiti nelle palestre.

- *Percezione del ritmo* (corsa molto lenta, corsa lenta, corsa media, corsa intensa). Tale metodo si basa su una possibile correlazione tra fatica percepita (impegno respiratorio, impegno muscolare, ecc.) e l'associazione con i ritmi di corsa sopra esposti.

- *Frequenza cardiaca misurata attraverso un cardiofrequenzimetro o "al polso" (metodo poco preciso) per poter valutare l'impegno cardiaco e tarare la velocità in base ad esso.*

Il metodo della frequenza cardiaca appare il migliore per tarare i propri ritmi (velocità) di allenamento; tale metodo deve però essere utilizzato in associazione con test di valutazione fisica precisi che possano determinare i propri range di frequenza cardiaca dove poter effettuare le differenti metodiche di allenamento. Risulta importante evitare di impostare i propri ritmi di allenamento su formule teoriche che possono sembrare corrette se valutate su un campione di persone molto ampio, ma che possono portare ad errori importanti nel singolo individuo (esempio: FC max = 220-età).

Il test che ci permette di definire con precisione le frequenze cardiache allenanti è il test di soglia aerobica/anaerobica o test di Mader (Heck, 1985) (Fig.1). Questo test prevede di camminare/correre su un tapis roulant a pendenza/velocità crescenti per circa 15/25 min. Si parte a velocità blande (per il cammino 5 km/h, per la corsa 7 km/h per un podista occasionale o per i novizi, 11 -12 km/h per un buon amatore) per 4/6 min e si incrementa la pendenza del 4% o la velocità di 1/2 km/h ogni 3/4 min. Alla fine di ogni step (fase di cammino/corsa della durata di 3/4 min svolta alle differenti pendenze/velocità del test) si analizza il livello di acido lattico (LA) attraverso un piccolo foro effettuato al lobo dell'orecchio e si annota la frequenza cardiaca (FC) media degli ultimi 30 sec (attraverso l'ausilio di un cardiofrequenzimetro). Questo comportamento viene ripetuto anche nelle velocità seguenti fino a quando non viene rilevato un livello di acido lattico uguale o superiore a 4 mmol/l.

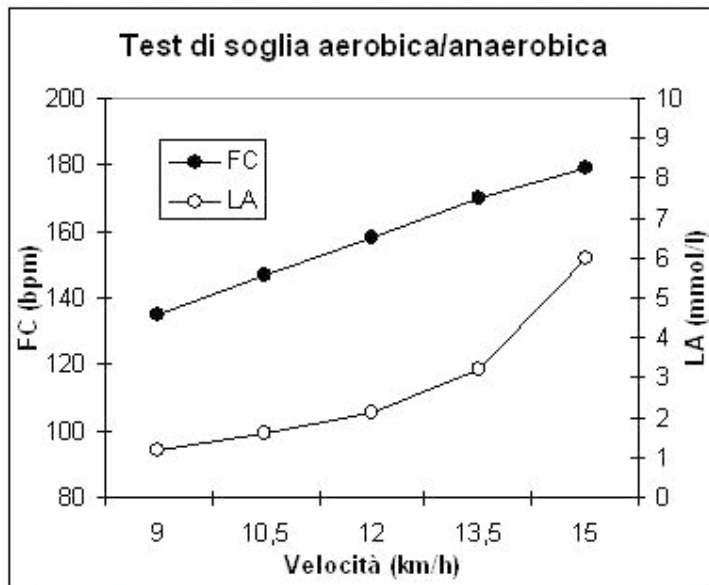


Fig.1. Esempio dell'andamento della frequenza cardiaca (FC) e dell'acido lattico ematico (LA) durante l'esecuzione del test.

Il test ci permette di definire due soglie:

- 1) *aerobica* (frequenza cardiaca e velocità/pendenza corrispondenti ad una concentrazione di 2 mmol/l acido lattico ematico);
- 2) *anaerobica* (frequenza cardiaca e velocità/pendenza corrispondenti 4 mmol/l acido lattico ematico).

Tali soglie ci permettono di capire a quale intensità di lavoro specifica per il nostro soggetto si innescano i tre metabolismi che forniscono l'energia necessaria nelle attività continue di media e lunga durata (Fig. 2).

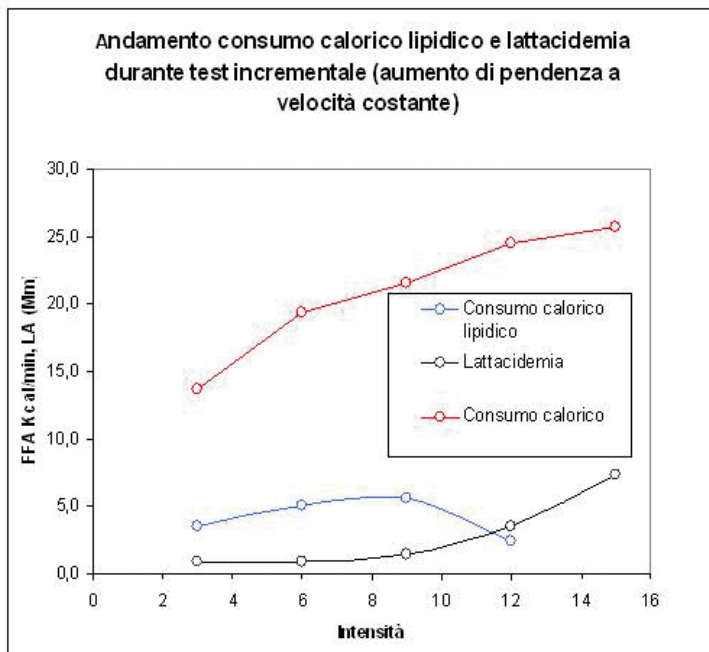


Fig. 2. Andamento del consumo calorico (linea rossa), del consumo lipidico (linea blu) e dell'acido lattico durante un test incrementale (dati personali).

Questi metabolismi possono essere così riassunti:

- *metabolismo aerobico lipidico* (intensità inferiori alla soglia aerobica). A queste intensità utilizziamo una miscela di grassi e zuccheri per muoverci e possiamo svolgere tutti gli allenamenti tranquilli, corretti per perdere grasso, gran parte dei lunghi¹ e la maratona.

- *metabolismo aerobico glucidico* (intensità comprese tra la soglia aerobica e quella anaerobica). A questa intensità non abbiamo accumulo di acido lattico, però la sorgente energetica principale per il movimento è rappresentata dagli zuccheri; in questa zona possiamo effettuare gli allenamenti di media intensità, la parte intermedia dei progressivi, le ripetute di lunga durata (sopra i 10-15 min) e le gare dai 15 ai 30 km;

¹ Allenamenti che presentano durata superiore alla media. Ad esempio, se una persona è abituata a correre 30 min, il lungo potrebbe essere di 1h; usualmente la durata di questa seduta supera un'ora o un'ora e mezza.

- *metabolismo misto aerobico/anaerobico glucidico* (intensità superiori alla soglia anaerobica). A questa intensità gli zuccheri rimangono l'unica sorgente energetica e vi è un progressivo accumulo di acido lattico nei muscoli e nel sangue che porta ad un rapido affaticamento (dovuto all'azione inibitoria enzimatica prodotta dall'abbassamento del pH). In questa zona possiamo effettuare gli allenamenti più intensi come le ripetute di media e breve durata (dai 30 sec ai 6/8 min), i finali degli allenamenti in progressione, le gare brevi (fino a 10 km circa). Per i soggetti che praticano attività fisica solo per il benessere e la perdita di peso questo metabolismo viene allenato in minor percentuale attraverso ripetute della durata di 1/3 min inframezzate da sufficiente recupero (2/4 min) svolte non più di una volta a settimana.



Di seguito vengono riportati due esempi di allenamento:

- Atleti evoluti: 15/20 min di riscaldamento + 9/10 volte 1 km svolto ad intensità che stimolano questo metabolismo con 1 min e 30 sec di recupero in corsa lenta + defaticamento.

- Benessere: 10/15 min di riscaldamento + 3/4 volte 3 min ad intensità che stimolano questo metabolismo con 3 min di recupero in corsa lenta + defaticamento.

A seconda del soggetto che dobbiamo allenare (sedentario, amatore, atleta, elite) imposteremo diverse tipologie di allenamento/attività fisica; indipendentemente dalla categoria di appartenenza risulta sempre importante utilizzare tutti e tre i metabolismi sopra citati, modificando le percentuali di intervento.

Nei soggetti sottoposti a “sport-terapia” gli allenamenti (due/quattro giorni a settimana) coinvolgeranno prevalentemente il metabolismo aerobico lipidico e aerobico glucidico, in modo da favorire la perdita di massa grassa. Un terzo/quarto allenamento verrà svolto alle maggiori intensità di lavoro, in modo da stimolare l’apparato cardiocircolatorio, ottenendo così un miglioramento anche qualitativo in tutte le categorie di attività fisica.

L’allenamento personalizzato, oltre a definire intensità di lavoro del soggetto, tipologia e frequenza dell’allenamento, deve dare indicazioni anche riguardo alla durata delle singole sedute.

Tenendo sempre in considerazione il tempo libero a disposizione, la durata viene stabilita in base al livello fisico di partenza per andare poi ad incrementarla gradualmente.

In un soggetto sedentario partiremo da 20-30 min di cammino per seduta per poi incrementarli nel corso delle settimane di allenamento; in un soggetto già attivo, abituato a correre per 40-45 min a seduta, partiremo da questa durata per arrivare rapidamente a 50-60 minuti di lavoro.

Per rendere più chiara la prescrizione dell’attività fisica viene riportato di seguito un esempio di soglia aerobica e anaerobica e la corretta prescrizione di attività motoria per le prime otto settimane (tre sedute a settimana) con obiettivo benessere in un soggetto sedentario che inizia l’attività.

Risultati test di Mader:

Soglia aerobica:	155 bpm
Soglia anaerobica:	170 bpm

Allenamento (per otto settimane):

1° seduta: 10 min di riscaldamento al passo entro i 135 bpm + 10 min da aumentare a 25 min (incrementando di 5 min ogni 2 settimane) di cammino veloce o corsa molto lenta entro i 150/155 bpm + qualche minuto di defaticamento al passo lento;

2° seduta: 10 min di riscaldamento al passo entro i 135 bpm + 4 volte da aumentare a 7 volte (incrementare di 1 volta ogni 2 settimane) 1 min di corsa senza superare i 170/175 bpm alternato a 2 min di cammino veloce entro i 150/155 bpm + qualche minuto di defaticamento al passo;

3° seduta: 10 min di riscaldamento al passo entro i 135 bpm + 3 volte 3 min da aumentare a 3 volte 6 min (incrementare di 1 min ogni 2 settimane) di cammino veloce/corsa lenta tra 155-165 bpm + qualche minuto di defaticamento al passo.

L'allenamento sopra esposto rappresenta un esempio e le metodologie, che devono sempre basarsi su dei dati oggettivi individuali (frequenza cardiaca, soglia aerobica/anaerobica), vanno modificate e adattate in base agli obiettivi stabiliti (benessere, perdita di peso, patologie, agonismo, ecc.).

Bibliografia

ASL di Brescia. *Lo stile di vita come terapia*. Ottobre 2009

Consoli G. *Inattività fisica: un pericolo per la salute*. Scienzaetv, Mar 2008

Conconi F. *L'esercizio fisico come farmaco*. Manuale per Azienda Sanitaria Emilia Romagna, 2008

Fattirolli F., Cellai T., Burgisser C. *Esercizio fisico e stato di salute un legame inscindibile*. Monaldi Arch Chest Dis 2003; 60:1, 73-78

Fletcher G.F., Balady G.J., Amsterdam E.A. et al. *Exercise standards for testing and training. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association*. *Circulation* 2001; 104:1694-1740

Folli M. *Esercizio fisico abituale e prevenzione*, dal sito www.mai-personnaltrainer.it, 2010

Heck H., Mader A., Hess G., Mücke S., Müller R., and Hollmann W. *Justification of the 4 mmol/l Lactate Threshold*. *Int J Sports Med* 1985; 6:117-130,

Lucini D. *Medicina dello Sport: l'esercizio fisico come terapia. Metodologia e campi applicativi*. *Int Emerg Med* 2007; 2:S124-S141

Martinella V. *Pigrizia Killer, 28mila morti all'anno per inattività fisica*. *Corriere della sera*, Gennaio 2010

Montera P. *Stile di vita e benessere*. *Sport e Salute*, anno I num 0, Luglio 2004

Pedersen B.K., Saltin B. *Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease: review*. *Scand J Med Sci Sport* 2006; 16 (suppl 1): 3-63

Sforza N. *L'esercizio fisico come stile di vita*, Progetto stili di vita, Società Italiana di Parodontologia, dal sito <http://www.progettostilidivita.it/9.html>

Circe Invidiosa, John William Waterhouse, 1849-1917



a

ACQUA E BENESSERE

Valerio Boschi, Maria Pia Colli

Un tempo “*sentirsi in forma*” corrispondeva, essenzialmente, a non avere malattie, mentre oggi, tende ad esprimere anche la ricerca di un delicato equilibrio psico-fisico che aiuti a rendere sopportabile lo stress della vita odierna, dove l’importanza della propria immagine gioca un ruolo preponderante.

Se l’immagine che il nostro corpo ci rimanda non ci soddisfa, diventa difficile il rapporto con noi stessi e con gli altri e si innesca una reazione psicologica di “inadeguatezza” che si somma agli effettivi danni che lo stress potrebbe produrre sul sistema cardiovascolare e nervoso.

L’uomo può sopportare lo stress acuto, quello che lo fa reagire in una situazione di pericolo, ma non lo stress cronico, ossia quel susseguirsi di fatti negativi, a volte banalmente negativi (un contrattempo, un ritardo al lavoro), che vengono percepiti, a livello emotivo, come la somma di eventi stressanti che “mandano in tilt”, per così dire, l’equilibrio. Spesso, in queste situazioni la medicina tende a rispondere con la prescrizione di ansiolitici ed antidepressivi.

Possiamo a questo punto porci la domanda: “In passato, in assenza di farmaci, come si curava lo stress fisico e mentale?”

La domanda, come risposta, rimanda all’immagine delle stazioni termali dell’antica Roma e, quindi, dei benefici fisici e chimici dell’acqua.

“Nella vita sociale romana le terme erano molto importanti; la loro presenza, accanto agli ambienti per bagni, biblioteche, palestre

e giardini permetteva incontri di scambio. Il cuore della struttura era di solito costituito da tre sale: il frigidarium per il bagno freddo, il calidarium per il bagno caldo, il tepidarium per far assuefare gradualmente i bagnanti alle due temperature delle vasche calde e fredde. Tra gli esempi più alti del genere in epoca tardo imperiale ricordiamo le terme di Caracalla e quelle di Diocleziano a Spalato” (Ramieri, 1996).

Come si può notare già allora le terme avevano la caratteristica di essere un centro polifunzionale, dove si consideravano non solo le necessità del corpo, ma anche quelle della mente: la citazione “*Mens sana in corpore sano*” ha, infatti, la sua corretta collocazione proprio in quell’epoca.

Nell’antica Roma, quindi, analogamente ad oggi, si ricercava il benessere proprio con l’aiuto dell’acqua, che serviva da tramite per rilassare il corpo, a tal punto da diventare ricettivo anche per le altre attività della vita del tempo: dalla filosofia alla politica, dal commercio ai giochi circensi.

L’acqua diventa così il mezzo con cui si possono raggiungere forma fisica ed intellettuale all’unisono; un bene prezioso che deve essere accessibile a tutti, senza limitazioni.

Per tale ragione, lo Stato Imperiale garantiva a tutti gli abitanti, attraverso ben undici acquedotti, la possibilità di attingere acqua alle fontane, servirsi di bagni pubblici e perfino beneficiare del lusso delle terme.

Con la decadenza dell’Impero Romano scomparve l’erogazione pubblica e, per tutto il Medioevo sino al termine del XVIII secolo, l’Europa visse con una profonda diffidenza nei confronti dell’acqua.

Diffidenza aggravata dalla diffusa credenza medica che il bagno non fosse salutare e influenzata, inoltre, da convinzioni religiose legate al pudore e al peccato. Sono significativi, a tale riguardo, alcuni proverbi popolari che facevano riferimento alla mentalità dell’epoca: “*Finchè i pidocchi restano sulla testa la salute è buona*”.

Solamente dopo l’epidemia di colera, che colpì l’Europa nel 1800, si cominciò a rivalutare l’acqua che poteva essere sì veicolo di malattie, ma solo se non correttamente sanificata.

Alla fine del XVIII secolo, con gli studi di Pasteur sulla potabilità e sulle nuove prospettive di bonifica delle acque palustri, nasce l’era dell’igiene moderna.

L'acqua copre i tre quarti della Terra: la quasi totalità è acqua salata (95%) mentre il rimanente è suddiviso tra ghiacciai, calotte polari (2,2%) e acqua dolce (2,3%).

L'acqua è fondamentale per la sopravvivenza del regno vegetale ed animale. La sua importanza è sempre stata tale che ha assunto persino valore quale simbolo religioso, così come si può evincere da un affresco tombale egizio in cui il defunto attinge alla fonte della rigenerazione.

Senza l'acqua l'uomo non potrebbe vivere e sin dal concepimento si instaura una simbiosi continua e fondamentale con questo elemento.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si preoccupa della qualità dell'acqua e dei suoi effetti sulla salute: le terme si collocano, a ragion veduta, tra i promotori e sostenitori di questa preoccupazione.

Uno degli obiettivi principali dell'OMS è far sì che tutte le popolazioni, indifferentemente dal loro sviluppo socio-economico, abbiano accesso ad adeguate quantità di acqua sicura.

A questo proposito fu redatta, nel 1958, la prima guida dell'OMS sulla qualità dell'acqua da bere, che conteneva regole standard internazionali sull'acqua potabile.

Anche l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sostiene da anni l'importanza dell'acqua per la tutela della salute e il perseguimento di uno stato di benessere. Infatti ha istituito, nel 1992, la "Giornata Mondiale dell'Acqua", che cade regolarmente il 22 marzo e che si pone come obiettivo l'aumento della consapevolezza del valore dell'acqua per la sussistenza dell'ecosistema e del benessere dell'individuo. Si tenga presente che, ancor oggi, alla mancanza di acque sicure si associano spesso malattie endemiche quali colera, febbre tifoide, epatite A.

“Il rapporto acqua-salute non è solamente di tipo ambientale, politico, igienico-sanitario, ma anche di tipo nutrizionale. Una corretta idratazione rappresenta la condizione essenziale per mantenersi in buona salute” (Pasini, 2004).

Il corpo di un adulto è formato per il 55-75% di acqua, l'embrione umano per l'80%, il neonato per il 75%.

Quando il corpo assume poca acqua percepisce tale riduzione come

una minaccia e comincia a conservarne ogni goccia. Il risultato di questo meccanismo è il fenomeno della ritenzione idrica, con possibili edemi declivi, senso di peso, affaticamento. È quindi fondamentale ristabilire la giusta concentrazione aumentando l'acqua introdotta.

L'acqua è il più importante alimento ed elemento del nostro corpo: si può sopravvivere a lungo alla carenza di cibo, ma non di acqua; bastano infatti pochi giorni di mancata introduzione per determinare danni.

Già Leonardo da Vinci, pur non redigendo un'opera precisa sul tema dell'acqua, osservò che questa presentava proprietà peculiari: densità, calore specifico, potere risolvente. Scrive infatti: *“L'acqua è il miglior solvente naturale per molte sostanze tra cui i sali... Le acque sono quindi soluzioni che contengono varie sostanze disciolte e diverse reazioni chimiche. Questo permette la sua candidatura a solvente specifico per le cellule degli organismi viventi”*.



L'acqua trasporta gli oligoelementi e i nutrienti all'interno delle cellule e negli spazi intracellulari ed è il mezzo con cui avvengono le più importanti reazioni del metabolismo in tutte le funzioni corporee: sintesi di proteine ed enzimi, regolazione ormonale, termoregolazione, digestione, ecc.

La temperatura corporea, per esempio, viene regolata dall'acqua attraverso la respirazione e la sudorazione, permettendo così un equilibrio tra il nostro corpo e l'ambiente esterno.

Quando la temperatura esterna e l'umidità subiscono variazioni, il corpo reagisce sudando per conservare un'adeguata temperatura interna, ma ciò richiede un altrettanto adeguato apporto di liquidi per evitare la disidratazione.

Respirare ci fa perdere circa mezzo litro di acqua al giorno; l'acqua serve ad umidificare i nostri polmoni, la sua carenza diminuisce l'elasticità alveolare e bronchiale, fenomeno che viene esasperato negli asmatici.

L'acqua è il lubrificante naturale delle nostre articolazioni; viene trattenuta nelle cartilagini che fungono da "cuscinetto" nei movimenti: se la cartilagine non è ben idratata si instaura un danno abrasivo tale da provocare dolore e deterioramento della funzione articolare.

Questo può avvenire anche a carico dei dischi fibrosi intervertebrali che sostengono circa il 25% del peso corporeo; il loro grado di idratazione può influenzare i processi dolorosi a carico della colonna vertebrale.

Anche la funzionalità cerebrale viene regolata dalla concentrazione di acqua nel sangue, e in una situazione di disidratazione può diminuire la quantità di energia prodotta ed innescare reazioni che, danneggiando l'efficienza dell'organo, possono portare verso una sindrome depressiva e un affaticamento cronico.

È abbastanza evidente che la corretta idratazione possa influenzare anche l'evoluzione di una gravidanza, dal turnover quotidiano del liquido amniotico alla produzione di latte nel post partum.

L'acqua non ha calorie, ma può contribuire, se correttamente introdotta, a ridurre il senso di fame aiutando a metabolizzare i grassi; la disidratazione, invece, stimola la sete ma, a volte, può essere percepita in modo erroneo. In questo caso, invece di bere di più, si introduce più cibo, innescando un circolo vizioso che porta all'aumento di peso, generando anche possibili alterazioni delle funzioni digestive ed escretorie: la stipsi, per esempio, è correlata, nella maggior parte dei casi, ad una diminuzione dei liquidi assunti.

Infine, il filtro renale, con cui vengono eliminati i metaboliti e, in alcuni casi, gli eventuali agenti patogeni, è mantenuto in piena efficienza proprio da una corretta idratazione.

Proteine ed enzimi funzionano meglio in soluzioni a bassa viscosità e, pertanto, l'acqua diventa il solvente necessario per attivarli e trasportarli nel torrente sanguigno.

Anche per oligoelementi come sodio, magnesio, ferro, potassio che svolgono funzioni metaboliche fondamentali, l'acqua agisce come solvente ma, per mantenere costanti le quantità e le concentrazioni di tali elementi, bisogna che quantità assunte, o prodotte, e quantità consumate, o escrete, siano in equilibrio, al fine di mantenere un'omeostasi efficiente. Ciò può avvenire solo in presenza di un corretto apporto di acqua.

Se utilizziamo un'acqua termale, ad esempio sulfurea salsobromiodica, potremo contare su una maggior concentrazione di oligoelementi per stimolare un corretto scambio ionico.

Lo zolfo aumenta il turnover cellulare e ripara l'integrità tissutale, il sodio e il cloro regolano il bilancio idrico e, trattenendo acqua nei tessuti, combattono la ritenzione, lo iodio stabilizza il metabolismo cellulare ed ha un'azione antisettica, il magnesio interagisce nella struttura ossea e muscolare, il calcio nella struttura ossea e nella conduzione degli impulsi nervosi, il selenio agisce da antiossidante nel combattere i radicali liberi, il potassio regola gli scambi di membrana mantenendo l'efficienza cellulare.

Qualunque sia il metodo con cui l'acqua termale viene erogata (inalazioni, bagni, fanghi, bibita) è possibile notare un'azione locale ed una generale. L'azione locale agisce sull'apparato con cui viene in contatto, mentre l'azione generale interagisce con tutto l'organismo.

Le due azioni coesistono, sempre, in un sinergismo unico e particolare dovuto alla specificità dell'acqua, ben definito da Messini: *“Le acque minerali sono soluzioni naturali che, per le condizioni geologiche che danno luogo alla loro formazione, presentano, alla sorgente, un vero e proprio dinamismo chimico-fisico in evoluzione, al quale è devoluta molta parte dell'azione terapeutica”* (Gualtierotti, 1981).

Le acque termali non possono essere create artificialmente e, anche se fosse possibile, sarebbe comunque improbabile poter ricreare quel dinamismo naturale che comprende più fattori, che vanno dalle pro-

prietà intrinseche dell'acqua all'ambiente climatico in cui si forma. L'acqua termale è, a tutti gli effetti, un presidio medico efficace non solo nella cura e nella prevenzione di molte patologie, ma anche nella ricerca del benessere.



Centro Benessere Termale Aquaria

Le componenti dell'acqua, in generale, agendo a vari livelli nel metabolismo corporeo creano una sinergia che, ripristinando gli equilibri, agisce, direttamente, sui danni che lo stress provoca nei vari apparati, cardiovascolare, nervoso ed immunitario e, indirettamente, sulla mente.

Proviamo a pensare quanto sia pericoloso per la salute l'aumento indiscriminato del peso corporeo e che dal suo controllo dipenda la prevenzione dell'infarto, dell'ictus cerebrale e dei tumori del tratto digerente.

Nei programmi di calo ponderale o controllo del peso è sempre importante il mantenimento di un corretto bilancio idrico-salino e dalla giusta introduzione di acqua.

Se ci si idrata in modo adeguato si sentirà meno lo stimolo della fame; inoltre, in regime dietetico, maggiore sarà l'apporto di liquidi minore sarà il lavoro epatico nello smaltire i metaboliti di derivazione lipidica.

In questo settore è importante l'associazione tra l'aspetto fisico e il benessere, specie oggi, quando numerose sollecitazioni vengono da più parti a sottolineare l'importanza di una corretta alimentazione.

Un'assunzione regolare, di 2- 2,5 litri/die di acqua, riduce in modo evidente la concentrazione di sodio nel corpo e anche i rischi ad essa correlati quali, per esempio, l'aumento della pressione arteriosa.

Stretto è anche il rapporto tra l'acqua e la nostra pelle. In condizioni ideali di vita, l'idratazione della pelle avviene naturalmente, ma uno stile di vita errato può creare condizioni di difficoltà. Alterazioni di temperatura dovute all'uso indiscriminato di riscaldamento durante l'inverno e di aria condizionata durante l'estate, diete non equilibrate, abitudini scorrette nell'esporsi al sole, alterano l'idratazione cutanea inducendo una perdita di elasticità dermo-cutanea.

Esiste un corretto rapporto tra quantità d'acqua nei tessuti e vita cellulare e questo rapporto deve essere mantenuto costante nel tempo.

“L'idratazione cutanea è legata alla capacità di legare acqua da parte delle proteine e dei grassi della pelle e all'equilibrio tra sali minerali e zolfo nelle cellule epidermiche” (Pasini, 2004).

Senza volerlo il nostro stile di vita “evoluto” ci ha condotto ad un graduale impoverimento delle nostre risorse e ad una mancanza di attenzione per noi stessi.

Sembra una contraddizione ma, in realtà, stressati dal ritmo imposto dalla nuova società ci dimentichiamo le buone regole per mantenere efficiente il nostro organismo.

Ansia e stress hanno un impatto devastante sul nostro sistema cardiovascolare e spesso inconsciamente, per reazione, invece di allentare la tensione creiamo situazioni ulteriormente stressanti: fumiamo, mangiamo, beviamo alcolici, non riposiamo, ecc.

Essere all'altezza in ogni momento diventa una condizione “*sine qua non*” per essere accettati; ci ricordiamo di noi solo per sottoporci a faticosissime sedute in palestra, diete ferree e ci spingiamo addirittura ad assumere farmaci se gli obiettivi non sono immediati.

In situazioni di stress, inoltre, diminuisce il livello di serotonina e aumenta il livello di cortisolo che spinge ad introdurre cibi più grassi e zuccherini.

Questi alimenti, a loro volta, provocano aumento del peso corporeo e danni alla parete arteriosa: infatti, permanendo più lungamente nel torrente circolatorio, causano microlesioni e aggregazioni piastriniche responsabili di eventi trombotici, anche mortali.

In particolare, come già detto, ciò che provoca danno alla salute è soprattutto l'esposizione prolungata allo stress. In un periodo storico in cui i ritmi veloci di vita ci costringono a rapidi cambiamenti e non lasciano molto spazio alla riflessione, inconsciamente capiamo che dovremmo rallentare, ma non ne abbiamo il tempo, o la possibilità ed entriamo così in un circolo vizioso che, il più delle volte, finisce per mutare proprio le nostre abitudini alimentari.

“L’accumulo di extracalorie produce aumento del peso corporeo che, a sua volta, come in un circolo vizioso, diminuisce l’autostima, crea infelicità ed amplifica lo stato di stress” (Pasini, 2004).

Gli ormoni in circolo nelle situazioni di estrema tensione cronica danno vita ad alterazioni molto complesse, ma che hanno tutte un unico risultato: una qualità della vita scadente.

Se imparassimo a controllare le nostre tensioni, scaricandole in modo più appropriato, rivolgendo la giusta attenzione ai segnali che il nostro corpo ci invia, sapremmo che il miglior modo per combattere lo stress sta proprio nel mantenimento del delicato equilibrio che regola il nostro metabolismo.

Da qui la necessità di dare la reale importanza alla salute mentale e, quindi, al benessere, come fondamento per una vita migliore.

Se è così importante passare attraverso la mente per superare i problemi che lo stress crea nel nostro organismo, quale mezzo migliore che la “fresca e pura” acqua per risolverli? È intuitivo comprendere come un elemento così naturale, come l’acqua, possa essere ben accetto alla maggioranza senza opposizioni o preconcetti di massima.

L’acqua reidratata, pulisce, leviga, produce rilassamento muscolare, stimola la circolazione, permette di nutrirci e depurarci allo stesso tempo.

Tutto questo è, da sempre, nelle nostre possibilità, bisogna solo raggiungere la consapevolezza che basta, semplicemente, dell’acqua per attivare le nostre “risorse” interne senza ricorrere ai farmaci.

Spesso, però, preferiamo assumere una “compressa miracolosa”

piuttosto che bere un bicchier d'acqua; fenomenale contraddizione degna dei nostri tempi che non ci lasciano più tempo!

Molto spesso non ci accorgiamo, o non sappiamo, che lo stimolo della sete interviene solo quando si è già superata abbondantemente la nostra riserva e che, in realtà, sarebbe necessario bere un bicchiere d'acqua ad intervalli regolari, durante la giornata, per migliorare l'efficienza del nostro corpo.

Le istituzioni non sempre hanno garantito la possibilità di bere nel modo corretto: si pensi alla carenza di informazioni sulle potenzialità delle acque minerali e potabili, alla mancanza di sorveglianza delle acque e al loro indiscriminato inquinamento.

Così, se da un lato l'individuo è concentrato sulla sua corsa personale e non bada alle sue esigenze basilari, dall'altro il sistema, che lo vuole efficiente al massimo, non lo tutela istruendolo adeguatamente su questo argomento. Sarebbe auspicabile porre un freno a questo disequilibrio con campagne informative capillari e comprensibili che perseguono l'obiettivo di garantire ovunque un corretto apporto di acqua, esaltando i benefici che questa può fornire nelle sue molteplici applicazioni.

Concetto, questo, ben noto a chi lavora, o frequenta, gli ambienti termali, dove l'acqua, considerata un vero mezzo terapeutico, viene usata nelle diverse applicazioni a seconda della patologia che si deve risolvere: dalle malattie otorinolaringoiatriche all'artrosi, dalle alterazioni del sistema gastroenterico a quelle dermatologiche a quelle emopoietiche.

Partendo proprio dall'esperienza termale, che si avvale del binomio acqua – tecnologia per aiutare i suoi utenti a migliorare il loro benessere, si può fare un passo ulteriore allargando questa consapevolezza e coinvolgendo sempre più le popolazioni in un utilizzo appropriato delle acque. È importante scoprire le qualità e i benefici dell'acqua, non solo quando essa è compromessa, ma, soprattutto, quando può essere usata come strumento di prevenzione.

Persino la poesia, come nel brano “L'acqua” di Roberto Pazzi (Pazzi, 1980), ne celebra con semplicità la grande importanza quando viene a mancare.

Un'applicazione diretta, semplice ed efficace dell'acqua può quin-

di stare alla base della risoluzione di molte patologie dell'uomo del terzo millennio.

Bibliografia

Gualtierotti R. *Medicina Termale*. Lucisano Editore, Milano, 1981

Manglier H. *Storia dell'acqua*. Ed. Sugarco, Varese, 1994

Pasini W. *Come e perché prescrivere una cura termale*. Ed. Alfa Wasserman, 2004

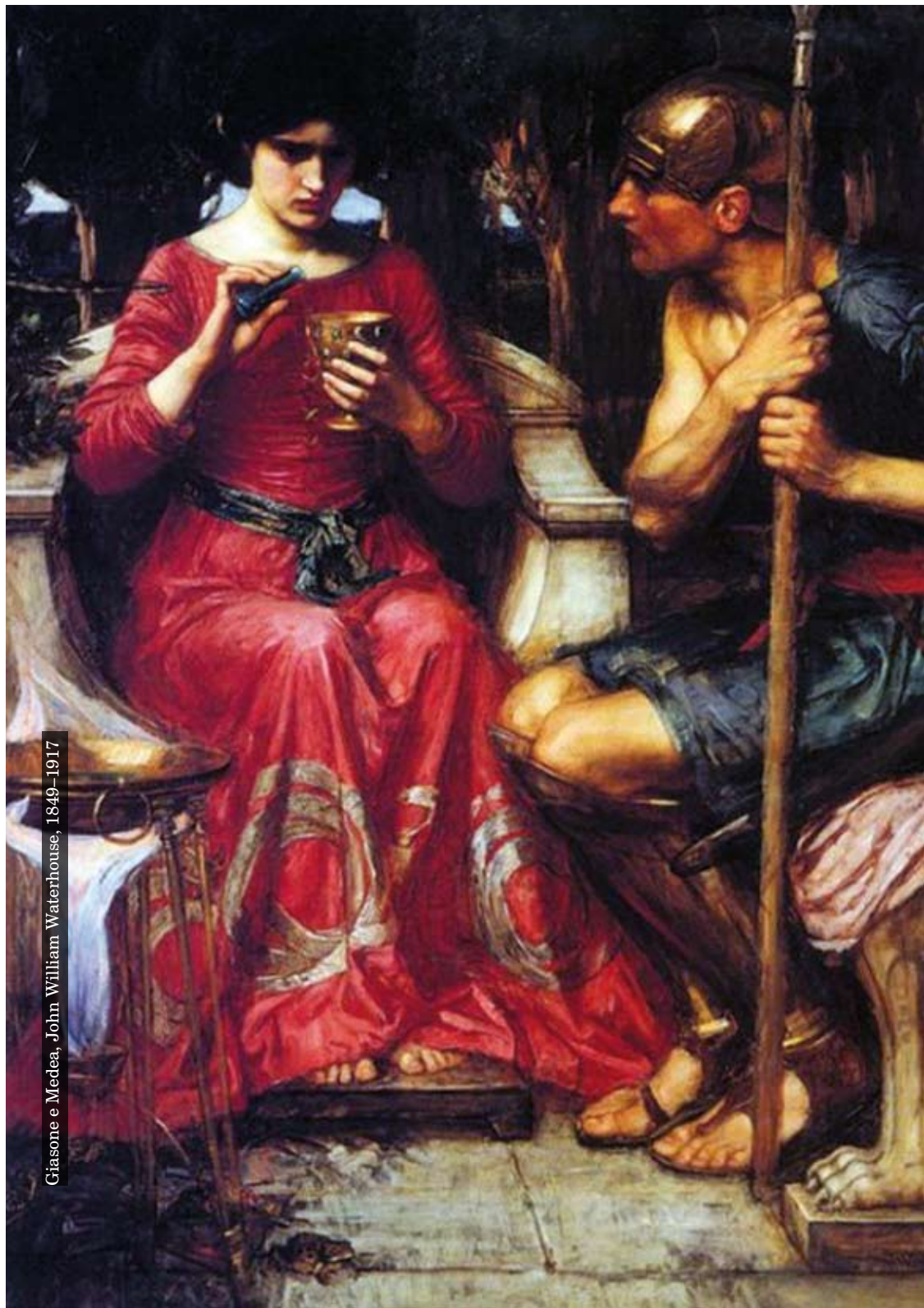
Pazzi R. *L'acqua; in: "Il re, le parole"*. Lacaita Eds. 1980

Pierotti P. *Introduzione all'ecostoria*. Ed. Franco Angeli, Milano, 1982

Ramieri A.M. *I servizi pubblici. Vita e costumi dei Romani antichi*. Ed. Quasar, Roma 1996

Riffé J., Sourmia C. *Le epidemie nella storia*. Ed. Riuniti, Roma, 1985

Giasone e Medea, John William Waterhouse, 1849-1917



GLI INTEGRATORI ALIMENTARI: RISPOSTE ALLA DOMANDA DI BENESSERE SENZA RISCHI PER LA SALUTE?

Georgia Martignone, Umberto Gelatti

Le testimonianze più antiche circa l'utilizzo di sostanze naturali, derivate dai regni vegetale, animale e minerale, risalgono al terzo secolo a.C., mentre è acquisizione più recente il consumo di composti provenienti da alghe, funghi e derivati batterici, annoverati tra i cosiddetti "novel food". Da sempre le sostanze naturali, oltre a essere fonte di nutrimento, sono state utilizzate e studiate come medicinali o usate come cosmetici: i principi di fitoterapia della medicina tradizionale cinese sono stati elaborati dall'Imperatore Giallo Huang Di circa tremila anni fa e gli antichi egizi citavano l'aloè insieme all'oppio già nel papiro di Ebers del 1500 a.C. Anche per la sintesi di numerosi farmaci spesso si sono utilizzate molecole offerte dalla natura come la digitale, il chinino e l'acido acetilsalicilico (Geraci, 2009).

Agli albori del terzo millennio, nell'era della farmacogenomica, si assiste a un generale e crescente interesse per tutto ciò che riguarda "il naturale". Genetica e sostanze naturali non vengono considerate in contrapposizione, ma si abbinano in maniera complementare per un approccio "olistico" alla salute della persona. Le nuove emergenze infettive, i fenomeni dell'antibiotico-resistenza, la carenza di farmaci (antimicrobici, antinfiammatori e antitumorali) e la loro elevata tossicità inducono a ricercare vie terapeutiche nuove e, nello stesso tempo, complementari agli attuali trattamenti.

I prodotti per la salute di origine naturale, frequentemente vegetale, sono, allo stato attuale, inclusi tra gli integratori alimentari, cioè "prodotti alimentari destinati ad integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive, quali

le vitamine e i minerali, o di altre sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico, in particolare (...) aminoacidi, acidi grassi essenziali, fibre ed estratti di origine vegetale, sia monocomposti sia pluricomposti, in forme predosate” (D.L.gs 169/2004). I termini “complemento alimentare” o “supplemento alimentare” sono da considerarsi sinonimi di integratore alimentare.

Gli integratori non sono medicinali e, per questo motivo, devono essere privi di qualunque finalità terapeutica, potendo possedere solo “finalità salutistiche”. Tali prodotti sono pubblicizzati al pubblico come ugualmente o più efficaci e meno tossici rispetto ai farmaci convenzionali e spesso la loro efficacia è presunta sulla base di conoscenze acquisite durante i secoli (Menniti, 2008). Sebbene questa teoria possa essere oggetto di discussione, non si può tuttavia ignorare la realtà e cioè il fatto che questi prodotti rappresentano un’industria in crescita in tutto il mondo. Nel 2005 in Europa sono stati spesi cinque miliardi di euro per l’acquisto di integratori alimentari e l’Italia è al primo posto con più di cinquecento milioni di euro (European Advisory Service, 2007) (Fig. 1).

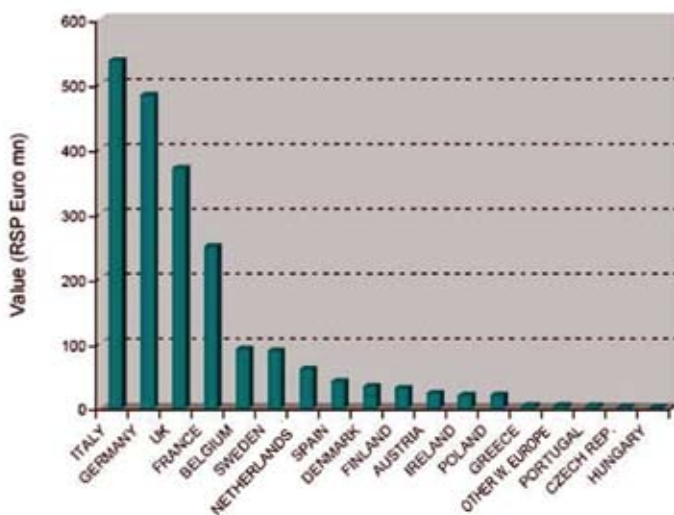


Fig. 1. Mercato europeo dei supplementi alimentari esclusi vitamine e minerali - prezzo di vendita al dettaglio.

Source: Study undertaken for Directorate General for Health and Consumer Affairs, European Commission. European Advisory Services (EAS) 28 March 2007

Questa spesa è suddivisa in vitamine e minerali (50%), supplementi alimentari contenenti sostanze diverse dalle vitamine e minerali (43%), tonici e drink (7%). Le sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico diverse dalle vitamine e minerali comprendono gli aminoacidi, gli enzimi (lattasi, papaina, ecc.), i pre- e i probiotici (inulina, *Lactobacillus acidophilus*, ecc.), gli acidi grassi essenziali (acido gamma-linoleico, omega-3, ecc.), gli integratori a base vegetale (aloe, ginkgo biloba, ginseng, ecc.) e una miscellanea di sostanze bioattive (licopene, coenzima Q10, chitosano, ecc.). Oli di pesce, probiotici e integratori vegetali sono gli integratori più venduti se si considerano complessivamente i 27 paesi europei, mentre esistono importanti differenze sui dati nazionali. In Italia i più venduti sono i probiotici e le formule combinate (Fig. 2) e l'Italia è anche il paese dove si vendono più integratori che promuovono la "salute degli occhi" o che "prevengono" la degenerazione maculare.

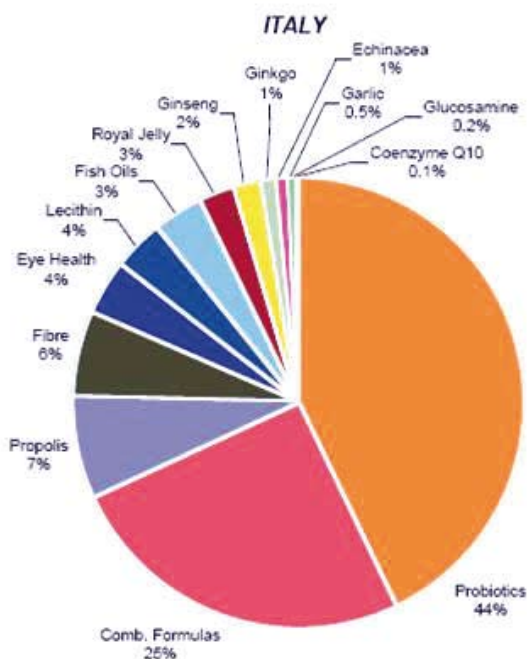


Fig. 2. Suddivisione per tipologia dei supplementi alimentari del mercato italiano - esclusi vitamine e minerali

Source: Study undertaken for Directorate General for Health and Consumer Affairs, European Commission. European Advisory Services (EAS) 28 March 2007

Le proiezioni della crescita al 2010 mostravano un mercato in ulteriore aumento, seppure in misura minore rispetto al periodo 1997-2005.

Gli sforzi normativi a livello comunitario e italiano sono volti a garantire la salute pubblica e a tutelare il cittadino, soprattutto perché l'uso di integratori alimentari avviene in regime di autodeterminazione, frequentemente senza informare il medico curante e spesso continuato per lunghi periodi di tempo. Questo aumenta i rischi di possibili interazioni con farmaci di sintesi, reazioni allergiche, ecc. Controindicazioni specifiche possono inoltre essere rappresentate da malattie organiche, pregresse o in atto (ad esempio ulcera peptica, ipertensione, insufficienza renale o epatica) o interventi chirurgici (gastroresezione, ecc.) che possono, modificando la farmacocinetica delle sostanze stesse, aumentare i rischi di effetti collaterali. In ultimo, non certo per importanza, da sottolineare il frequente ricorso a "rimedi naturali" in corso di gravidanza e allattamento proprio allo scopo di evitare farmaci di sintesi. È quindi fondamentale che il consumo possa avvenire senza rischi (Menniti, 2005).

A tale proposito, a partire dal 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha programmato un piano globale sulle medicine tradizionali volto a promuoverne un uso appropriato tramite indirizzi di riferimento utili alla pianificazione delle politiche sanitarie nazionali. A tal fine, ha redatto le "Linee guida dell'OMS sul monitoraggio della sicurezza delle erbe medicinali nei sistemi di farmacovigilanza"¹, che forniscono delle indicazioni pratiche per aggiornare gli attuali sistemi di sorveglianza in modo che si possano registrare anche le reazioni avverse dovute a prodotti a base di erbe officinali. Le "Linee guida per lo sviluppo dell'informazione al consumatore sull'uso appropriato della medicina tradizionale, complementare e alternativa"², sono state invece scritte per aiutare gli stati membri a sviluppare un'informazione affidabile ai pazienti e ai consumatori di fitoterapici, e promuovere l'utilizzo appropriato della medicina tradizionale e della medicina complementare e alternativa.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) raccoglie, mediante la Rete nazionale di Farmacovigilanza attiva dal Novembre 2001, le

¹ Disponibile sul sito: <http://www.who.int/medicinedocs/en/q/>

² Disponibile sul sito: <http://www.who.int/medicinedocs/en/q/>

segnalazioni spontanee di reazioni avverse a farmaci, ma la consapevolezza della necessità di sorvegliare la sicurezza dei prodotti per la salute di origine naturale, ha portato alla implementazione di un sistema di registrazione delle sospette reazioni avverse da questi prodotti (fitosorveglianza). A tale risultato si è giunti dopo la realizzazione di uno studio pilota sulla sorveglianza delle reazioni avverse da prodotti a base di erbe officinali e integratori alimentari, condotto nell'ambito del Progetto nazionale sulle terapie non convenzionali coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e in accordo con l'Ufficio di Farmacovigilanza del Ministero della Salute (Agenzia Italiana del Farmaco, 2005).

Le segnalazioni vengono raccolte nell'ambito di un sistema di segnalazione spontaneo e, per questo motivo, tutti i casi riportati vengono considerati "sospette reazioni avverse". Le segnalazioni vengono effettuate tramite una scheda ad hoc molto simile a quella utilizzata per la segnalazione spontanea delle reazioni avverse a farmaci, che viene inviata all'Istituto Superiore di Sanità. Da aprile 2002 a marzo 2007 sono state raccolte 233 segnalazioni spontanee di reazioni avverse da rimedi naturali per la salute (Menniti, 2008). Mentre in una prima fase della sorveglianza le segnalazioni arrivavano soprattutto dai centri più sensibili all'argomento, quali il Centro di Medicina Naturale dell'ospedale S. Giuseppe di Empoli e il Centro Antiveneni dell'Ospedale Niguarda di Milano, nella fase successiva le segnalazioni sono giunte da medici ospedalieri, farmacisti e medici di medicina generale da diverse regioni d'Italia, soprattutto del centro e del nord, analogamente a quanto si verifica per le segnalazioni spontanee di reazioni avverse a farmaci. L'età media dei pazienti per i quali ci sono state segnalazioni è stata di 44 anni e la percentuale di donne sul totale delle segnalazioni è risultata del 67%. Per quanto riguarda il tipo di eventi segnalati ai primi posti troviamo eventi dermatologici, gastrointestinali, disturbi psichiatrici e del sistema nervoso, respiratori ed epatici. In particolare, sono stati riportati 21 casi di epatite di vario grado di severità: tra questi, sono stati segnalati 2 casi di epatite fulminante e un paziente ha necessitato di trapianto di fegato. Nel 31% delle sospette reazioni avverse era riportato l'uso concomitante di farmaci convenzionali. Le reazioni segnalate sono state attribuite a prodotti erboristici (68%), integratori alimentari (21%) e preparazioni omeopatiche (11%). Per quanto riguarda la gravità, l'ospedalizzazione è stata riportata nel 35% delle segnalazioni, nel 6% era segnalato pericolo di vita e sono

state notificate 2 morti. Il numero di segnalazioni pervenute è comparabile con quanto segnalato in altri paesi europei, quali la Gran Bretagna, dove, dal 1996 (quando il sistema per la segnalazione spontanea di eventi avversi, *yellow card scheme*, da parte dei medici di medicina generale è stato esteso anche alle erbe medicinali) al 2002, sono pervenute al sistema di farmacovigilanza inglese 467 segnalazioni (circa 66 all'anno). È da sottolineare, però, che l'uso di rimedi naturali in Italia è inferiore rispetto alla Gran Bretagna.

Nel 2003 sono state apportate alcune modifiche evolutive alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (AIFA, 2005). Una di queste modifiche riguarda l'introduzione, nella scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci, di una nuova sezione destinata a raccogliere informazioni riguardo l'uso concomitante di farmaci con "altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alimentari, ecc.".



L'introduzione di questa sezione è finalizzata alla rilevazione di possibili interazioni tra i farmaci ed altre sostanze che il paziente assume spesso autonomamente e senza informare il proprio medico, confidando nell'innocuità del prodotto dovuta al fatto di non essere

un farmaco. All'inizio di marzo 2005 sono state analizzate le segnalazioni inserite in Rete nelle quali era stata compilata anche l'area dedicata alla segnalazione di sostanze non medicinali. Sono state evidenziate 59 segnalazioni che mostrano un trend in aumento: 2 nel 2002, 15 nel 2003, 37 nel 2004 e 5 nel 2005 (elaborazione del 2 marzo 2005). In merito alla distribuzione per sesso ed età, emerge che 38 casi sono riferiti a soggetti di sesso femminile e che sono coinvolte tutte le fasce di età (da 42 giorni fino ad 86 anni). In relazione alla gravità dei casi segnalati, 19 erano definiti come gravi e 35 come non gravi; in 15 schede la descrizione di gravità non è stata riportata. In 9 segnalazioni è stato indicato come sospetto, oltre al farmaco, il prodotto non medicinale, mentre è stato ritenuto concomitante in 32 casi; nelle rimanenti segnalazioni non è stata fornita l'informazione sul ruolo del prodotto nella genesi della segnalazione. La tipologia di prodotti è riconducibile alle seguenti categorie: integratori alimentari (30), prodotti omeopatici (6), erbe o piante officinali (9), disinfettanti (3) e altri prodotti (11).

Dall'analisi dei pochi casi registrati nella Rete nazionale di Farmacovigilanza emerge che la raccolta delle informazioni sul ricorso all'uso contemporaneo di prodotti non medicinali è ancora poco diffusa, e anche quando viene effettuata non è esaustiva, mancando di elementi importanti quali i quantitativi assunti e i periodi di assunzione. Altra difficoltà è il rapido riconoscimento quali-quantitativo dei componenti attivi presenti nel prodotto autonomamente acquistato dal paziente, che presumibilmente non è consapevole della quantità di sostanze attive né di cosa stia effettivamente assumendo. L'analisi delle segnalazioni e dei prodotti in esse coinvolti ha comunque evidenziato il fatto che, nonostante le disposizioni vigenti, molti prodotti vantano proprietà terapeutiche proprie dei farmaci. A titolo di esempio viene citata una parte del messaggio contenuto nell'informazione per lo sciroppo Kalumax: "*Sciroppo di lumaca. Composizione: preparazione alimentare contenente: Saccarosio, Estratto mucus helicis pomatiae, Paraidrossibenzoato, Estratto naturale di lampone, Acqua q.b. Quando usarlo: In tutti i processi irritativi delle vie respiratorie bronchiali, per sciogliere il catarro e facilitarne l'eliminazione; nella pertosse, nella tosse associata a stati influenzali, para influenzali e a bronchiti acute e croniche, per arrestarne lo stimolo e fluidificare il muco al fine di favorirne l'espulsione*" (<http://www.horomkr.it/Kalumax-sciroppo-p-286.html?cPath=57>. Ultimo accesso 15/10/2010)

Varie tipologie di integratori alimentari vengono proposte al consumo per numerose finalità. Tali prodotti sono reperibili nelle farmacie, nei supermercati, nelle erboristerie e sono comunemente venduti anche sul “mercato globale” rappresentato da Internet, dove il paziente-consumatore può ormai acquistare svariati tipi di prodotti per la salute senza coinvolgere il proprio medico. Come recentemente sostenuto per i farmaci (Orizio, 2009), anche l’accesso diretto agli integratori alimentari, oltre a costituire un possibile rischio per la salute individuale, potrebbe presentare notevoli implicazioni anche in termini di Sanità Pubblica.

Si riscontra pertanto la necessità di risposte di tipo normativo a fronte di un “mercato” in continua evoluzione e di un forte impegno per un cambiamento culturale. Al di là dei bisogni dell’industria, rimane prioritario saper guidare con chiarezza e onestà scientifica la domanda dei consumatori. È quindi necessario un maggiore controllo dei messaggi direttamente o indirettamente connessi all’uso di questi prodotti, siano essi indirizzati ai medici o ai consumatori. Inoltre, considerato l’acquisto autonomo da parte dei pazienti è importante che i medici ne indaghino l’uso nei loro assistiti, invitandoli in ogni caso ad una maggiore fiducia e confidenza con il proprio curante prima di assumere spontaneamente qualunque sostanza.

Bibliografia

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). *Sorveglianza delle reazioni avverse nei prodotti a base di piante officinali*. "Farmacovigilanza news" n. 12/13, giugno 2005

European Advisory Services (EAS). *The use of substances with nutritional or physiological effect other than vitamins and minerals in food supplements*. Study undertaken for Directorate General for Health and Consumer Affairs, European Commission. 28 March 2007

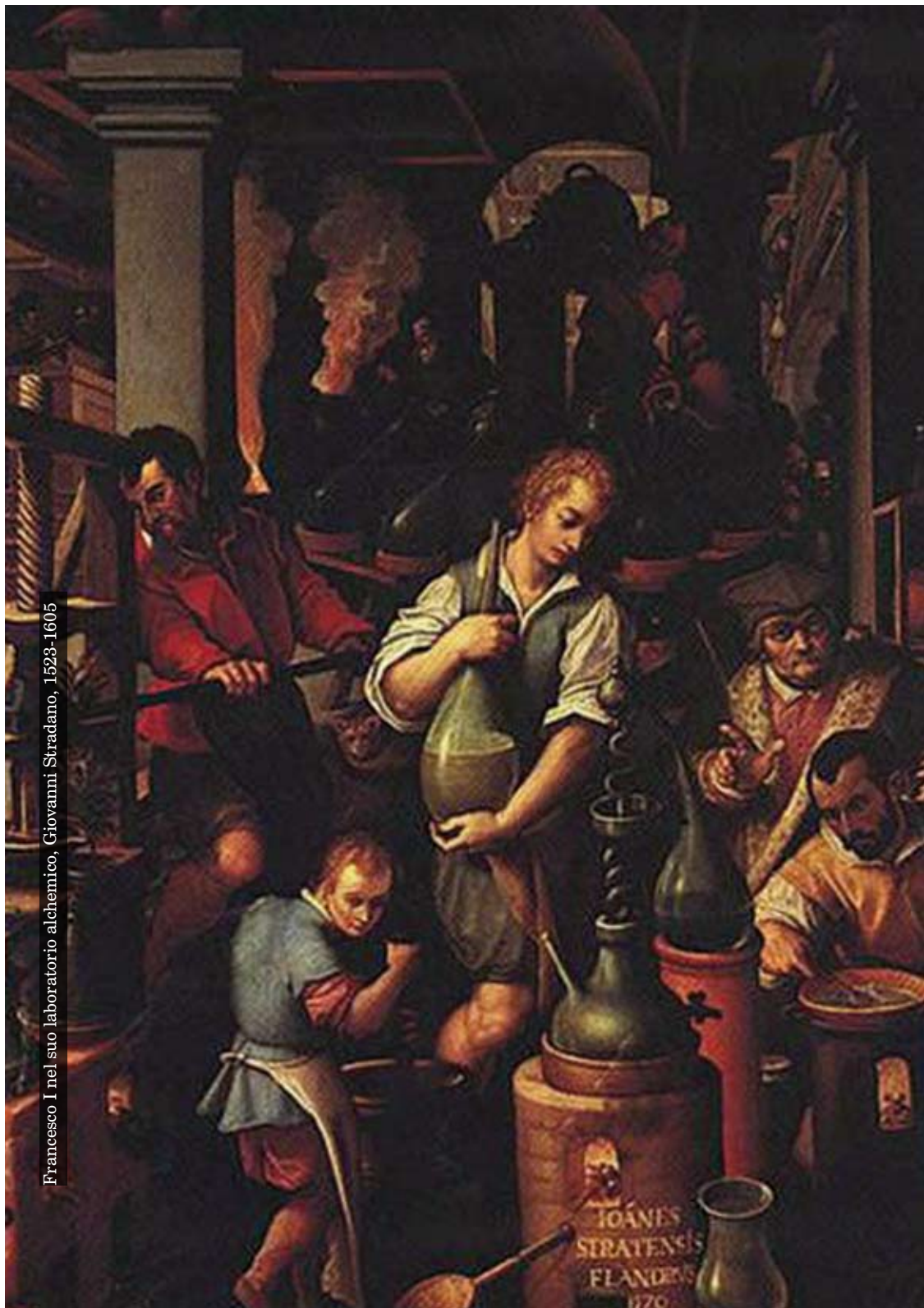
Geraci A., Mondello F., Stringaro A. *Sostanze naturali sotto la lente dell'istituto superiore di sanità: attualità e prospettive*. Not Ist Super Sanità 2009; 22(7/8):11-15

Menniti-Ippolito F., Mazzanti G., Firenzuoli F., Bianchi A., Raschetti R. *Progetto pilota sulla sorveglianza delle reazioni avverse a prodotti a base di piante officinali e integratori alimentari*. Ann Ist Super Sanità 2005; 41(1):39-42

Menniti-Ippolito F., Mazzanti G., Santuccio C., Moro P.A., Calapai G., Firenzuoli F., Valeri A., Raschetti R. *Surveillance of suspected adverse reactions to natural health products in Italy*. Pharmacoepidemiology and drug safety 2008; 17: 626–635

Orizio G., Schulz P., Domenighini S., Caimi L., Rosati C., Rubinelli S., Gelatti U. *Cyberdrugs: a cross-sectional study of online pharmacies characteristics*. Eur J Public Health 2009; 19(4):375-7

Francesco I nel suo laboratorio alchemico, Giovanni Stradano, 1523-1605



IL BENESSERE CHE VIENE DALLE SPEZIE

Luigia Favalli

Che benessere significhi stare bene è noto a tutti. E per sentirsi bene è necessario, innanzitutto, godere di buona salute, mantenere una corretta igiene e trovarsi poi, il più spesso possibile, in un ambiente gradevole, da “gustare” attraverso tutti i propri sensi.

L'uomo e la donna sono però degli “animali sociali” e non sarebbero davvero contenti (e, quindi, in una situazione di benessere) se non frequentassero altri loro simili, senza trascurare il grande conforto (e quindi recupero di un sano benessere) che deriva dallo stare vicino a qualche altro essere vivente a cui legare il proprio affetto: cani, gatti, conigli, uccellini e persino cavalli o rettili possono fare al caso proprio, a seconda dei gusti personali.

Possiamo anche chiederci come il nostro corpo, l'ambiente e gli amici più cari possano essere gratificati da un uso oculato di piacevoli aromi, magari spezie.

Fin dai tempi antichi i navigatori e i commercianti più avventurosi percorrevano “la via delle spezie” per trovare e sperimentare sempre nuove varietà di vegetali e loro derivati da impiegare come farmaco, profumo, cosmetico, ingrediente di cucina, se non magico amuleto, per stupire, sanare, abbellire, aromatizzare, stuzzicare, rilassare, amare, sognare. In definitiva, per migliorare l'aspetto e la vita dei loro clienti. Se poi a questo si associava per il venditore anche un materiale, ma sempre utile, “benessere” economico niente da ridire: la “pecunia” non ha certo cattivo odore, secondo le sagge parole dell'Imperatore Vespasiano.

E allora, come usare al meglio le spezie per sentirsi bene con sé e con gli altri?

Il benessere per sé

Si può cominciare con la cura personale del corpo: pelle, capelli, mani, piedi, occhi, bocca, unghie. Basta scorrere qualche catalogo di prodotti igienici e cosmetici naturali per incontrare le più note varietà di spezie e piante aromatiche: vaniglia, chiodi di garofano, cannella, mirra, arancio o altri agrumi, china, oli e balsami ricavati da semi e frutti esotici.

Il primo passo per raggiungere questo benessere nasce dalla coscienza di sé. Bisogna analizzare tanto il corpo quanto la mente, e valutare se vi è la necessità di curare una cute grassa, secca o fragile; se gli occhi sono chiari o scuri; se le mani sono morbide o screpolate; se i piedi e le ascelle meritano un trattamento deodorante ed equilibrante della sudorazione; se i capelli sono lisci o ricci, fragili o sostenuti, biondi o scuri; se le unghie appaiono ben compatte e resistenti oppure macchiate e di facile rottura.

Una volta individuate le caratteristiche personali si possono consultare libri, cataloghi e siti internet alla ricerca del prodotto e dell'aroma giusto per il proprio profilo igienico e cosmetico. Oltre a ritrovare la formula perfetta per un bell'aspetto si potranno anche scegliere le spezie più in armonia con la propria psicologia.

Nella scelta del prodotto vanno attentamente considerate anche la sensibilità personale e le eventuali allergie. Non esiste sostanza in natura che, pur essendo efficace e ben tollerata dai più, non possa rivelarsi invece mal tollerata da altri.

Il benessere per l'ambiente

Assodato l'imperativo del benessere per sé, è importante pensare anche al luogo in cui si passa la maggior parte della giornata. Tale ambiente non si riferisce solamente alla propria abitazione ma anche al luogo di lavoro e ai mezzi di trasporto utilizzati. Quando poi si pensa ad eventuali attività ricreative, si devono considerare anche

gli ambienti in cui queste si svolgono: bar, discoteche o altri locali di divertimento, cinema, teatri e altri luoghi di ritrovo, stadi, palestre, piscine e altri circuiti sportivi. Inutile dire che tutti questi ambienti, specie se chiusi, affollati e caldi, finiscono spesso per risultare poco igienici e maleolenti. Non per nulla le spezie e i vari vegetali correlati prendono il nome di “aromi”.

Come non ricordare la vecchia abitudine di piantare qualche chiodo di garofano su un’arancia per sistemarla poi sul calorifero, in bagno o nell’armadio, per profumare l’ambiente con le essenze speziate e agrumate dei due componenti. Ecco un ottimo esempio di deodorante naturale. Questa ricetta può funzionare alla perfezione anche come profumatore di veicoli. Invece di acquistare i classici profumi “automobilistici” si otterrebbero ottimi risultati impiegando per le autovetture le ricette che le nonne usavano per i cassetti della biancheria: sacchetti di lavanda, mazzetti di cortecce di cannella, un baccello di vaniglia, persino una ciotolina di semi di cardamomo. Ricette analoghe, magari in forma di “potpourri”, possono essere utilizzate come generico profumatore d’ambiente, magari sistemando fiori, foglie, cortecce, semi e frutti in una elegante ciotola di cristallo, se non su un piatto d’argento.



Porre le spezie direttamente a contatto con l'aria significa sfruttare rapidamente le essenze, che durano solo per un breve periodo di tempo fino a quando il vegetale ha disperso i suoi principi attivi "volatili" e perso l'aroma. Per questo spesso si acquistano i vegetali insieme a fiale di olio essenziale purificato che può funzionare da "additivo" periodico in grado di rinfrescare il profumo dell'ambiente e recuperare il potere balsamico. Attenzione però a non abusare con le dosi. Gli oli essenziali vanno aggiunti a gocce, perché possono presentare il rischio di effetti irritativi e persino tossici se troppo "forti". Il consiglio di Paracelso "È la dose che fa il veleno", vale tanto per le medicine quanto per gli aromi.

Le spezie integre, invece, hanno un minore impatto come profumatori, ma spesso la delicatezza di tale profumazione è la più gradita a chi soggiorna nella stanza, e minimizza gli effetti irritativi su occhi, naso e gola. Se le cortecce, le bucce, le foglie e i frutti o i semi essiccati perdono il loro potere, si potrà recuperare almeno in parte l'aroma originale spezzettando o triturando queste "droghe" per liberare di nuovo l'essenza ancora trattenuta all'interno del vegetale.

Nelle stanze utilizzate durante il giorno gli aromi secchi potranno far bella mostra di sé come "soprammobile". Di notte, invece, potrebbe essere buona regola porre petali di fiori, bucce e cortecce aromatiche in una ciotola riempita d'acqua, se non dentro un umidificatore, per diffondere nell'ambiente fini goccioline di acqua speziata. Attenzione ovviamente alla delicatezza dell'aroma utilizzato perché, anche in questo caso, i vapori troppo ricchi di essenze potrebbero rovinare il sonno e irritare le mucose.

Le signore dei tempi andati avevano ideato un sistema per portarsi addosso il loro profumatore naturale preferito. Un sacchettino di lavanda tenuto a contatto con il bustino, se non con altra biancheria intima, poteva continuare ad emanare un buon profumo durante il ballo o, persino, durante gli esercizi ginnici all'aperto. Senza contare che le dame più facoltose portavano preziosi "cascainetto" di filigrana d'oro in cui potevano essere inseriti spezie e vegetali aromatici pronti ad espandere il loro gradevole olezzo verso le persone più vicine. Nulla vieta che anche ai nostri tempi si possa ricorrere ad un tale uso delle essenze speziate. I signori potranno invece ritornare alla buona abitudine di inserire questi aromi nei fazzolettini da tasca, se non direttamente nei taschini di camicie o jeans. In ogni caso è importante, anche in questo caso, scegliere le proprie

spezie personali. Ad alcuni piacerà il profumo di vaniglia, ad altri di cannella o chiodo di garofano, senza contare che, recentemente, sono comparsi anche prodotti igienici o cosmetici al profumo di cioccolato, fragola, arancia o cedro, frutti rossi e altri aromi... golosi.

Il benessere a tavola

“L’uomo è ciò che mangia!” Non solo secondo gli intendimenti metafisici del filosofo Ludwig Feuerbach, ma proprio materialmente: la scienza ha dimostrato che una dieta equilibrata, varia e piacevole è la ricetta giusta per vivere bene a lungo. Ecco perché la sana nutrizione viene oggi considerata un pilastro di saggezza su cui basare salute, bellezza, efficienza, buon umore.

Gli esperti di scienza dell’alimentazione hanno chiarito molti dei meccanismi con cui gli alimenti, i condimenti e gli aromi possono giovare all’organismo: a volte stimolando il corpo e la mente, a volte rilassando le membra e il pensiero, molto spesso compensando qualche piccola carenza o curando alcuni lievi disturbi. Senza dimenticare che il piacere della mensa, da vivere tra sé e gli altri, può diventare una fonte primaria di benessere.

Il vero profeta della “gastronomia intelligente” è stato Anthelme Brillat-Savarin¹, un erudito francese dell’età dei Lumi che, all’inizio del XIX secolo, scrisse il piacevole libro “Fisiologia del gusto, o meditazioni di gastronomia trascendente” di cui si riportano, di seguito, alcuni divertenti aforismi, che non hanno perso il loro smalto dopo quasi duecento anni.

“L’universo esiste soltanto per la vita e tutto ciò che vive si nutre”.

“Gli animali si alimentano, l’uomo mangia, solo l’uomo intelligente sa mangiare”.

“Il piacere della tavola è di tutte le età, di tutte le condizioni, di tutti i paesi e di tutti i giorni: può associarsi a tutti gli altri piaceri e rimane per ultimo a consolarci della loro perdita”.

“La tavola è il solo luogo dove non ci si annoia mai durante la prima ora”.

“Coloro che fanno indigestione o che si ubriacano non sanno né bere né mangiare”.

¹ A. Brillat- Savarin, Physiologie du gout, Gabriel De Gonet eds, 1825

“Colui che riceve degli amici e non si cura affatto del posto che viene preparato per loro non è degno di avere degli amici”.
“Invitare una persona vuol dire occuparsi della sua felicità durante tutto il tempo che essa passa sotto il vostro tetto!”



Pare logico a questo punto consigliare un bell’invito a pranzo, o cena, per raggiungere il massimo del benessere proprio e degli altri. Ciò può rivelarsi però condizione “necessaria ma non sufficiente”. Come è doveroso conoscere se stessi per approntare le cure del caso, è fondamentale che ciò venga realizzato anche per tutti gli ospiti che si vogliono ricevere.

Spezie e aromi, nel loro insieme, non hanno limitazioni assolute: per quanto i gusti siano estremamente variegati sarà sempre possibile trovare una soluzione piacevole per stuzzicare tutti i palati. Quando è gradita la cucina piccante si potrà iniziare con un primo al peperoncino, e far se mai seguire un’impepata di carne, pesce o verdura. Potrebbe però anche bastare la presentazione di un dessert allo zenzero e, magari, proprio un semplice ma sfizioso pezzetto di zenzero candito, come si usava fare a conclusione delle ricche cene del Rinascimento. Se gli ospiti avessero il palato dolce e lo stomaco delicato ecco che la

scelta si potrebbe orientare verso l'anice e il cumino. Primi a base di riso, pesci e patate al vapore potranno rinvigorirsi di sapore anche con delicate salse aromatiche, dove pure un pizzico di zafferano e un trito di prezzemolo e/o basilico troveranno il loro posto. Anche in questo caso mai dimenticare un piccolo digestivo finale, e perché non ritornare all'antico servendo qualche confettino contenente il classico seme di finocchio selvatico.

Mai trascurare di stupire i commensali con qualche aroma o sapore particolare. Per gli amanti dell'esotico andranno bene cardamomo, curcuma, macis, papaia, zenzero; per chi ama la tradizione basilico, finocchietto, mentuccia, rosmarino, salvia, vaniglia, cacao, caffè.

Basterà sfogliare qualche buon libro di gastronomia per accostare tutte queste spezie ed aromi a ricette golose, prese dalla cucina casalinga, dalla Nouvelle Cuisine o, persino, dalla Cucina Molecolare. Il piatto più semplice e quello più complicato o tecnologico si arricchiranno di colore, profumo e sapore con l'uso oculato delle spezie.





LE MEDICINE ORIENTALI PER IL BENESSERE DELL'INDIVIDUO

Francesco Donato, Roberta Lovati, Sergio Perini

Per comprendere i principi su cui si basano le medicine orientali può essere utile un confronto con la medicina scientifica che si è sviluppata nel mondo occidentale.

Il modello biomedico su cui si fonda la medicina occidentale è definito meccanicistico o riduzionistico perché il malato è visto come un “corpo macchina” e la vita un fenomeno puramente materiale e molecolare. Al contrario, le medicine orientali (indiana, cinese, tibetana e altre) partono da una valutazione olistica dell'uomo nella sua interezza, comprensiva non solo della componente corporea ma anche di quella mentale e spirituale (corpo-mente-spirito). Ad esempio, la medicina tradizionale indiana, l'Ayurveda, ritiene preponderante nella cura dei malati la connessione tra corpo e spirito ed enfatizza il ruolo della mente-coscienza nell'ottenere la guarigione e mantenere la salute e, analogamente, per la medicina cinese corpo e mente sono intimamente connessi, così come materia ed energia (Chopra, 1993). Secondo il pensiero indiano ma anche cinese, infatti, la materia è condensazione di energia e può dissolversi liberando la sua energia potenziale.

Le differenze tra medicina occidentale e orientale nella interpretazione delle cause delle malattie e nell'approccio diagnostico, terapeutico e preventivo sono schematizzate nella figura 1.

La medicina occidentale si basa su un approccio eziopatogenetico alla malattia, che cerca di spiegare non solo le cause delle malattie ma anche i meccanismi di insorgenza, in senso meccanicistico, a fini diagnostici e preventivi. Per contro, le medicine orientali ve-

dono l'individuo in connessione con l'ambiente e pongono l'accento sull'equilibrio interno ad ogni individuo ed esterno, tra l'individuo e l'ambiente che lo circonda.

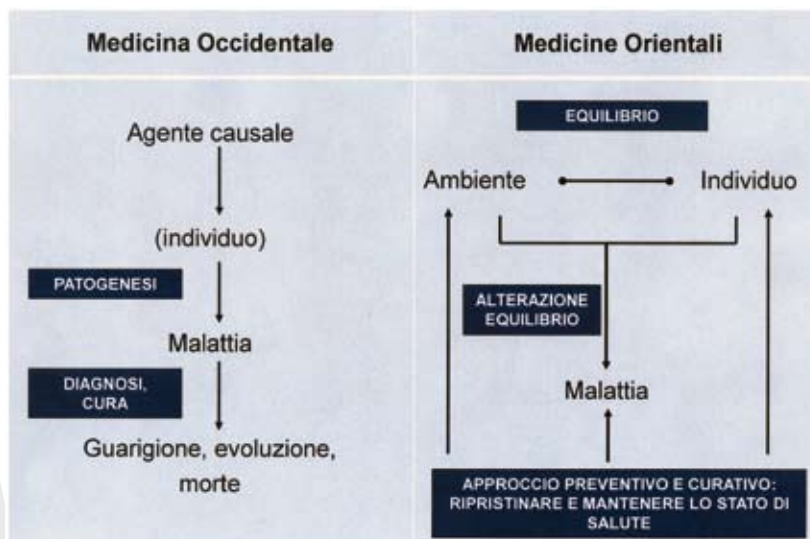


Fig.1. Le differenze tra medicina occidentale e orientale nella interpretazione delle cause delle malattie e nell'approccio diagnostico, terapeutico e preventivo.

Per la medicina occidentale, le cause delle malattie possono essere i soli agenti esterni, di origine "ambientale", come i microrganismi patogeni cause di infezione, o agenti "interni" ben riconoscibili e individuabili come l'ipercolesterolemia, mentre per le medicine orientali la malattia, anche quando causata da agenti esterni, dipende comunque da un'interazione tra individuo e ambiente: in linea di principio, un individuo sano, in equilibrio, non contrae la malattia, o la contrae in forma lieve, anche se esposto a un agente patogeno. Negli ultimi anni le differenze tra medicina occidentale e orientale su questo punto vanno riducendosi: il concetto di suscettibilità individuale sta occupando sempre più spazio anche nella medicina occidentale, con i recenti sviluppi della cosiddetta "medicina predittiva" e dell'epigenetica (interazione tra geni e ambiente), e della personalizzazione delle cure su base individuale.

Le differenze nella diagnosi, nella terapia e nella prevenzione

derivano in modo sostanziale da questi due diversi approcci: per la medicina occidentale, si tratta di individuare e curare l'organo o i tessuti malati e prevenire la malattia rimuovendo la causa, sia essa esterna (es. agente patogeno) o interna (es. ipercolesterolemia). Per le medicine orientali, invece, si tratta di agire sull'individuo, ripristinando l'equilibrio e i suoi rapporti con l'ambiente, se alterati, e rinforzando le difese individuali.

Un altro aspetto fondamentale del diverso approccio tra medicine occidentali e orientali, che deriva dalla visione tipicamente orientale dell'essere umano come unione tra corpo, mente e spirito e dalle malattie come derivate da alterazioni dell'equilibrio, è l'approccio terapeutico, ma anche preventivo, che è complesso e opera su più livelli, come evidenzia la figura 2.



Fig. 2. I tre cardini delle medicine orientali per il recupero e il mantenimento della salute: lo stile di vita, l'impiego di prodotti erboristici e i trattamenti fisici

Anche le medicine orientali utilizzano prodotti chimici, intesi più correttamente come "integratori", non prodotti di sintesi ma elementi o composti presenti in natura, per lo più di tipo erboristico. Nello stesso tempo le medicine orientali utilizzano terapie fisi-

che, come il massaggio, l'oleazione, l'agopuntura, la coppettazione¹ e altri. Infine, va considerata la grande importanza dello stile di vita, sia come causa sia come rimedio alle malattie, da cui deriva uno stretto controllo dell'alimentazione, che spesso va orientata sulla tipologia dell'individuo e sui suoi squilibri. Importante è anche l'attività fisica e l'attività mentale, con il ricorso a pratiche ormai ben note anche nei paesi occidentali, come lo yoga, il tai chi, la meditazione.

Pur con le caratteristiche comuni qui accennate, le medicine orientali sono profondamente diverse tra di loro. Si parlerà, di seguito, di due tra le più diffuse medicine orientali, impiegate da millenni, e attualmente applicate su milioni di individui nel mondo: la medicina tradizionale indiana, Ayurveda, e quella cinese.

In questo capitolo non verranno trattati gli aspetti relativi all'evidenza scientifica di efficacia dei trattamenti di queste medicine, per i quali si rimanda a testi e articoli specifici. Basti qui ricordare l'atteggiamento di apertura espresso di recente da due famosi editorialisti della più diffusa rivista di medicina, il *New England Journal of Medicine*, e condiviso da molti studiosi sul tema più generale delle medicine "non convenzionali": *"Non ci possono essere due tipi di medicina – convenzionale e alternativa. [...]. Una volta che un trattamento è stato sperimentato in modo corretto e se ne verifica efficacia e innocuità esso sarà accettato nell'uso corrente"* (Angell, 1998).

¹ Tecnica della Medicina Tradizionale Cinese caratterizzata dall'uso di coppette di bambù o di vetro che, dopo aver bruciato l'ossigeno interno, vengono apposte sopra un ago o un punto di agopuntura. Questa tecnica crea una suzione con vasodilatazione cutanea, apporto di Ossigeno ed eliminazione di CO₂ e acido lattico. Favorisce la risoluzione di blocchi energetici o di stasi di energia migliorando l'effetto dell'agopuntura.

AYURVEDA, LA SCIENZA DI LUNGA VITA PER IL MANTENIMENTO E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'Ayurveda rappresenta il più diffuso tra i diversi sistemi di medicina tradizionale utilizzati dalla popolazione del subcontinente indiano da migliaia di anni (Morandi, 2007).

Il termine sanscrito *Ayurveda* significa letteralmente “*Conoscenza della vita*”. Non si tratta di un semplice sistema di cura ma di una filosofia che, mediante indicazioni sullo stile di vita e di comportamento, non si limita a curare le malattie ma cerca ogni mezzo per prevenirle.

L'Ayurveda considera la salute come lo stato naturale dell'uomo e la malattia come la perdita dell'equilibrio fisico e psichico. Secondo la tradizione, le sue origini risalgono all'inizio della Creazione Cosmica, quando Dio trasferì questa scienza ai saggi indiani, i “rishi”, nel corso delle loro profonde meditazioni. Per questo motivo è stata definita “il grande dono dei saggi dell'India all'umanità”. Le sue origini si fanno risalire a circa 5000 anni fa, quando veniva trasmessa per tradizione orale; i primi testi scritti che ci sono pervenuti sono il Charaka Samhita (2°-3° secolo a.C.) e il Sushruta Samhita (3°-4° secolo d.C.) (Sharma, 1996).

I principi fondamentali dell'Ayurveda: la tipologia individuale, la salute come equilibrio, la causa delle malattie e la diagnosi e cura delle malattie.

L'Ayurveda è un sistema di cura assai complesso, che comprende molteplici tipi di trattamenti e indicazioni e che si pone i seguenti obiettivi:

- 1) promuovere la salute;
- 2) prevenire le malattie;
- 3) curare le malattie;
- 4) promuovere la longevità.

Non è possibile riassumere l'Ayurveda in poche pagine, per cui verranno qui sintetizzati, in alcuni punti, solo i principi basilari.

La costituzione individuale: i tre Dosha

L'Ayurveda ritiene che in ogni individuo esistano tre distinte componenti, i "Dosha": *Vata*, *Pitta* e *Kapha*. Ogni individuo contiene, in misura maggiore o minore, tutte e tre queste qualità, che determinano la sua costituzione, denominata "prakriti", nelle sue componenti fisiche (come l'essere magro o robusto), mentali (come l'essere nervoso o calmo) e spirituali (come l'essere generoso o egoista). La persona sana è caratterizzata dall'equilibrio dei tre Dosha.

L'Ayurveda ritiene che tutto l'universo sia composto da 5 elementi primari, terra, acqua, fuoco, aria e spazio (etere), e che ciascun Dosha sia composto da due di questi elementi, come rappresentato nella figura 3. Lo squilibrio dei Dosha comporta il prevalere di una o due componenti sulle altre.

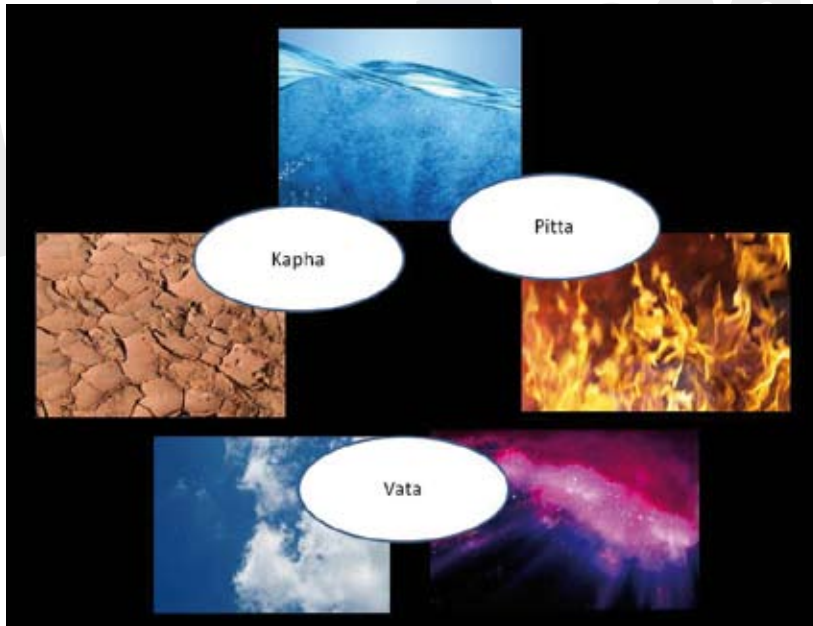


Fig. 3. La teoria dei tre Dosha, elementi della costituzione di ciascun individuo, quali componenti dei cinque elementi fondamentali dell'universo: terra, acqua, fuoco, aria e etere (spazio)

Un individuo a predominanza Vata tende ad essere magro, irre-

quieto, ansioso e apprensivo; gli individui in cui predomina Pitta tendono ad essere di media costituzione, vivaci intellettualmente, irritabili, impazienti, aggressivi; la predominanza di Kapha infine porta ad avere una struttura fisica larga e forte, con tendenza al sovrappeso e alla pigrizia, buona memoria ma scarsa agilità mentale.

La tipologia individuale dell'Ayurveda, fondata sul prevalere di una o due delle tre componenti, non appare concettualmente lontana dalle teorie della personalità formulate da correnti psicologiche di matrice occidentale. Ad esempio, diverse ricerche hanno rilevato che il "livello di aggressività" o l'"atteggiamento positivo/negativo" (ottimista/pessimista) sono importanti fattori di rischio o predittivi dell'insorgenza di malattie, in particolare quelle cardiovascolari. Di recente, peraltro, alcune ricerche sulla medicina ayurvedica hanno trovato una corrispondenza tra la teoria dei tre Dosha e aspetti genetici e comportamentali.

L'anatomia e la fisiologia

L'Ayurveda riconosce sette diversi tipi di tessuti corporei, denominati "*dhatu*", tra cui il sangue, il tessuto muscolare, quello adiposo, ecc. e vie di comunicazione tra le diverse parti del corpo, denominate "*srotas*", corrispondenti, in una certa misura, ai vasi sanguigni, linfatici e nervosi dell'anatomia occidentale e che conducono sia i prodotti nutritivi e di rifiuto sia le informazioni (impulsi nervosi, sostanze endocrine, neuro-mediatori, ecc.).

La digestione degli alimenti svolge un ruolo fondamentale per la salute dell'individuo. La capacità digestiva dell'organismo viene identificata con una sorta di "fuoco interno" denominato "*agni*". Una digestione inefficiente, in genere dovuta ad un comportamento alimentare scorretto, o al mangiare troppo in fretta, o in condizioni di stress, comporta un mancato assorbimento di nutrienti essenziali per l'organismo e l'assorbimento di materia non completamente digerita sotto forma di tossine, denominate "*ama*".

Le cause delle malattie

L'Ayurveda pone l'attenzione all'individuo malato più che alle

malattie in sé, in accordo con quanto diceva Ippocrate: “È più importante sapere che tipo di persona ha una malattia che sapere che tipo di malattia è”. Secondo l’Ayurveda, le malattie nascono da squilibri nell’organismo e non solo da cause esterne o genetiche.

La prima causa di malattie è rappresentata dallo squilibrio dei Dosha, per cui si distinguono malattie di Pitta, Vata o Kapha a seconda dell’eccessivo prevalere di uno dei tre Dosha sugli altri (Tiwari, 1995; Ranade, 2004). Uno squilibrio in Vata comporta disturbi del sistema nervoso, stipsi e malattie delle articolazioni; in Pitta favorisce la febbre, le malattie di fegato e della pelle e le malattie infiammatorie in genere; in Kapha infine causa malattie dell’apparato respiratorio, sia catarrali che secche (asma) e i tumori. Le malattie possono essere dovute anche ad altre cause, soprattutto il comportamento nocivo alla salute (“errori dell’intelletto”).

L’Ayurveda dà molta importanza all’alimentazione sia come causa di malattia sia come metodo per mantenere o ristabilire la salute, in accordo con un altro principio ippocratico (“il cibo sia la tua medicina”), la cui validità è stata ampiamente dimostrata dalla medicina occidentale. Una cattiva digestione degli alimenti, determinata da un indebolimento del “fuoco digestivo” o da un’alimentazione scorretta, porta, come detto, ad un accumulo di tossine. Analogamente, anche altri errori nello stile di vita, ad esempio la mancanza di un adeguato riposo o l’uso di droghe, compreso il fumo di tabacco, conducono all’accumulo di tossine.

Le tossine possono essere sia fisiche sia mentali, e vanno a determinare diverse condizioni morbose a seconda dell’organo/tessuto in cui si accumulano. Esse possono produrre patologie fisiche o mentali, spesso entrambe, dal momento che, secondo l’Ayurveda, corpo e mente sono strettamente connessi tra di loro. Ad esempio, la presenza di cibo non digerito per una digestione debole potrà condurre ad astenia, disturbi del sonno, irrequietezza, nervosismo, cefalee, ma anche disturbi allergici, tosse, bronchite e altri. Analogamente, l’accumulo di pensieri negativi (Ama mentale) potrà condurre non solo a disturbi della sfera emotiva (ansia, depressione, disturbi del sonno, ecc.) ma anche a vere e proprie malattie organiche (gastrite, ulcera gastrica, cefalea, ipertensione arteriosa, infarto miocardico, ecc.).

La diagnosi e la cura delle malattie

La presenza di squilibri dei Doshā, determinata da errori alimentari o nello stile di vita, da stress o altro, viene riconosciuta attraverso una visita da parte di un medico ayurvedico (Tiwari, 1995; Ranade, 2004). La diagnosi viene posta mediante:

- un colloquio, inteso a valutare molteplici aspetti della vita della persona, dal ritmo sonno-veglia alla digestione, all'intolleranza per il caldo o per il freddo, e così via;
- una visita clinica, per valutare costituzione fisica e trofismo dei tessuti, e in particolare di pelle, unghie, lingua;
- l'esame del polso, in cui viene valutato l'eventuale squilibrio dei tre Doshā.

La cura delle malattie secondo l'Ayurveda ha l'obiettivo di correggere lo squilibrio riscontrato nell'individuo ed è quindi strettamente personalizzata. Essa si basa su tre livelli di intervento (Fig. 2): lo stile di vita, soprattutto per quanto concerne l'alimentazione; l'uso di preparati, che comprendono prodotti erboristici ma anche minerali e altro; trattamenti fisici, come i massaggi, l'oleazione, l'applicazione di decotti erboristici sulla pelle, e altri.

Esistono numerosi preparati erboristici ayurvedici, composti a volte da singoli componenti ma più spesso da molteplici componenti, anche decine di erbe, così da integrare le proprietà delle diverse piante per potenziarne l'effetto. Alcuni preparati ayurvedici sono oggi in libera vendita anche in Italia essendo classificati come integratori (e non come farmaci) dal Ministero della Salute.

L'utilizzo dei preparati ayurvedici non si pone in contrasto con la medicina occidentale, ed essi possono essere aggiunti a integrazione di una terapia medica occidentale. In questo caso però è necessario tenere conto delle possibili interazioni. Ad esempio, alcuni prodotti erboristici hanno una dimostrata capacità di ridurre la glicemia, il che può comportare il rischio di crisi ipoglicemiche in diabetici in terapia con insulina o antidiabetici orali. D'altro canto, l'impiego di trattamenti ayurvedici può consentire di ridurre la somministrazione di farmaci della medicina occidentale, attenuando così il rischio di effetti avversi. Per questi motivi è necessario che qualsiasi terapia ayurvedica venga prescritta ed effettuata sotto stretto controllo da parte di un medico ayurvedico.

L'impostazione della medicina ayurvedica di curare i processi morbosi agendo su più livelli ha il vantaggio di agire sulle cause o concause di malattia, e non sui soli sintomi, e di responsabilizzare l'individuo a un ruolo attivo per il recupero e il mantenimento del proprio stato di salute. Ad esempio, se un individuo è in sovrappeso e ha intolleranza agli zuccheri, l'Ayurveda insegnerà per prima cosa a normalizzare la glicemia con una dieta corretta e ad adottare stili di vita salutari, e, se questo non è sufficiente, verranno somministrati prodotti erboristici e/o trattamenti fisici. La medicina occidentale, invece, molto spesso punta già in prima battuta sui farmaci, mettendo in secondo piano, o trascurando del tutto, gli interventi non farmacologici. In questo modo essa può favorire il perseverare delle cattive abitudini e impedire quindi che il malato, pagando lo scotto dell'errore commesso, divenga consapevole di essere esso stesso causa di malattia e attui la necessaria catarsi che lo porterà a non ripetere l'errore in futuro.

L'Ayurveda insegna che ogni disturbo, ogni problema fisico non va soppresso ma attentamente esaminato perché è un segnale che il nostro corpo ci invia, un prezioso avvertimento che ci deve rendere consapevoli di un errore commesso e spingere rapidamente a correggerlo. L'utilizzo dei preparati erboristici ha il grosso vantaggio di agire dolcemente, spesso alleviando ma non annullando del tutto il disturbo che, persistendo seppur tollerabile, verrà ascoltato ed interpretato nel suo vero significato.

L'AYURVEDA, UNA MEDICINA PER IL BENESSERE DELL'ORGANISMO

Il benessere e la longevità come obiettivi primari

Secondo l'Ayurveda la salute consiste in uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale (equilibrio e armonia). Come si vede, questa definizione è del tutto in accordo con quella dell'OMS del 1946 che recita che la salute: *“È uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità”*.

Un individuo gode di buona salute, secondo l'Ayurveda, quando vi è un equilibrio dei Dosha, un corretto funzionamento di tessuti/organi e delle vie di comunicazione, buone capacità digestive e una

condizione armoniosa dell'animo, dei sensi e della mente (Suryanara, 1996).

Come detto, l'Ayurveda mira al mantenimento dell'equilibrio nel corpo, nella mente e nell'anima, ponendo maggiore attenzione alla prevenzione e al mantenimento della salute più che alla cura delle malattie, mediante uno stile di vita salutare ed un comportamento etico. Uno degli obiettivi fondamentali dell'Ayurveda è quello di promuovere la longevità in buona salute: è questo il motivo per cui viene definita anche "scienza della lunga vita" (Chopra, 1993; Chopra, 1994; Iannacone, 2003).

È ben nota, ad esempio, la longevità degli yogi, molti dei quali si possono considerare maestri della pratica ayurvedica, tramandata per tradizione orale da maestro ad allievo. Alcuni prodotti ayurvedici, detti "rasayana", svolgono un'azione disintossicante e anti-invecchiamento e, in studi di laboratorio, mostrano spiccati effetti anti-ossidanti e anti-radicali liberi.

Lo stile di vita per il mantenimento del benessere

Il Charaka Samhita, uno dei testi fondamentali dell'Ayurveda, fornisce le indicazioni generali sul comportamento che deve tenere un individuo per mantenere la salute e godere di pieno benessere: "Può conservare la salute colui che segue una dieta e un esercizio fisico regolari, che prende autonomamente le sue decisioni, che controlla i suoi impulsi sensuali, che è generoso, onesto, sincero, che perdona e che è circondato dall'affetto dei suoi familiari" (Sharma, 1996).

Per quanto riguarda l'alimentazione, le raccomandazioni dell'Ayurveda per mantenere la salute non possono essere generalizzate perché dipendono dalla costituzione individuale e, quindi, dai Dosha prevalenti in ciascun individuo. Del resto, anche la medicina occidentale negli ultimi anni sta acquisendo il principio dell'individualizzazione delle cure, così come dello stile di vita: ciò che fa bene a un individuo può essere nocivo ad un altro. Ad esempio, una persona debole e astenica deve, secondo l'Ayurveda, consumare maggiormente cibi che forniscono energia e aiutano ad aumentare la massa corporea, soprattutto muscolare, grazie all'esercizio fisico, che a sua volta dovrà però essere leggero e regolare. Inoltre questo tipo

di individuo dovrà svolgere pratiche che migliorano le sue capacità digestive, in modo da assimilare meglio gli alimenti e aumentarne le capacità nutrizionali. Per contro, un individuo in sovrappeso avrà bisogno di alimenti che aiutano ad eliminare le tossine accumulate, rimuovendole dai tessuti e bruciandole con il “fuoco” digestivo, inteso in senso generale come metabolismo.

L’Ayurveda, tuttavia, fornisce anche indicazioni di carattere generale sull’alimentazione che vanno bene per tutti gli individui. In particolare suggerisce di consumare alimenti freschi, il più possibile organici e il meno trattati, non conservati, senza additivi, coloranti, ecc. Suggerisce di consumare pasti caldi e regolari, assunti con calma, in un ambiente tranquillo, masticando a lungo ogni boccone, abbinando i cibi tra loro in modo da evitare incompatibilità (ad esempio non mescolando tra loro cibi dal sapore “aspro”, come diversi frutti o lo yogurt, con cibi dal sapore “dolce” come il latte, i cereali o il miele), e consumando i pasti agli orari opportuni (il pasto principale tra le 12.00 e le 14.00, la cena deve essere leggera e completamente digerita prima di andare a dormire).

L’esercizio fisico, secondo l’Ayurveda, deve essere moderato e regolare, che sia insieme attività del corpo e della mente, come lo yoga, che sia adeguato alla persona e svolto preferibilmente al mattino, per risvegliare l’energia.

Come si vede, questi precetti non sono lontani dalle moderne raccomandazioni di un corretto stile di vita per la prevenzione delle malattie croniche, quali le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete, per quanto concerne l’alimentazione e l’attività fisica. Vi è però un altro aspetto, che riguarda la sfera mentale, spirituale e sociale della vita, che la medicina occidentale ha trascurato, e che invece occupa un posto di assoluto rilievo per conseguire e mantenere la salute secondo l’Ayurveda. Solo negli ultimi anni si è iniziato, anche nel mondo occidentale, a comprendere l’importanza della gestione dello stress e delle emozioni negative, che hanno ormai un ruolo ben documentato nella genesi di molte patologie della nostra epoca. Basti pensare a come lo yoga e le tecniche di meditazione, da sempre componenti basilari della salute secondo le medicine orientali, hanno iniziato a diffondersi nei paesi occidentali solo a partire dagli anni ’60 con il fenomeno dei movimenti giovanili e dell’interesse per le culture orientali e che solo nelle ultime decadi si è andata accumu-

lando una consistente evidenza scientifica dei benefici della pratica regolare di queste tecniche.

L'Ayurveda è, come detto, una filosofia di vita più che una medicina e, come tale, ha forti connotati etici, pur avendo come fine ultimo la salute. Non stupisce quindi che, secondo l'Ayurveda, una componente fondamentale del benessere di un individuo sia la capacità di mantenere una rete di relazioni positive con l'ambiente esterno: l'uomo è in intima connessione con il mondo che lo circonda, l'ambiente e tutti gli altri esseri umani, nei confronti dei quali deve provare rispetto, gratitudine e solidarietà intesa come reciproco aiuto disinteressato. Il pensiero è in grado di influenzare lo stato di salute: i pensieri positivi aiutano a mantenere un buono stato di salute, quelli negativi esercitano una sorta di attrazione nei confronti delle malattie fisiche e mentali. Si noti che, ancora una volta, l'Ayurveda sembra avere intuito ciò che poi, in occidente, è stato sviluppato dalla medicina psicosomatica e che ha trovato una base scientifica nelle recenti scoperte delle neuroscienze relativamente alle connessioni, attraverso mediatori chimici, tra cervello, sistema immunitario, apparato digerente, sistema endocrino e ogni altra parte del corpo, e con la nascita di una nuova branca della scienza medica, la psico-neuro-endocrino-immunologia.

Analogamente l'Ayurveda fornisce indicazioni generali di comportamento, in particolare per quanto riguarda la routine quotidiana. Ad esempio, al mattino si raccomanda di alzarsi presto, e poi procedere, nell'ordine, a esercizi di respirazione, eliminazione dei rifiuti, lavaggi, massaggi con oli, esercizi fisici (yoga), meditazione e, infine, colazione.

I trattamenti per il mantenimento del benessere

Spesso risulta difficile, se non impossibile, adattare il nostro stile di vita a quanto raccomandato dall'Ayurveda. La scarsa disponibilità di tempo per seguire la routine, i molti impegni di lavoro e familiari da svolgere in fretta e sotto pressione, la necessità di consumare pasti fuori casa o di usare cibi pre-cotti o conservati, la difficoltà di gestione dei rapporti sociali, soprattutto nell'ambiente di lavoro, rendono molto difficile mantenere l'equilibrio nel corpo, nella mente e nell'animo.

Per questi motivi, l’Ayurveda consiglia l’uso di integratori, in relazione alla costituzione individuale e agli squilibri riscontrati da un medico ayurvedico. Gli integratori per contrastare i fattori negativi della vita quotidiana sono per la maggior parte prodotti erboristici, utilizzati regolarmente da millenni in India, in altri paesi asiatici e anche in altri continenti dalle medicine tradizionali locali.

Un ulteriore e utile supporto è costituito dai trattamenti fisici, come i massaggi, le oleazioni e altro.



Un'altra pratica molto usata per combattere lo stress è costituita dallo “*shirodhara*” che consiste nell’applicazione di oli caldi sulla fronte attraverso un movimento regolare e periodico. Questo tipo di applicazione è curativo nei confronti di diversi disturbi, come quelli del sonno, ma ha anche un effetto calmante e rilassante di per sé, estremamente utile per riguadagnare la calma e il necessario distacco da un eccessivo coinvolgimento emotivo e poter gestire lo stress. Un’ulteriore opportunità offerta dall’Ayurveda per riguadagnare e promuovere il benessere è costituito dalle pratiche di purificazione note come “*Panchakarma*”. Il Panchakarma, a differenza della altre pratiche fisiche, non può essere praticato in ambulatorio e richiede un vero e proprio ricovero in una struttura specializzata, per alcune settimane. Si tratta di una pratica sostanzialmente preventiva, che

viene raccomandata quando non si riesce a riacquistare l'equilibrio mediante gli altri interventi già descritti (stile di vita, integratori e terapia fisica).

Il panchakarma prevede vari interventi per eliminare le tossine, purificare l'organismo e potenziare le funzioni fisiologiche. Esso è indicato sia per soggetti affetti da patologie sia per soggetti sani o apparentemente tali, per eliminare le tossine prima che il loro accumulo causi malattie. Si tratta di una serie di procedure che possono essere prescritte solo da un medico ayurvedico, da effettuare in ambiente dedicato, sotto attenta sorveglianza sanitaria, e che comprendono cinque interventi: il vomito terapeutico (emesi), l'uso di lassativi, l'enteroclisma con decotti o oli medicati, l'instillazione di medicinali dalle narici e infine il salasso. Questi interventi vengono messi in atto gradualmente, preceduti da una fase di preparazione e seguiti da una di post-trattamento.

ASL di Brescia

LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE PER IL BENESSERE

L'attuale sviluppo in Occidente della Medicina Tradizionale Cinese, di cui l'Agopuntura è parte importante, sembra andare di pari passo con una maggiore attenzione da parte della popolazione al proprio stato di salute e di benessere, avvalorata da una cultura della prevenzione e dalla ricerca di un medico con una formazione culturale più olistica.

Dopo l'agopuntura, vera testa di ponte della Medicina cinese, sono state introdotte gradualmente in questi anni le altre branche della Medicina Tradizionale Cinese quali il massaggio (Tui-na), la moxibustione, la coppettazione, le ginnastiche mediche (Tai Ji Quan, Qi Gong), la dietetica e la fito-farmacologia cinese.

La Medicina Cinese è strettamente connessa alla Cultura Cinese che affonda le proprie radici nella filosofia Taoista con elementi di Confucianesimo e di Buddismo.

Nel Dao Te Ching, il libro della via e della virtù di 91 capitoli, Lao Zi scrive: *“L'uomo che raggiunge il Tao non è nient'altro che l'uomo vero, l'uomo che vive la verità di sé, che agisce conformemente al Cielo/Terra. Quando l'Uomo vero raggiunge l'unità originale non agisce più direttamente, ma lascia che la natura segua il suo corso, perché la volontà del saggio si identifica completamente con l'ordine del tao”*. Ed ancora: *“Quando l'uomo sa mantenere l'equilibrio della componente Yin e della componente Yang nel suo organismo, quando sa difendersi e nutrirsi, quando sa adattarsi alle quattro stagioni, quando sa mantenere il suo animo tranquillo, si riscopre sano e autentico nel seguire il Dao, la Via”* (De La Vallée, 1994;2001).

*La Medicina Tradizionale Cinese:
i principi generali, le cause di malattia, la diagnosi e la cura*

I testi di Medicina Cinese più antichi e pubblicati nel VII secolo a.C. sono due: Su Wen (Libro delle domande semplici) e Ling Shu (Perno spirituale). Al loro interno vengono trattati i seguenti temi:

- anatomia, fisiologia, cause di malattia, evoluzione della patologia, prevenzione e trattamento, soprattutto tramite agopuntura e moxibustione;
- fisiologia governata da cinque organi pieni Zang e sei visceri vuoti Fu attraverso i canali principali Jing luo;

- definizione delle varie forme di Energia e le energie psichiche dell'individuo;
- quattro fasi diagnostiche (ispezione, auscultazione, interrogazione e presa dei polsi);
- teorie fondamentali dello yin e dello yang e dei cinque movimenti.

Successivamente sono state pubblicate innumerevoli altre opere di Medicina Tradizionale Cinese inerenti i vari aspetti della Salute e della Cura a dimostrazione della complessità della cultura medica cinese.

Il presupposto teorico della Medicina Tradizionale Cinese è costituito da due teorie:

1) la teoria dello YIN e dello YANG, espressione della dualità contrapposta in un continuo fluire e divenire con l'obiettivo del mantenimento dell'equilibrio espresso nella raffigurazione grafica del Dao o della Via (Fig. 4).

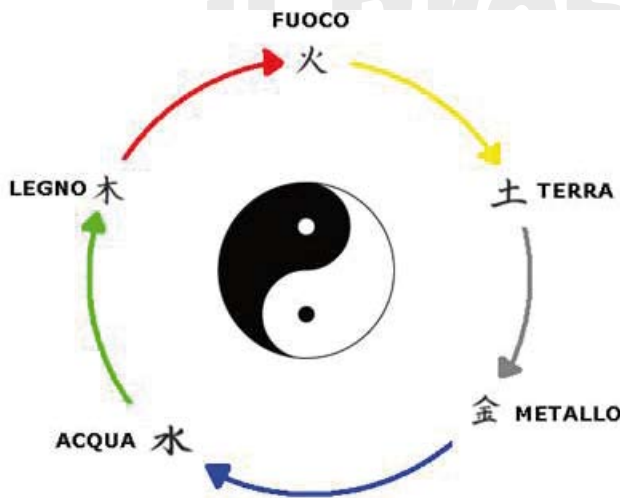


Fig. 4. Il DAO, espressione di equilibrio dello Yin e dello Yang, con la legge di generazione dei cinque Movimenti

2) La teoria dei cinque elementi o movimenti: il Fuoco, la Terra, il Metallo, l'Acqua, il Legno hanno una relazione dialettica tra di loro nel senso che ognuno genera e domina i successivi Elementi (Fig. 4). Ad ogni Elemento corrispondono, per analogia, sapori, sentimenti,

colori, stagioni, organi di senso periferici, organi cavi (Fu) e pieni (Zang) con le loro funzionalità energetiche.

Per gli aspetti più propriamente medico-clinici, nei testi tradizionali le due teorie trovano applicazione per tutti gli aspetti eziologici, patogenetici, diagnostici e terapeutici.

Anatomia e fisiologia sono state studiate dai medici cinesi su persone vive e non su cadaveri, comprendendo, in tal modo, le strutture e le funzioni principali dell'organismo.

Alla base della fisiologia vi è la teoria del Sangue (*Xue*), dei Fluidi (*Jin Ye*) e dell'Energia (*Qi*), espressioni diverse della Energia che permette la vita. Il Sangue non può muoversi senza Energia e l'Energia non può fluire senza la circolazione del Sangue. I Fluidi *Jin Ye* (umor vitreo, liquido cefalo-rachidiano e il liquido sinoviale) sono espressione della fisiologica produzione del Sangue *Xue* che mantiene un suo giusto equilibrio con l'Energia *Qi*.

In questa costruzione teorica l'Uomo è considerato una centrale energetica in cui gli apporti esterni forniti da una corretta alimentazione e respirazione vengono assimilati e trasformati dagli organi e dai visceri, quindi, trasportati e distribuiti in tutto l'organismo dai vasi sanguigni e dai canali energetici chiamati Meridiani: dodici Meridiani Principali e Secondari e otto Meridiani Meravigliosi di cui due (Vaso Governatore e Vaso Concezione) con punti propri. I Meridiani non sono strutture anatomiche definite, ma vie di comunicazione intercellulare che utilizzano gli ioni di membrana cellulare come tramite di comunicazione.

L'equilibrio del *Qi* o Energia può essere mantenuto con una corretta alimentazione e respirazione ("Cielo posteriore"), fattori essenziali per ridurre al minimo la dispersione del *Qi* originario o ancestrale dato dai genitori nel momento del concepimento ("Cielo Anteriore"). Quanto maggiore è il *Qi* originario e quanto minore ne è la sua dispersione, tanto migliore sarà lo stato di equilibrio psico-fisico e, quindi, lo stato di salute.

Sui Meridiani sono stati individuati numerosi punti o aree con caratteristiche neurofisiologiche specifiche che possono essere stimolate dal terapeuta con diverse modalità.

I punti di agopuntura sono considerati degli "imbuti" energetici in quanto presentano una resistenza elettrica diversa rispetto alle zone circostanti della cute.

L'eziopatogenesi, studio delle cause di malattia, si basa sulla comprensione dei fattori che agiscono, attraverso meccanismi complessi, alterando la circolazione dell'Energia e del Sangue determinando degli squilibri che provocano la malattia. I fattori patogeni possono essere Esterni (Vento, Freddo, Calore, Umidità) od Interni, comprese le alterazioni delle Emozioni che agiscono dalla Psiche al Soma e viceversa.

La semeiologia, studio dei segni, e la diagnostica si avvalgono dello studio particolareggiato della lingua (glossoscopia) e della palpazione dei polsi radiali (sfigmologia) che permettono di comprendere le caratteristiche "ambientali" ed energetiche dell'organismo che predispongono a determinati squilibri e, quindi, alle malattie. Dopo aver messo a fuoco i segni e i sintomi del paziente si giunge alla clinica con quadri sindromici diversi dalle sindromi della medicina occidentale.

La Medicina Tradizionale Cinese affronta il paziente secondo la visuale di un "grandangolo", mentre la Medicina Occidentale vede il paziente secondo la visuale del "teleobiettivo". La diversità delle due modalità di approccio, in realtà, può permettere una positiva complementarità: il "grandangolo" sottende un'ottica globale che considera la totalità del malato e ha il limite di non cogliere il particolare, mentre l'ottica del "teleobiettivo" permette di studiare e mettere a fuoco il particolare perdendo però di vista la globalità del malato.

Questa complementarità è così vera che, in ambito sanitario cinese, i due approcci medici convivono negli Ospedali con pari dignità ed in reciproca integrazione pur mantenendosi ben distinti (Maciocia, 1995 e 1996; Minelli, 2002; Perini, 2001).

La Medicina Tradizionale Cinese per il benessere dell'organismo

La Medicina Tradizionale Cinese può agire con varie modalità:

- *tecniche esterne* quali l'agopuntura e la moxibustione, la coppettazione, il massaggio (*Tui-na*) e altre tecniche di stimolazione del punto (elettro-agopuntura, laser-agopuntura, chimio-agopuntura, magneto-puntura).



- *Tecniche interne* quali la farmacologia naturale e la dietetica. Entrambe si basano su ricette molto antiche sperimentate da un'immensa attività clinica durante migliaia d'anni e sull'utilizzo dei sapori come elemento fondamentale in base alla stagione e in base alle condizioni cliniche del paziente. Ne consegue una dietetica cinese molto ricca basata sulla necessità di utilizzare i sapori di stagione con prodotti freschi per favorire l'equilibrio energetico di ciascuno secondo la prevalenza stagionale e nella logica dei cinque Movimenti.

- *Ginnastiche mediche* quali il *Qi Gong* e *Tai Ji Quan*. Si tratta di ginnastiche che la maggior parte della popolazione anziana cinese pratica in spazi pubblici, come parchi e giardini, attuando, di fatto, una attività di prevenzione e di benessere a costo zero. Queste pratiche sono caratterizzate da movimenti di apertura e di chiusura *Yang* e *Yin* associati ad una respirazione diaframmatica che permette di mantenere o ristabilire l'equilibrio psico-fisico di ogni praticante. Il *Qi Gong*, inoltre, si caratterizza per l'emissione di sei suoni particolari che mettono in vibrazione energetica ogni Loggia con l'Elemento di riferimento, secondo la circolarità dei cinque Movimenti (Belotti, 2001; Sotte, 2006).

Recentemente il Ministero della Sanità Cinese ha messo a punto una forma semplificata di *Tai Ji Quan* con ventiquattro movimen-

ti per permettere a tutta la popolazione un facile apprendimento e favorendo, di fatto, una pratica salutare per tutti. La pratica costante di tale ginnastica favorisce un migliore equilibrio posturale soprattutto negli anziani che dimostrano una migliore compliance con l'ambiente e una gratificazione personale che soddisfa il bisogno profondo di sicurezza e di autostima (Belotti 2001; Morandi, 2007).

A seguito di queste osservazioni è facile intuire come la Medicina Tradizionale Cinese dia importanza alla prevenzione prestando molta attenzione alla attività fisica e mentale, alla respirazione, alla scelta dei cibi secondo le stagioni e i sapori. Il prendersi cura di sé determina, tra l'altro, un risparmio in termini biologici ed economici. È evidente, quindi, come la Medicina Tradizionale Cinese sia una medicina olistica ed ecologica essendo basata su una ricerca d'armonia fra uomo ed ambiente e su un continuum corpo-mente che anticipa le intuizioni attuali della psicosomatica e della psico-neuro-endocrino-immunologia (F.I.S.A., 2000; Belotti, 2001).

Nella Medicina Tradizionale Cinese le malattie sono espressione di un alterato equilibrio delle due manifestazioni energetiche del dualismo Yin e Yang, Pieno-Vuoto, Interno-Esterno, Freddo-Caldo. È grazie all'equilibrio di queste espressioni duali, rappresentate del Dao, che noi viviamo, l'anomala o difficoltosa circolazione nel nostro organismo può generare stati morbosi. Gli aghi, infissi nei punti di affioramento dei canali energetici (Meridiani), cercano di ristabilire la normale e fisiologica circolazione dell'energia.

Secondo il pensiero cinese la materia è condensazione di energia e può dissolversi liberando la sua energia potenziale. Dato che l'energia e la materia sono continuamente in movimento e continuamente trapassano l'una nell'altra, non vi è mai materia senza alcuna energia né energia senza alcuna materia. Il grado di energia, come quello di materia, non sono mai stabili. Energia e materia sono inversamente proporzionali tra di loro: maggiore è l'energia minore è la materia e viceversa.

La visione cinese dell'uomo è "cosmica" ed energetica. L'uomo è collocato tra Cielo e Terra, tra Energia e Materia e riassume in se stesso tutte le caratteristiche del finito e dell'infinito, del materiale e dell'immateriale. L'Uomo è in continua comunicazione con le Energie Cosmiche, Stagionali, Climatiche e Alimentari che penetrano in

lui dall'esterno e che devono essere in equilibrio con quelle interne.

L'agopuntura e la Medicina Tradizionale Cinese offrono oggi una opzione molto importante al mondo medico moderno: la possibilità di rivedere globalmente il ruolo del medico e del malato e di rendere meno tecnica questa complessa relazione (Maciocia, 1996; Minelli, 2002; Belotti, 2001).

Bibliografia

Angell M., Kassirer J.P. *Alternative medicine. The risks of untested and unregulated remedies.* N Engl J Med 1998;339:839-41.

Belotti L., Favalli R., Ferrari P., Losio A., Marino A., Nasta P., Perini S. Perini S. (A cura di). *Agopuntura e tecniche complementari in Medicina dello Sport.* Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2001

Chopra D. *Benessere totale.* Sperling e Kupfer, Milano, 1993.

Chopra D. *Corpo senza età, mente senza tempo.* Sperling e Kupfer, Milano, 1994.

Larre C., Rochat De La Vallée E. *Dal Huandi Neijing Lingshu. La psiche nella tradizione cinese.* Jaca Book, Milano, 2001

Larre C., Rochat De La Vallée E. *Dal Huangdi Neijing Suwen. Le domande semplici dell'imperatore giallo.* Jaca Book, Milano, 1994

F.I.S.A., Allais G.B., Giovanardi C.M., Pulcri L., Quirico P.E., Romoli M., Sotte L. (A cura di). *Agopuntura: evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia.* Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000

Iannaccone E. *Ayurveda, la scienza della pienezza della vita.* Tecniche Nuove, Milano, 2003.

Maciocia G. *I fondamenti della medicina tradizionale cinese.* Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1996

Maciocia G. *La clinica in Medicina Cinese.* Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1995

Minelli E., De Giacomo E., Schiantarelli C. *Agopuntura clinica tradizionale e moderna*. Red-Edizioni, Como, 2002

Morandi A., Sartori G., Tosto C. *Ayurveda: la Medicina Tradizionale Indiana*. in: Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B. (A cura di). *Le Medicine non Convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione*. Franco Angeli, Milano, 2007

Ranade S. *Trattato di medicina ayurvedica*. Ed. Il Punto d'Incontro, Vicenza, 2004

Sharma R.K. (A cura di): *Caraka Samhita*. Sri Satguru Pub., Delhi, 1996

Sotte L., Minelli E., Giovanardi C.M., Matrà A., Schiantarelli C. *Fondamenti di Agopuntura e Medicina Cinese*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2006

Suryanara G. *Salute e longevità con la medicina ayurvedica*. De Vecchi eds, Milano, 1996

Tiwari M. *I segreti della guarigione ayurvedica*. Il Punto d'Incontro, Vicenza, 1995

Donna con ermellino, Leonardo da Vinci, 1452 - 1519



UOMO E ANIMALE: LA RELAZIONE INTERSPECIFICA COME APPORTATRICE DI BENESSERE

Francesco Brescianini, Luigi Dotti

Gli animali, nella vita dell'uomo, sono da sempre una presenza costante, temuta o desiderata, ammirata o disprezzata, con numerosi rapporti e forti afflitti empatici. Sono presenti non solo nelle aperte campagne o nelle zone selvagge, ma anche nel cuore di una metropoli dove il canto degli uccelli ci rende di buon umore, i bambini si incantano nei giardinetti davanti alle evoluzioni di un insetto su un fiore, i proprietari di animali da compagnia ostentano i loro beniamini passeggiando in centro o correndo nel parco.

Questa convivenza, più o meno volutamente cercata, ha da sempre una grande influenza sulle persone ed è, quindi, importante valutare se gli animali favoriscano il loro benessere, intendendo naturalmente non ciò che essi apportano da un punto di vista alimentare o strumentale (produzione di latte, di carne, di uova o mezzi di trasporto, guardiani di casa, ecc.) ma i benefici che possono derivare dai rapporti con la specie umana. Ci fanno stare meglio? Possiamo qualificare e quantificare il loro apporto nel nostro benessere? Possiamo spiegarcelo non solo da un punto di vista soggettivo, personale, ma anche trovare un perché oggettivo, di specie?

In questo capitolo si cercherà di rispondere a tali domande partendo dai più antichi rapporti fra uomo e animale, rapporti in alcuni casi diventati talmente intensi e stretti da portare a far convivere specie diverse, persino prede e predatori, in una stessa tana, divenuta poi casa.

A questo proposito è necessario ricordare che esiste una sostanziale differenza tra un animale addomesticato e un animale domato; il primo termine si riferisce a un'intera specie o varietà mentre il se-

condo può riferirsi a un solo individuo; anche l'origine etimologica delle due parole è diversa: addomesticare deriva dal latino ad (presso) domus (casa, famiglia), domare significa soggiogare, dal greco damaos, schiavo.

Nel "Piccolo Principe", racconto di Antoine Saint-Éxupery, l'incontro tra il piccolo principe e la volpe ben esprime il significato profondo del termine addomesticare. Il Piccolo Principe chiede alla volpe il significato della parola addomesticare e la volpe risponde che vuol dire creare legami, ovvero mettersi nella condizione di essere importanti l'uno per l'altro.

L'aspetto centrale per il benessere è, dunque, la relazione che si può creare tra uomo e animale, relazione che assolve a funzioni psicologiche importanti quali lo scambio affettivo, la vicinanza, la sicurezza, il sentirsi importanti per un altro essere, la possibilità di prendersi cura, il contatto tattile, la comunicazione non verbale, uno spazio di gioco, la de-tensione dello stress, ecc.

La ricerca dell'animale

L'ascolto della musica classica tranquillizza le persone e permette, durante il lavoro, una maggior concentrazione; una spiegazione a questo stato di benessere è che l'armonia e la melodia della musica classica replicherebbero quelle del canto degli uccelli che accompagnava la vita dei nostri progenitori preistorici i quali venivano allarmati da una improvvisa interruzione del canto, intesa come primo avviso di possibile minaccia.

Ci sono molti altri richiami a un nostro ancestrale e leggendario stretto rapporto col mondo animale, evocato e rimpianto; si pensi al Paradiso terrestre o all'età dell'oro, mitiche epoche in cui uomini e animali si parlavano e si capivano, ma anche alla rappresentazione di animali per esprimere caratteri, vizi o virtù umane (coraggio leonino, fedele come un cane, infido come un serpente, ecc.).

A un certo punto della nostra evoluzione l'animale ha cessato di essere inteso esclusivamente come una preda da mangiare o un predatore da cui evitare di essere mangiati ed è diventato protagonista di un complesso processo di addomesticamento nel quale l'aspetto

di sfruttamento alimentare o strumentale, seppur presente, non ha rappresentato l'unico elemento; si pensi, per esempio, come in tutte le civiltà evolute sia da sempre presente la tendenza a creare animali belli.

L'empatia che gli animali ci suscitano non si può spiegare solo partendo dai superficiali piaceri della specie dominante, ma si può parlare di una pulsione innata nell'uomo verso le altre specie, che si esprime osservandole, studiandole, catturandole o instaurando con loro rapporti, fino a portarle all'interno delle abitazioni, non solo per fini esclusivamente utilitaristici. Esiste nell'uomo un interesse per l'animale in quanto tale, quasi un bisogno di rapporto interspecifico, necessario per l'evoluzione della specie Homo Sapiens. (Digard, 1990).

È affascinante l'immagine evocata da Konrad Lorenz in cui l'incontro tra uomini e cani, due specie in fuga comune dai conspecifici¹ dominanti, avviene dopo un lungo reciproco studio, da distanze sempre minori, fino all'unione segnata da un ineluttabile destino (Lorenz, 1973)².

Uomo e animale

Negli ultimi cinquant'anni l'animale ha conosciuto un aumento di titolarità referenziale passando da macchina produttiva a presenza amica, parte integrante della famiglia, in un innalzarsi di considerazione che ha proceduto, in modo parallelo, all'aumentata attenzione per il benessere.

L'animale ha modificato, pertanto, il suo valore essenziale all'interno della nostra vita, trasformandosi in mediatore culturale e di sostegno.

La comunicazione tra uomo e animale è difficile ma rilassante,

¹ Organismi animali o vegetali appartenenti alla stessa specie di un altro.

² Per quel che concerne il cane, fino a pochi anni fa si riteneva fosse stato addomesticato dai 12.000 a 18.000 anni fa. Secondo le recenti ricerche di Robert K. Wayne, basate sul DNA canino, si teorizza invece una co-evoluzione con la nostra specie e si fanno risalire i primi rapporti tra le due specie a ben 120.000 anni fa; si ipotizza addirittura che la sua presenza sarebbe stata uno dei fattori di prevalenza dei Sapiens sui loro cugini neandertaliani.

priva di giudizi e non competitiva, abbassa le barriere difensive, rende facile l'esternazione dei sentimenti. L'animale diventa per il compagno uomo un sostegno, ne migliora, in condizioni normali, l'equilibrio psichico e le capacità cognitive, rende ottimista verso il futuro ed è una distrazione nei momenti tristi.

Comprendere ed essere compresi da un'altra specie attraverso meccanismi non linguistici è particolarmente appagante: lo scodinzolare, le fusa, il canto che accolgono il proprietario che rientra a casa dal lavoro o che accompagnano i momenti del pasto o del gioco, danno la consapevolezza di essere importanti e necessari.

All'interno del gruppo familiare l'animale ha funzioni positive, diventa un collante per coniugi impegnati da lavoro e preoccupazioni, dona ruoli centrali a parenti anziani, crea rapporti tra figli "tecnologicizzati" e genitori distratti.

Ogni persona ricerca l'animale per soddisfare aspettative personali che devono però, per il benessere di entrambi (uomo e animale), essere valutate attentamente.

L'animale non è un'estensione di sé, un cane non è un'arma da difesa, un gatto non è una trappola per topi, il cavallo non è una moto da cross: possono essere dei magnifici esecutori della volontà del padrone, ma sono compagni, non strumenti.

È necessario essere coscienti che la base del rapporto è la reciprocità; l'animale non è oggetto ma, come il partner umano, soggetto di un rapporto, seppur asimmetrico, in quanto l'animale domestico non è una controparte in grado di ribattere o di decidere.

È fondamentale conoscere l'animale ed instaurare un vero rapporto con lui. Come dice Temple Grandin *"Se siamo interessati agli animali dobbiamo studiarli per quello che sono, e nella misura del possibile, rispettando la loro natura. Che cosa fanno? Che cosa provano? Che cosa pensano? Che cosa stanno dicendo? Chi sono? E poi: come dobbiamo comportarci per trattarli in modo giusto, responsabile, con gentilezza? Queste sono le domande davvero importanti"* (Grandin, 2007).

A questo proposito ci sono alcuni elementi che è necessario conoscere: 1) *tempo di socializzazione della specie*. I cani, ad esempio, dovrebbero

avere rapporti con i conspecifici dalla terza alla ottava settimana di vita e con l'uomo dalla sesta alla dodicesima; la manipolazione con loro richiede non solo carezze ma quasi un controllo corporeo in quanto crea un forte legame emotivo.

I gatti richiedono periodi di socializzazione più brevi, la seconda settimana con i conspecifici e la terza con l'uomo; negli uccelli è noto il fenomeno dell'imprinting³.

2) *Peculiarità di ogni singolo animale.* È fondamentale sapere che le caratteristiche comportamentali comuni di specie e la crescita nello stesso ambiente, pure importanti per la formazione del carattere, non annullano la natura individuale di ogni soggetto e tenere ben presente che la razza di un animale non è equiparabile alla marca di un prodotto. Il binomio razza/comportamento, tanto enfatizzato dai media, è stato fortemente ridimensionato e hanno acquisito maggior valore le caratteristiche parentali e le esperienze avute in giovane età, l'educazione data, l'eventuale addestramento e gli incidenti o gli stimoli positivi che l'animale ha avuto.

3) *Affidabilità che un animale dimostra.* I criteri di docilità (capacità di convivere tranquillamente con altre specie), di ubbidienza (capacità di svolgere i compiti dati dal partner umano), di intelligenza (capacità di interpretare le esigenze o i bisogni del partner umano), sono di grande importanza per instaurare un rapporto proficuo soprattutto con gli animali che possono liberamente vivere in casa e, in special modo con i cani, cui si associa la possibilità del morso/aggressione⁴.

³ Termine di derivazione inglese ("to imprint", "stampare, imprimere") che indica il processo attraverso il quale, quando un piccolo riceve le cure e l'affetto di una madre diversa da quella biologica, riconoscerà quest'ultima come la madre vera, anche qualora appartenga ad una specie diversa. Tale modalità di apprendimento si attua in un determinato periodo della vita, detto "fase sensibile", durante la quale il cucciolo è predisposto biologicamente ad apprendere ed in lui si fissano dei modelli di comportamento. Il termine fu coniato da Konrad Lorenz, il fondatore dell'etologia moderna, che in seguito ai suoi studi sulle oche selvatiche dimostrò che un'esperienza è in grado di cambiare un comportamento.

⁴ Le cause del morso/aggressione possono essere molteplici e differenziate. In alcuni casi il morso è dovuto a un eccesso di protezione nei confronti del proprietario o del proprio territorio, in altri è la risposta a sentimenti di paura e gelosia o a un eccesso di gioia esternata con il "gioco morso"; in altre situazioni viene utilizzato per difendere i propri cuccioli mentre alcune volte è fortuito, non legato a errori di educazione o addestramento né a carattere.

Come è possibile capire allora quando il cane è effettivamente pericoloso? Quando mostra aggressività verso i bambini e verso altri cani, quando si registra un'abitudine a reagire morsicando, quando si osservano alterazioni in pubblico (non ascolta il padrone, ringhia, ha atteggiamenti di dominanza o di insofferenza verso categorie di persone), quando si registra una predisposizione a lotte cruente con altri cani e una tendenza ad etopatie (eccessi di difesa del territorio, panico, mancanza di freni

4) *Posto e ruolo dell'animale all'interno della casa.* L'animale deve assolvere un ruolo all'interno della comunità; nel caso di animali da branco, come il cane, “la frustrazione dell'emarginazione non è affatto un antropomorfismo e non è raro assistere a situazioni in cui il cane tenta di rendersi utile, cercando di imitare il comportamento del padrone o richiamando la sua attenzione sulle sue capacità” (Marchesini, 2000).

5) *Giusto grado di comunicazione.* L'animale deve ricevere tutte le informazioni e gli indizi utili a valutare il suo comportamento; è importante ricordare però, che un eccesso di discorsi può creare confusione (per l'animale le nostre parole sono un linguaggio povero, poco comprensibile). Anche la percezione del tempo è diversa dalla nostra, quindi, sgridarlo e/o punirlo parecchio tempo dopo una “marchella” ingenera confusione.

Bambino e animale

Bambino-animale costituisce il binomio ideale: i bambini sono naturalmente portati all'animale e l'animale trova in genere nel bambino il compagno di giochi perfetto.

Alcuni genitori, terrorizzati da zecche, pidocchi, ipotetiche micosi, remote zoonosi o da ataviche zoofobie non considerano neppure l'eventualità di portare un animale in famiglia, mentre altri, inizialmente propensi, se ne pentono rapidamente perché oberati dai bisogni del cucciolo umano o perché la gestione dell'animale comporta sacrifici o problemi non valutati al momento della scelta, e se ne liberano, privando così il figlio di uno stimolo di crescita che comporterebbe vantaggi assoluti.

Il bambino, infatti, ha bisogno di una pluralità di referenti educativi e di stimoli intellettivi e un cane, un gatto, un criceto o qualsiasi animale possa essere ospitato nelle mura di casa, è il compagno di giochi che presenta quegli stessi caratteri di irrazionalità, curiosità, paure e istinti presenti nel bambino.

L'animale è dotato, inoltre, del fascino di giocattolo vivente, di volta in volta protagonista diverso dei diversi mondi immaginati dalla fervida fantasia di un bambino ed è un giocattolo che interagisce autonomamente, abituando così il bambino a situazioni non ripetitive, giungendone addirittura a richiamarne l'attenzione quando questo si distrae.

Nel bambino molto piccolo i vantaggi derivano anche dalla sola osservazione dell'animale, di cui ripete i versi e gli atteggiamenti, migliorando così la propria capacità di percepire, di vocalizzare, di stare in equilibrio e in movimento. Il bambino più grande scopre che ciò che lo accomuna all'animale (fame, sete, dolore, gioia) viene trasmesso in maniera diversa: tutto questo lo stimola ad interpretare altri linguaggi, lo abitua a ciò che è "altro", ne fa diminuire la tendenza alla ripetitività e la voglia di omologazione.



Altro aspetto importante di questa relazione è la possibilità che il bambino si ponga nella posizione di colui che si prende cura dell'altro piuttosto che essere oggetto più o meno passivo di cura o di educazione da parte dell'adulto. Questa inversione di ruolo produce benefici e promuove modalità attive nella cura di sé, che contrastano l'atteggiamento di delega ed educano all'assunzione di responsabilità.

La vita di un bambino, inoltre, è scandita da eventi esterni (primo giorno alla scuola materna, alla scuola elementare, cambio di casa, morte di un nonno o matrimonio di un congiunto, ecc.) che determinano cambiamenti relazionali e fanno mettere in dubbio la definizione familiare acquisita; l'animale diventa così un punto fermo che ammortizza gli effetti del cambiamento, il perno su cui ricostruire il tessuto dei rapporti umani.

È chiaro che l'affetto verso l'animale non è e non deve diventare un surrogato dell'affetto verso i familiari, ma è il sentimento che si prova verso un amico che non sgrida e non giudica; se questo affetto è eccessivamente spostato verso l'animale, può essere la spia di problemi e malesseri relazionali non comunicati verbalmente.

È importante educare il bambino verso un corretto rapporto con gli animali, senza eccessi di paura o di incoscienza, per impedire sia incidenti sia "incomprensioni etologiche". Nel primo caso è necessario dare poche ma chiare informazioni, nel secondo sono da evitare un eccesso di paura verso gli animali (zoofobia), in genere trasmessa verticalmente da uno o da entrambi i genitori o, viceversa, uno smodato attaccamento verso il proprio animale (zoomania) in una esasperazione del rapporto che diventa un modo per sfuggire al mondo che lo circonda.

Anziano e animale

Il binomio animale - bambino è immediato, ma è ormai comune anche il binomio animale-anziano.

L'animale può essere visto e vissuto come il figlio uscito di casa, come il coniuge venuto a mancare, in un ricordo mediato ma sicuramente mai statico. Dall'anziano, il senso stesso del presente, un presente più accettabile di quello da fronteggiare quotidianamente, non mediato da tecnologie incomprensibili, con tempi non frenetici e

che in cambio chiede solo una partecipazione attiva e una relazione frequente.

Oltretutto la presenza dell'animale può dare alla persona anziana solo lo stimolo a partecipare alla vita del mondo, può distoglierla da comportamenti sclerotici o di abulia, imporre il rispetto di tempi e orari e, nel caso del cane, obbligarlo ad un'attività motoria, ad uscire di casa e a relazionarsi con persone esterne.

Il prendersi cura dell'animale ha per l'anziano la funzione di sentirsi utile e importante per un altro essere che accompagna lo scorrere della quotidianità.



Gli animali come supporto alla cura

Gli aspetti evidenziati fino ad ora fanno comprendere come l'animale possa diventare un aiuto importante per i terapeuti e gli educatori in diversi ambiti.

Numerose sono le attività nelle quali impiegare gli animali, come

attività di sostegno rivolte a persone in strutture di ricovero (anziani, detenuti, lunghe degenze, degenze post operatorie), percorsi salute realizzati in strutture adibite (fattorie didattiche), attività emendative (cani per ciechi e hearing dog) nelle quali l'animale, oltre ad essere estensione percettiva, riveste anche un ruolo affettivo e di sostegno. Con un team di professionisti coterapeuti può essere realizzata una specifica terapia assistita con animali (Pet Therapy) nell'ambito della riabilitazione motoria e psicomotoria oltre che nella psicoterapia (terapia con la mediazione del cavallo e ippoterapia, delfino terapia, onoterapia). Per finire, la presenza fissa di animali in particolari ambiti (in case di riposo, acquario in sala d'attesa del dentista, ecc.) ha la funzione di gestione dell'ansia e di pretesto per una mobilitazione e attivazione relazionale.

Nell'utilizzo degli animali come supporto alla cura è necessario partire dal presupposto che l'animale deve essere nella miglior situazione possibile, oltre che per le evidenti motivazioni etiche, anche perché, solo così, si possono ottenere i più alti livelli di interazione. È indispensabile valutare il carattere dell'animale (non tutti gli animali amano essere accarezzati o toccati da estranei), il suo grado di obbedienza, l'assenza di paure verso ciò che appare strano, si pensi,



per esempio, a persone con difficoltà alla deambulazione, o pazienti psichiatrici che alzano la voce o hanno movimenti a scatti.

In conclusione, la relazione uomo-animale può diventare portatrice di benessere e un ausilio ai percorsi di cura e di educazione, se viene mantenuto il rispetto dei bisogni e delle peculiarità di entrambi i soggetti di questa relazione.

Bibliografia

De Saint-Exupéry A. *Il Piccolo Principe*. Bompiani, 1943

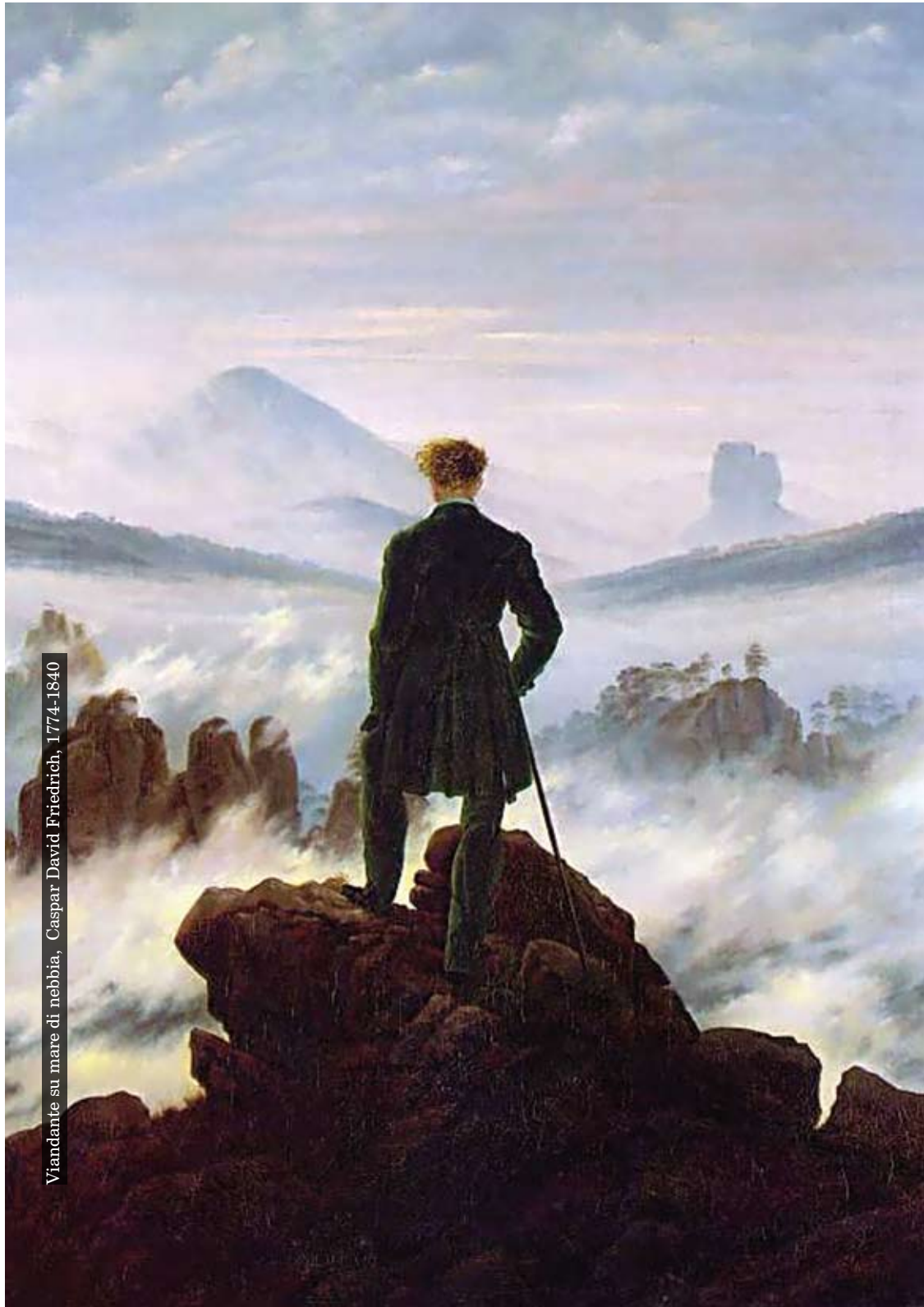
Digard J.P. *L'homme et les animaux domestiques. Anthropologie d'une passion*, Fayard , 1990

Lorenz K. *E l'uomo incontrò il cane*. Adelphi 1973

Grandin T. *La macchina degli abbracci*. Adelphi 2007

Marchesini R. *Lineamenti di zoo-antropologia*. Calderini edagricole, 2000

Viaiante su mare di nebbia, Caspar David Friedrich, 1774-1840



L'IMPATTO DEL CLIMA SUL BENESSERE: IMPLICAZIONI PER IL SINGOLO E PER LA COMUNITÀ

Mauro Vaccarezza, Marco Vitale

L'influenza del clima sulle vicende e sulla salute umana è nota fin dai tempi più antichi (Menne, 2006). Il clima e i suoi cambiamenti sono valutati generalmente su parametri di riferimento quali la temperatura dell'aria e le precipitazioni in spazi e tempi prestabiliti. Nell'ambito epidemiologico, la maggior parte degli studi correla la temperatura dell'aria a dati che si riferiscono a parametri di salute, ad esempio la mortalità legata alla temperatura.

Questo aspetto è da considerare quantomeno limitativo dal momento che la relazione dell'uomo con l'ambiente termico che lo circonda è più complessa e richiede una visione più organica.

Il problema del clima, infatti, coinvolge sia gli scambi dell'atmosfera con il corpo (il cosiddetto stress termico) sia la risposta fisiologica dell'individuo allo stress termico (affaticamento termico).

La stretta relazione dell'uomo con i componenti climatici e atmosferici deriva dall'esperienza di ognuno su base giornaliera. La calda estate del 2003 in Europa, quando si ebbero circa 55.000 decessi oltre la media dovuti all'abnorme aumento di temperatura, è un buon esempio dell'impatto del clima sulla salute dell'individuo e della comunità (Menne, 2006; Kosatsky, 2005; Schar 2004; Kirch, 2005; Jendritzky, 2009). Il bilancio fra il clima circostante e il metabolismo dell'individuo è controllato da una serie di sistemi di regolazione autonoma nel soggetto sano. Questo sistema si basa su un adattamento comportamentale (bere, mangiare, riposo alternato a momenti di attività, esposizione all'aperto, tipo di abitazione) guidato da soggettive sensazioni coscienti di benessere o di malessere.

re. Questa capacità di adattamento permette all'uomo di vivere e lavorare praticamente in tutte le zone climatiche del pianeta, con varie e ovvie differenze di sensazioni di benessere o di "discomfort" a seconda della latitudine e delle situazioni contingenti (Solimene, 2000; Parsons, 2003).

Il rapporto fra clima e individuo è studiato dalla bioclimatologia (Solimene, 2000; Parsons, 2003) che si interessa dell'analisi teorica e della ricerca sperimentale dei rapporti che intercorrono, in periodi di tempo piuttosto lunghi, tra gli eventi atmosferici e gli organismi viventi, per studiarne il maggior numero di effetti sotto l'aspetto fisico, fisiologico, patologico, preventivo e terapeutico.



Pertanto la bioclimatologia può essere molto utile nel dare previsioni e segnali delle sindromi meteoropatiche e climatopatiche.

Le sindromi meteoropatiche si dividono in primarie, secondarie e stagionali, comprendendo tutte quelle forme legate ai cambiamenti

delle condizioni atmosferiche nell'arco di una settimana che sorgono in un individuo sano oppure in un individuo già affetto da preesistente patologia (Solimene, 2000; Parsons, 2003). In particolare queste ultime, dette secondarie, si presentano come aggravamenti o riacutizzazioni di malattie croniche, infiammatorie o degenerative, a carico di vari organi, sistemi ed apparati dell'organismo. In esse sono particolarmente rilevanti gli ormoni dell'asse ipotalamo-ipofisario.

L'ipotesi più plausibile è che l'arrivo delle perturbazioni atmosferiche, in modo particolare quelle a carattere di fronte freddo, stimolino la produzione di ormone adrenocorticotropo (ACTH), con conseguente aumento delle sindromi ansiose e dei disturbi somatoformi e, al contrario, diminuiscano la produzione di endorfine, con ovvia diminuzione della soglia del dolore e l'insorgenza di conseguenze ad essa correlate, a livello scheletrico, muscolare, tendineo e nervoso.

Le sindromi meteoropatiche secondarie presentano una insorgenza acuta, di solito nell'intervallo fra alcune ore e 2-3 giorni prima dell'arrivo di fronti di perturbazione oppure anche quando persistono, a volte anche per molti giorni di seguito, vortici d'aria fredda o zone di bassa pressione in quota. Si ripresentano negli stessi soggetti in modo più o meno ripetitivo, non solamente con il ripetersi di situazioni simili, ma anche se esiste, ad esempio, la medesima situazione meteorologica al suolo ma non in quota e viceversa. Il miglioramento si ha soltanto se la situazione atmosferica cambia completamente, ma quasi sempre solo se si passa da una situazione di vortice freddo in quota ad una situazione di cupola d'aria calda, sempre in quota. Le sindromi iniziano in modo brusco e repentino, e sono tanto più importanti quanto più intensi sono i fenomeni di instabilità al suolo e/o alle varie quote. Si ripresentano con sintomatologia non molto dissimile se le perturbazioni al suolo o le situazioni in quota sono più o meno simili e distanziate di almeno quindici giorni l'una dall'altra; si presentano, invece, in modo tanto più attenuato quanto più le perturbazioni al suolo o le situazioni in quota sono vicine le une alle altre. Una famiglia di perturbazioni al suolo, legata normalmente ad una situazione sinottica in quota poco o nulla modificata, provoca sindromi meteoropatiche meno intense che non una sola perturbazione attiva in arrivo, dopo un periodo di tempo bello stabile.

In ultima analisi possiamo dunque affermare che il complesso di tutti i fenomeni atmosferici la cui brusca variazione è legata alle linee di instabilità al suolo, ai vortici freddi, alle zone di bassa pressione ed alle correnti a getto in quota, favorisce una caduta delle difese immunitarie dell'organismo e/o un aumento della virulenza dei funghi, dei batteri e dei virus.

Se poi i soggetti vivono in località con inquinamento dell'aria elevato, come nelle vie di grande traffico urbano, la sintomatologia si presenta più frequente e più accentuata, in modo particolare per quanto riguarda l'apparato respiratorio, cardiovascolare e muscoloscheletrico ed i disturbi cosiddetti "somatoformi", che sono strettamente collegati alla neurolabilità e, di conseguenza, anche alla meteorolabilità.

Fra di essi, quello che interessa maggiormente è il disturbo d'ansia generalizzato (GAD), diffuso almeno nell'80% dei soggetti affetti da meteorosensibilità. La principale caratteristica clinica del GAD è la presenza, per un periodo di almeno sei mesi consecutivi, di una condizione psicologica di ansia e di preoccupazione eccessiva nei riguardi di molteplici eventi o di attività di ogni tipo, come ad esempio le prestazioni in ambito scolastico, lavorativo, familiare, sociale, ecc. All'ansia ed alla preoccupazione sono associati almeno tre dei seguenti sintomi nell'adulto e almeno uno nei bambini: irrequietezza, specie nelle ore pomeridiane e serali oppure sensazione di "nervi tesi", accompagnati spesso da senso di insoddisfazione; stanchezza o facile tendenza alla spossatezza, in modo particolare nelle ore antimeridiane; notevole difficoltà nella ideazione e nella concentrazione o improvvisi vuoti di memoria; irritabilità, spesso anche per cause banali; tensione muscolare, in modo particolare ai muscoli del collo e lombosacrali; alterazioni del sonno con difficoltà all'addormentamento, sonno con frequenti risvegli, risveglio precoce o comunque sonno non riposante, inquieto ed insoddisfacente. Il soggetto non è nelle condizioni psicologiche di controllare l'ansia o lo stato di preoccupazione e l'insieme della sintomatologia gli causa un disagio clinicamente significativo, con notevole compromissione o riduzione della funzionalità in campo sociale, lavorativo, familiare ed individuale. Il GAD è un fenomeno di comune riscontro, in modo particolare in medicina generale, con una prevalenza annua variabile dal 3 fino al 10%. Esso si trova frequentemente associato a forme depressive, che possono essere più o meno specifiche o importanti, anche a prescindere dalla costituzione del soggetto.

Puntualizzando meglio questi concetti, possiamo aggiungere che i meteoropatici possono essere affetti sia da ansia, sia da depressione, anche contemporaneamente. I meteoropatici si ritrovano in gran parte tra quei soggetti che hanno difficoltà di adattamento con se stessi e con gli altri.

I disturbi di tipo somatoforme si possono classificare in sintomi somatici o disturbi da conversione, come parestesie agli arti superiori ed inferiori con sensazione di acuto formicolio o diminuzione della sensibilità, contratture muscolari anche di grado elevato e persistenti nel tempo, paresi di tipo isteroide, afonia e, molto meno frequenti, cecità o sordità temporanea, mancanza di odorato (anosmia), o di gusto; disturbi facenti capo a stimoli dolorosi anche persistenti come angor o pseudoangor, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sciatalgie, spalla dolorosa acuta, coliche addominali viscerali, dolorabilità diffusa muscolare, nevralgie, tutte prive di una causa apparente “classica” (Solimene, 2000; Parsons, 2003).

Da tutto questo quadro di sindromi variegata è intuibile come l'individuo sia facilmente influenzato dal clima circostante e come questo influisca tendenzialmente sulla qualità di vita e sul benessere: all'uopo è auspicabile una maggiore attenzione a tutte le età di una educazione al clima che riprenda e rinfreschi alcune semplici nozioni anche tenendo presente i cambiamenti del clima alle nostre latitudini negli ultimi venti anni, al fine di potenziare i sistemi di adattamento fisiologici sopra menzionati (alimentazione, idratazione, attività, riposo, abbigliamento, tipo di abitazione).

Non meno importante è l'impatto che il clima ha sul benessere e sulla salute della comunità intesa come insieme di individui: è degno di nota riportare i dati che evidenziano, ad esempio, una diretta relazione fra stress termico e mortalità. Diversi modelli sperimentali e predittivi (che travalicano gli intendimenti di questo breve capitolo) oggi sono in grado di prevedere cambiamenti climatici e l'andamento del clima in una data regione e, con buona approssimazione, l'impatto del clima su diversi parametri di salute, prevedendo inoltre la vulnerabilità di gruppi particolari di diverse età a diversi stress climatici e termici.

Un nuovo e importante fattore che è legato ai cambiamenti climatici è la possibilità che malattie essenzialmente infettive quali

malattie tropicali abbiano una diffusione in zone geografiche non precedentemente coinvolte, e che possano colpire strati significanti della popolazione con un costo sociale alto. A tutt'oggi non vi è una posizione scientifica univoca riguardo all'effetto del clima sull'evoluzione delle malattie infettive e tropicali: è da notare che un recente studio dimostra che la teorica azione favorente la diffusione della malaria dovuta a cambiamenti climatici, in realtà, non si sia verificata su scala mondiale grazie a fattori non climatici (Patz, 2005; Lafferty, 2009; Ledford, 2010; Gething, 2010).

Fermi restando questi dati non immediatamente intuitivi, in ogni caso il monitoraggio del clima e la verifica puntuale dei suoi effetti sul benessere del singolo e della comunità, accoppiati ai vari modelli climatici di uso comune, che verranno ulteriormente perfezionati nel tempo, sono di fondamentale importanza per una medicina preventiva moderna e per la razionalizzazione di una medicina degli stili di vita che prenda sempre più campo nei sistemi sanitari avanzati.

Bibliografia

Gething P.W. et al. *Climate change and global malaria recession*. Nature 2010; 465: 342-5

Jendritzky G., Tinz B. *The thermal environment of the human being on a global scale*. Global Health Action 2009. DOI: 10.3402/gha.v2i0.2005

Kirch W., Menne B., Bertollini R. *Extreme weather events and public health response*. WHO. Heidelberg, Germany. Springer, 2005

Kosatsky T. *The 2003 European heat waves*. Euro Surveill 2005; 10: 148-9

Lafferty K.D. *The ecology of climate change and infectious diseases*. Ecology 2009; 90: 888-900

Ledford H. *Malaria may not rise as world warms*. Nature 2010; 465: 280-1

Menne B., Ebi KL eds *Climate change and adaptation strategies for human health*. WHO. Darmstadt, Germany. Steinkopff; 2006

Parsons K.C. *Human thermal environments: the effects of hot, moderate, and cold environments on human health, comfort and performance*. London and New York: Taylor and Francis eds., 2003.

Patz J.A, Campbell-Lendrum D., Holloway T., Foley, J.A. *Impact of regional climate change on human health*. Nature 2005; 438: 310–317

Schar C., Jendritzky G. *Hot news from summer 2003*. Nature 2004; 432: 59-60

Solimene U., Brugnoli A. *Meteorologia e Climatologia Medica*. Milano, Italia. Mediamed Eds., 2000

ASL di Brescia

Donna con bilancia, Johannes Vermeer, 1632-1675



ECONOMIA DEL BENESSERE

Rosella Levaggi

Il concetto di benessere può avere diverse interpretazioni in economia. L'accezione più normale è quella di "economia del benessere" che per gli economisti definisce un filone di ricerca che ha come scopo lo studio delle politiche volte a massimizzare la funzione di utilità collettiva. In questo capitolo noi useremo un'accezione più ampia di benessere: partiremo da questa definizione per ricomprendere all'interno del nostro discorso temi che sono più vicini alla nozione di welfare e di wellness, ma che rispecchiano meglio l'intervento dell'economia nel settore sanitario.

Muoveremo da dove ci lascia l'approccio liberista per studiare come, invece, nel settore sanitario l'intervento dello Stato sia necessario proprio per migliorare il benessere, inteso non come un concetto di efficienza (legato al massimo prodotto ottenibile con determinate risorse), ma al concetto di equità che, di fatto, vuol dire creare un trade-off fra efficienza (massimo prodotto) ed equità (una quantità di prodotto inferiore ma distribuita in modo più equo).

I motivi per cui è necessario l'intervento dello Stato per quanto riguarda le prestazioni sanitarie sono noti e in questo contesto vengono dati per acquisiti. In particolare in questa trattazione cercheremo di affrontare il problema di come sia possibile, tramite l'intervento pubblico migliorare, almeno in parte, il benessere, inteso però come salute dei cittadini.

La teoria: gli strumenti per redistribuire il reddito

Il mercato di concorrenza perfetta assicura efficienza, ma non equità. È un concetto che, ben chiaro per gli economisti, risulta forse un

po' complesso per chi si avvicina a questa materia per la prima volta. Già Pareto osservava che le risorse tendono a concentrarsi nelle mani di pochi su un mercato lasciato a sé stesso. Per contrastare questa tendenza lo Stato ha a disposizione due strumenti:

- 1) la tassazione e i sussidi (tassazione negativa);
- 2) la fornitura di beni e servizi a prezzi molto più bassi del costo o, addirittura, nulli (redistribuzione in natura).

Per perseguire semplici fini di redistribuzione del reddito, la letteratura ha dimostrato che il primo strumento è nettamente superiore al secondo. Imposizione fiscale e sussidi possono essere combinati assieme la fornitura di beni e servizi riesce solo ad operare nella direzione di mettere dei beni a disposizione di tutti. L'utilizzo della redistribuzione in natura ha però una sua ragione d'essere quando lo Stato voglia indirizzare il consumo dei cittadini verso alcuni beni e servizi che, in una visione paternalistica, sono considerati indispensabili. Nasce da qui il concetto di "bene meritorio": un bene o un servizio che lo Stato ritiene indispensabile per il cittadino e che, al fine di promuoverne l'utilizzo, viene messo a disposizione gratuitamente.

Il concetto che fonda l'idea di un Servizio Sanitario Nazionale come il nostro è in gran parte questo: le prestazioni sanitarie sono beni meritori, lo Stato vuole promuoverne un utilizzo appropriato ed è per questo che vengono forniti secondo un criterio di pari accesso. Tutti coloro che hanno un bisogno "meritevole" hanno diritto di essere curati, indipendentemente dal loro reddito. Solo criteri legati alla necessità delle cure possono generare una "discriminazione" nell'accesso, come per esempio, nel caso delle liste di attesa con priorità per i casi più gravi.

Imposte e spesa pubblica sono quindi gli strumenti che sono stati utilizzati in prevalenza per migliorare il benessere in sanità. Tuttavia l'evoluzione della medicina, l'evoluzione dei pazienti, la valutazione degli outcomes in sanità in termini di speranza di vita e la pressione sul sistema economico creato dai costi crescenti della sanità stessa spingono l'intervento pubblico anche in altre direzioni.

Nel prossimo paragrafo esamineremo gli strumenti di redistribuzione del reddito, con particolare riferimento all'Italia.

Gli strumenti tradizionali: spesa sanitaria e imposizione fiscale

L'intervento pubblico nel mercato assicurativo ha assunto storicamente la forma di rendere l'assicurazione obbligatoria, di far contribuire i datori di lavoro, ed infine di creare enti assicurativi pubblici e di coprirne le perdite di gestione. L'intervento diretto (in Italia a partire dal 1972) è quello di provvedere alle prestazioni sanitarie producendole direttamente mediante un ente pubblico, ossia mediante l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Una delle principali differenze tra gli enti assicurativi pubblici e il SSN è data dall'ottica tipicamente egualitaria con cui sono fornite le prestazioni dal SSN. Le riforme che dal '92 in poi hanno cambiato il nostro SSN hanno prodotto dei cambiamenti importanti e sostanziali nell'organizzazione del servizio, ma non hanno cambiato la filosofia di base del nostro sistema. Secondo le ultime stime, in Italia l'incidenza del finanziamento del nostro SSN sul Prodotto Interno Lordo (PIL) era nel 2007 al 6,6% contro il 4,9% del 1982. La spesa sanitaria italiana si posiziona inoltre al di sopra della media OECD¹² per quota pubblica di spesa sanitaria (nel 2006, 77,2 % rispetto ad una media OECD pari al 73,4%) e tale quota ha subito un incremento di quasi cinque punti percentuali dal 2000 al 2006¹.

La crescita della spesa pubblica è comunque preoccupante in un paese quale l'Italia dove persiste un forte debito pubblico. Le più recenti proiezioni Ecofin² e OECD aggiungono un elemento preoccupante a questo quadro stimando che da adesso fino al 2050 la spesa sanitaria potrebbe aumentare da un minimo di 0,6 ad un massimo di 9,4 punti percentuali rispetto al PIL mentre la quota di spesa sanitaria pubblica potrebbe scendere intorno al 50% (Pammolli, 2008).

Il secondo strumento a disposizione per ridistribuire il reddito è rappresentato dalla tassazione, da tutte cioè quelle norme che regolano la raccolta delle risorse necessarie per far funzionare il sistema

¹ Organization for Economic Co-operation and Development

² Va tuttavia considerato che su 30 Paesi OECD considerati, ben 16 hanno una quota di spesa pubblica superiore al 75%; in particolare, raggiungono o superano l'80% Danimarca, Francia, Giappone, Islanda, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Svezia. Si tratta di Paesi con un sistema tipicamente a copertura universale. Negli altri Paesi, ad eccezione di Corea (55%), Messico (44%) e Stati Uniti (46%), tale quota non scende comunque al di sotto del 60%.

¹⁴ Economic and Financial Affairs Council

sanitario. Per quanto riguarda l'Italia, il federalismo fiscale ha reso le Regioni molto più indipendenti sul lato della spesa che su quello delle entrate. Complessivamente, la sanità oggi è finanziata da imposte regionali e nazionali. Le principali imposte nazionali per finanziare la sanità sono rappresentate a livello regionale dall'IRAP e dall'addizionale IRPEF e a livello nazionale dall'IVA che costituisce la principale fonte di risorse per il Fondo Sanitario Nazionale.

Le entrate proprie delle Regioni rappresentano circa il 40% del totale delle entrate mentre il resto è sostanzialmente formato da trasferimenti dallo Stato; i ricavi per vendite di prodotti e quelli straordinari rappresentano una percentuale molto piccola delle entrate. Occorre tuttavia notare che questa ripartizione è molto variabile a livello regionale e, per alcune regioni, il finanziamento tramite trasferimento rappresenta una percentuale molto vicina al 90% della spesa.

Gli effetti degli interventi

Senza entrare ulteriormente nei particolari tecnici della spesa e delle imposte possiamo chiederci qual è l'effetto di questi strumenti sul benessere. Dal momento che spesa e imposte hanno come scopo quello di redistribuire la ricchezza e di migliorare la salute, esaminiamo questi due aspetti separatamente.

Redistribuzione del reddito

L'effettivo livello di redistribuzione del reddito della spesa sanitaria non è facilmente calcolabile e di fatto è stato calcolato solo per poche nazioni o solo con riferimento a specifici servizi. Dove tale indice è stato calcolato, spesso si sono riscontrate delle forti discrepanze fra la redistribuzione attesa e quella effettiva. Questo avviene sia perché le imposte utilizzate non sempre sono progressive sia perché l'utilizzo effettivo dei beni forniti viene effettuato più dalle classi con un livello di istruzione, cultura e reddito maggiore della media. Per stimare questo impatto redistributivo possiamo far ricorso alla stima del residuo fiscale (Ferrario, 2009) per le sole regioni a statuto ordinario. I dati sono stati ottenuti riattribuendo i gettiti delle imposte alle Regioni in cui sono stati originati mediante una metodologia abbastanza complessa.

Da queste analisi risulta che la redistribuzione delle risorse va dalle regioni del nord a quelle del sud, fatta qualche eccezione come la regione Liguria.

Ferrario e Zanardi stimano che l'impatto redistributivo della spesa sanitaria a livello regionale sia pari a circa il 7% del PIL contro un 38% dell'intera spesa pubblica italiana. In questo senso quindi la spesa sanitaria sembrerebbe contribuire in modo significativo alla redistribuzione a livello regionale, ma non tanto forse quanto ci si potrebbe aspettare. Secondo altre stime, ben il 20% dell'intera redistribuzione del reddito operata a livello regionale può essere attribuita alla sanità. In questo senso la sanità ha un forte effetto redistributivo (Ferrario, 2009).

Effetto sulla "redistribuzione di salute"

L'effetto sulla salute della spesa sanitaria è molto più complesso da valutare in quanto, come osservato in molti studi, la salute è influenzata da molti determinanti e, a livello macroeconomico, solo il 10% dell'aumento di salute può essere attribuito alle prestazioni sanitarie. Inoltre, è molto difficile capire se effettivamente tutti quelli che hanno bisogno di prestazioni sanitarie ricevono assistenza. Non necessariamente chi sta male si rivolge alle strutture e, in questo reddito, istruzione e contesto sociale giocano un ruolo molto importante. Non è quindi scontato che chi ha oggettivamente più bisogno riceva di più.

La valutazione dell'impatto del SSN sulla salute è molto complessa e molto controversa anche dal punto di vista metodologico. In Italia questo tipo di studi è ancora poco sviluppato e riguarda, di solito, la comparazione delle performances dei diversi sistemi regionali. Su questo punto il lavoro più completo è quello presentato da Mapelli in cui vengono utilizzati diversi indici per comparare le performances dei Sistemi Sanitari Regionali in termini di salute, costo e aspettative dei pazienti. I sistemi delle regioni del Nord sembrano essere molto più efficaci di quelli del Sud, ma va notato che in realtà c'è un forte effetto reddito: le regioni più ricche hanno un SSN più efficace (Mapelli 2007). Tale risultato non va interpretato solo in termini di disponibilità a pagare, ma nasconde anche un fenomeno legato alla sensibilità personale verso il mantenimento della salute. Al reddito

possono essere infatti associate altre variabili quali l'istruzione e più in generale la cultura, il contesto sociale in cui l'individuo vive. Alcuni recenti studi americani mostrano, per esempio, che il rischio di sovrappeso aumenta se si frequenta un circolo di amici in sovrappeso. Sebbene in questo caso sia difficile determinare il vero legame di causa-effetto (sono sovrappeso perché i miei amici lo sono; poiché sono sovrappeso nel tempo mi cerco amici che abbiano lo stesso "problema"), questa osservazione non sorprende: il contesto sociale influenza lo stile di vita personale. A livello globale due sono gli indicatori di sintesi degli effetti sulla salute: mortalità infantile e aspettativa di vita alla nascita. Per l'Italia esistono ancora forti differenze sia a livello regionale sia a livello di diversi ceti sociali.

Questo dato è molto importante in quanto dimostra che, nonostante gli sforzi fin qui fatti dallo Stato per dare accesso alle prestazioni a tutti, in realtà non tutti hanno lo stesso accesso alla salute e al benessere. È questo un problema molto importante che rappresenta, per il sistema economico e per i decisori pubblici, la vera sfida dei prossimi anni. Dopo aver dato parità di accesso, occorre cercare nuovi strumenti per fare in modo che tutti traducano questo accesso in maggiore salute.

I nuovi strumenti

Nel tempo e soprattutto in questi ultimi anni il concetto di salute si è allargato ed è diventato più complesso. Il progresso della medicina ha reso possibile la cura delle patologie acute e in questo modo la speranza di vita media si è allungata. Questi mutamenti nella domanda hanno portato a loro volta ad un aumento della spesa sanitaria molto ben spiegata dalla cosiddetta "Sindrome di Sisifo" (Zweifel, 2009). La domanda crescente, le risorse scarse richiedono un utilizzo sempre migliore delle risorse. In sanità questo bisogno di appropriatezza potrebbe non andare completamente contro la richiesta di benessere dei cittadini. Se da un lato la maggiore domanda di benessere potrebbe alimentare la spesa sanitaria privata, è anche vero che il maggiore benessere inteso come maggiore attenzione alla propria salute "a 360°" potrebbe comportare nel lungo periodo una riduzione di quella spesa sanitaria creata dai comportamenti poco virtuosi dei pazienti. Il peggioramento, le complicanze di molte patologie croniche sono legate allo stile di vita. Gli stili di vita "a

rischio” producono aumenti della spesa sanitaria molto importanti e causano al paziente danni in parte irreversibili. Senza arrivare al non rimborso delle cure per patologie che il paziente si è “provocato”, assumendo comportamenti a rischio di tipo voluttuario, i medici e la sanità pubblica devono giocare un ruolo importante in questo settore. Si tratta infatti di dare un ruolo di rilievo alla prevenzione primaria mediante la promozione di stili di vita “più sani”. In questo settore il ruolo del medico è fondamentale: la promozione degli stili di vita è possibile solo se la comunicazione con il paziente sia a livello individuale (all’interno del rapporto di agenzia fra medico e paziente) sia a livello collettivo (tramite le campagne di prevenzione e sensibilizzazione) è efficace.



In molti paesi il regolatore sta cercando di promuovere stili di vita tramite specifici incentivi, di solito rivolti ai medici di medicina generale che fanno specifiche attività di prevenzione. In Inghilterra ci si è spinti più avanti pensando ad incentivi monetari specifici per i medici i cui pazienti raggiungano specifici targets in termini di indicatori di rischio (Body Mass Index, pressione arteriosa, colesterolo, fumo) e si è anche pensato ad imposte per coloro che hanno stili di vita a rischio (imposte sugli obesi). Queste iniziative, talvolta forse un po’ troppo estremistiche ed in alcuni casi criticabili in quanto non hanno prodotto gli effetti desiderati, sono tuttavia molto significative per indicare l’attenzione che in tutti i paesi si sta ponendo al problema del benessere inteso in senso più ampio.

In questo settore la sanità pubblica, intesa nella sua accezione più generale anglosassone (public health), è un attore fondamentale ed è chiamata a giocare un ruolo fondamentale nella promozione del benessere della popolazione.

Un'ulteriore osservazione importante per quanto riguarda la promozione degli stili di vita intesi come tutte le azioni volte a preservare quanto possibile il proprio livello di salute è che un'azione territoriale va mirata al territorio, alla popolazione specifica di ciascuna realtà.

La tecnologia in questo settore potrà essere di molto aiuto. Le cartelle cliniche informatiche della medicina generale danno un quadro molto più preciso di altri indicatori (ricoveri, consumo di farmaci) della salute futura della popolazione e del tipo di comportamenti a rischio intrapresi.

Questo primo monitoraggio potrà far evidenziare quali sono i problemi specifici della popolazione anche per aree molto ristrette in modo da mirare al territorio le azioni di prevenzione.

Questo passaggio è, per chi scrive, fondamentale: il SSN offre in Italia prestazioni a tutti quelli che, essendo in una situazione di bisogno, richiedono prestazioni sanitarie. Purtroppo però non tutti quelli che hanno effettivamente bisogno di fare qualcosa per stare meglio si rivolgono alle strutture sanitarie e talvolta quando lo fanno la loro salute è talmente compromessa che le prestazioni sono poco efficaci.

Gli studi più recenti mostrano che il contesto sociale di riferimento degli individui è molto probabilmente la vera determinante dello stile di vita individuale e del livello di attenzione del singolo alla propria salute. L'azione volta al miglioramento della salute deve essere, quindi, molto mirata al tipo di contesto sociale in cui la promozione della cura della salute va fatta.

In contesti sociali medio-alti, è probabilmente sufficiente fornire le strutture necessarie per fare prevenzione e informare circa i programmi: saranno gli stessi individui che autonomamente prenderanno l'iniziativa di recarsi dalle strutture.

Per i ceti sociali medio-bassi e i contesti culturali in cui l'health literacy è bassa, l'azione è probabilmente diversa. Occorre un'azione

di comunicazione del rischio correlato ai danni che uno stile di vita sbagliato può provocare alla salute ed è necessario cercare di convincere i pazienti ad intraprendere delle specifiche azioni per cambiare i comportamenti sbagliati. In questo caso il ruolo dei Medici di Medicina Generale è fondamentale, come del resto è stato sempre riconosciuto dalle istituzioni (Ministero, Regioni, ASL) che in questi anni hanno intrapreso importanti campagne di sensibilizzazione su determinati rischi³.

Infine, esistono soggetti che per attitudine personale, per contesto sociale o per altre determinanti non sono a conoscenza dei rischi che corrono, non hanno idea di come la prevenzione può migliorare il benessere, non sono interessati al problema, hanno una visione distorta di quello che la medicina può fare oppure hanno una visione distorta del loro rischio individuale.

In tutti questi casi, occorrono degli interventi molto più mirati per raggiungere questi pazienti che, per loro natura, sono anche quelli più fragili e più bisognosi di attenzione.

Non esiste un consenso su come risolvere il problema; la letteratura offre tuttavia degli spunti di riflessione importanti e, in questo paragrafo, farò cenno a tre diversi ambiti in cui si sta lavorando:

- 1) comportamenti a rischio da parte degli adolescenti;
- 2) comunicazione del rischio e misura dell'efficacia dei programmi di prevenzione;
- 3) misura della percezione del rischio individuale.

Per quanto riguarda il primo punto, la letteratura è concorde nell'affermare che gli adolescenti che tengono comportamenti a rischio sono consapevoli dei possibili danni che possono provocare alla loro salute; non è quindi un problema di cattiva informazione quello che li porta a esagerare con l'alcool, il fumo e comportamenti alimentari sbagliati. Questo tipo di atteggiamento in parte rappresenta una sfida degli adolescenti alle regole, forse legata anche ad una non esatta percezione del vero rischio individuale dei singoli comportamenti (il fumo fa male, uccide, ma non sarò io quello che morirà per aver esagerato). Un secondo aspetto importante da tenere in considerazione è legato alla tendenza degli adolescenti a conformarsi al gruppo di appartenenza attribuendo maggior valore ai

³ Si pensi, ad esempio, al Progetto Cuore.

“pari” rispetto al proprio contesto sociale di riferimento.

Per quanto riguarda il secondo punto, la letteratura⁴ fa notare come la comunicazione del rischio sia un ambito molto importante e fondamentale per promuovere la cura della salute. Il messaggio deve essere formulato in modo da essere abbastanza forte da coinvolgere l'attenzione del paziente sul rischio, ma deve anche incoraggiare a cambiare abitudini puntando sugli effetti positivi del cambiamento dello stile di vita sbagliato.

Infine, nonostante gli studi epidemiologici abbiano dimostrato che i fattori di rischio comportamentali - come fumare, esagerare con le bevande alcoliche ed essere obesi - siano causa dell'insorgenza e dell'aggravamento di un certo numero di patologie croniche, tali comportamenti sembrano aumentare anziché diminuire. Questo fenomeno potrebbe portare a considerare una nuova ipotesi interpretativa: i soggetti non percepiscono in modo corretto il rischio sulla propria salute che deriva da questi comportamenti sia perché sono ottimisti (succederà agli altri, non a me), sia perché il progresso tecnologico ha creato la falsa illusione che uno stile di vita corretto e sano possa essere sostituito dalle cure mediche.

Anche in questo settore, la prevenzione e la corretta informazione saranno l'elemento fondamentale per aumentare la salute della popolazione senza aumentare la spesa sanitaria.

Bibliografia

Caplin A. *Fear as a policy instrument*. In Loewenstein G., Daniel Read D., Baumeister R. (eds.) *Time and Decision*, Russell Sage, 2003

Ferrario C., Zanardi A. *From interpersonal to interregional redistribution: the case of social policies in Italy*. Forthcoming in Ongaro E., Massey A., Holzer M. and Wayenberg E., 2009 (eds.) *Governance and Intergovernmental Relations in the European Union and the United States: Policy and Management*, Edward Elgar, Cheltenham, UK

⁴ Si veda Lamberto e Levaggi (2006) e Caplin (2003).

Lamberto A., Levaggi R. *Comunicazione del rischio e prevenzione*. Meccosan, 2007,16(63) 37-48

Levaggi R., Capri S. *Economia Sanitaria*. Franco Angeli, 2008

Levaggi R., Montefiori M. *Federalismo fiscale, efficienza e appropriatezza*. Tendenze Nuove, 2009, 5,93-106

Levaggi R., Mancini C. *Processi di federalismo in sanità*. Mimeo, 2009

Mapelli V. *I sistemi di governance dei sistemi sanitari regionali*. Formez, Roma, 2007

Sonedda D., Turati G. *Winners and Losers in the Italian Welfare State: A Microsimulation Analysis of Income Redistribution Considering In-Kind Transfers*. Giornale degli Economisti 2005: 64(4), 423-464

Pammolli F., Salerno N.C. *La sanità in Italia fra federalismo, regolazione dei mercati e sostenibilità della spesa*. Rapporto Cerm n1/2008

Scarcella C., Indelicato A., Levaggi R., Lonati F., Magoni M. *Spesa sanitaria e invecchiamento della popolazione: il ruolo delle patologie croniche*. Politiche Sanitarie 2007; 8(4): 177-187

Zweifel P. *La sindrome di Sisifo come spiegazione alla crescita della spesa sanitaria*. Politiche Sanitarie 2009; 4, 30-41



QUANDO IL BENESSERE VA IN ONDA: EFFETTI, DISTORSIONI, IMPLICAZIONI

Luca Camerini, Nicola Diviani, Nadia Galli, Peter J. Schulz

Salute, benessere e framing

Da molti anni nella letteratura inglese esiste una distinzione che viene spesso usata come un utile strumento analitico per distinguere la malattia intesa come condizione biomedica (disease) e la percezione soggettiva dell'essere ammalato (illness). Certamente tra i due termini non vi è alcuna differenza specifica, ed è impossibile indicare con precisione dove comincia la malattia come disease e quando invece questa diventi illness. Secondo la stessa logica, è sempre più frequente imbattersi nella distinzione tra salute e benessere. Quest'ultimo termine riguarderebbe la sfera del soggettivo, mentre la salute rientrerebbe nel dominio dell'oggettivo.

Parlando di media e salute, è utile ricordare questa distinzione. Rispetto al passato, infatti, il tema della salute è molto più presente sui media, tradizionali o moderni che siano, e le politiche di salute pubblica devono tenerne conto.

Se guardiamo come i media riportano tematiche sulla salute, possiamo distinguere tra le varie modalità di presentazione tre tipi di "frame" dominanti. In primo luogo il tema della salute è presentato in forma d'intrattenimento: basti pensare a tutte le serie televisive che hanno come protagonisti medici e professionisti della salute. Dagli anni Cinquanta queste serie dominano i palinsesti delle televisioni. Secondo una stima (Turow, 1989) alla fine del 1988 c'erano circa cinquantacinque serie TV sui medici, per un totale di quasi dieci milioni di spettatori. Sebbene negli ultimi trent'anni lo scenario sia leggermente cambiato, questo frame d'intrattenimento resta

comunque fondamentalmente centrato sulla figura del medico come personalizzazione della salute. All'interno di questo frame si potrebbero naturalmente annoverare altri generi più recenti, per esempio i "reality show" che sempre più spesso mettono in primo piano il tema della salute.

Un secondo frame entro il quale la salute è presentata sui media è legato all'informazione, veicolata in forma di messaggi e servizi, poche sono le riviste che non hanno ancora introdotto una rubrica dedicata a questo tema, spesso popolata di consigli su come dimagrire e interviste con medici specialisti. In molti Paesi i canali televisivi dedicano uno spazio settimanale a trasmissioni in cui il pubblico può porre domande o seguire approfondimenti. Ultimo ma non meno importante canale di comunicazione è Internet, dove si possono trovare innumerevoli siti che informano gli utenti della rete su tutti i tipi di malattie. Alcuni di questi siti hanno un'alta qualità e istituzioni rilevanti in ambito biomedico alle proprie spalle, come ad esempio il sito della MayoClinic dove, in un linguaggio comprensibile al grande pubblico, vengono spiegate molte malattie. Mentre dunque il primo frame è orientato all'intrattenimento, questo secondo intende fornire a pazienti, familiari, amici consigli pertinenti per affrontare le situazioni che stanno vivendo.

Un terzo e ultimo frame con cui si presenta il tema della salute sui media riguarda la comunicazione di giudizi e raccomandazioni concernenti dei rischi. Un buon esempio sono tutte le coperture mediatiche di temi che riguardano rischi per l'intera popolazione, come nel caso della recente influenza suina. Oppure gli scandali che colpiscono industrie farmaceutiche, il dibattito sui costi della salute, sulle cause di questa spesa e sulle possibili strategie d'intervento e infine le discussioni sull'etica e sui valori da prediligere in ambito biomedico (il suicidio assistito, l'eutanasia, l'aborto, ecc.).

Il tema del benessere, spesso visto come intercambiabile con il tema della salute, può comparire in tutti e tre questi frame, purtroppo regolarmente accompagnato da errori e distorsioni. Quando il benessere è inserito in un frame d'intrattenimento, per esempio, si trovano medici e professionisti della salute del tutto positivi, il cui lavoro porta sempre ad esiti ottimali per il paziente e quasi mai a diagnosi errate. A questo proposito, alcuni studi hanno dimostrato come l'unica figura presente in televisione quanto i medici e gli in-

fermieri sono i personaggi malvagi (Signorielli, 1993). Queste distorsioni siano altrettanto presenti nel frame orientato all'informazione e ai consigli: è sufficiente una copertura sproporzionata di un certo tema per aumentarne la rilevanza percepita dal pubblico e generare false credenze. Questo problema della sovra-rappresentazione è particolarmente rilevante quando il benessere è inserito nel contesto della comunicazione dei rischi per la salute. Per questo motivo, nel corso di questo capitolo, ci concentreremo soprattutto su questo frame. In particolare, dopo un inquadramento più teorico, porteremo due esempi nel campo della copertura mediatica del tema delle radiazioni non ionizzanti e del problema della nutrizione.



Media e benessere: una prospettiva teorica

L'interesse per la presentazione del tema della salute e del benessere sui media ha una lunga tradizione. Da quasi un secolo, i ricercatori nel campo della comunicazione si concentrano sui processi che spiegano perché i mass media hanno certi effetti sulla popolazione. Restando all'interno del paradigma dei frame, si è notato come i mass media, riportando temi di salute, svolgano principalmente quattro funzioni: definiscono i problemi, identificano le cause, danno giudizi morali e propongono delle soluzioni (Entman, 1993).

Attraverso un processo di esposizione continuata (mainstreaming) i mass media contribuiscono in maniera sostanziale alla co-

struzione di una realtà simbolica, all'interno della quale siamo immersi. Distaccarsi da questo tipo di realtà sembra ormai impossibile, e questo porta a conseguenze positive e negative. Se da una parte, infatti, la società dell'informazione spinge gli individui a essere sempre più informati, dall'altra non offre solide basi per giudicare le informazioni e trattenere ciò che effettivamente vale. Uno studio recente (Niederdeppe, 2010) evidenzia come le persone, a causa del modo in cui i mass media riportano notizie e approfondimenti, abbiano sviluppato un atteggiamento di fatalismo nei confronti del cancro, che spinge ad ignorare tutte le possibili misure preventive e curative.

Basandosi su queste osservazioni e sulla conclusione che questi effetti siano in gran parte indipendenti dal contenuto dei messaggi mediati, George Gerbner ha sviluppato una teoria particolarmente utile a interpretare il rapporto esistente tra benessere, salute e media: "la coltivazione" (Gerbner, 1998). Secondo questa teoria, gli effetti più rilevanti del modo in cui i media presentano le informazioni sono riscontrabili a lungo termine. L'esposizione continuata ai mass media "coltiva" le persone in termini di attitudini e credenze, tanto che Gerbner conclude che l'industria mediatica ha di fatto sostituito la famiglia, lo stato e la chiesa in quanto a formazione ed educazione. Originariamente, questa teoria è stata applicata soprattutto a studi sulla televisione e il tema della rappresentazione della violenza, ma si è sviluppata anche nel campo della salute, in particolare su temi quali la nutrizione, le malattie sessualmente trasmesse e, come visto, il cancro. In particolare, l'accento è stato posto sul modo in cui i media presentano i rischi legati a questi temi e le possibili soluzioni.

Gli effetti di coltivazione, come nell'esempio del cancro citato in precedenza, sono osservabili sul lungo periodo e toccano nello specifico la percezione che gli individui hanno della rilevanza di un certo problema e dell'efficacia delle misure preventive e curative. Questi effetti non riguardano solo le percezioni che un individuo ha sulla propria situazione, ma anche il giudizio che si crea sul resto della popolazione. Gli individui tendono quindi ad avere percezioni distorte sulla prevalenza, i rischi e sull'efficacia di certe soluzioni soprattutto quando sono interpellati riguardo la situazione di altre persone, secondo la logica dell'effetto della terza-persona (Diefenbach, 2007; Jeffres, 2008).

Per inserire questi risultati teorici nella pratica, presentiamo ora due esempi, riferiti al campo delle radiazioni non ionizzanti e della nutrizione. Basandoci sugli assunti della teoria della coltivazione, mostreremo come il tema del benessere è presentato in queste due situazioni e quali effetti e distorsioni questa rappresentazione porta sulla popolazione.

Caso studio: benessere e radiazioni non ionizzanti

Il primo caso di cui ci occuperemo, all'interno del quadro di riferimento del rischio, è quello della copertura mediatica Svizzera sul tema delle radiazioni non ionizzanti emesse, ad esempio, da telefoni cellulari e altre apparecchiature elettroniche.



L'onnipresenza dei telefoni cellulari e il numero crescente di impianti di trasmissione necessari ad assicurare la copertura della telefonia mobile fin nei luoghi più remoti hanno riportato alla luce la preoccupazione sugli effetti delle radiazioni. Questa preoccupazione risale a prima dell'avvento dei cellulari ed era diretta alle linee dell'alta tensione. A causa del crescente utilizzo della telefonia mobile l'uomo e il suo ambiente sono sempre più esposti alle radiazioni non ionizzanti (NIR). Queste includono radiazioni a bassa frequenza, prodotte ad esempio dalle linee per la fornitura dell'energia elettrica e dagli elettrodomestici, e radiazioni elettromagnetiche ad alta frequenza, emesse da trasmettitori radiofonici e televisivi, ripetitori

per la telefonia mobile, reti wireless e telefoni cellulari o senza fili.

Il livello di radiazioni cresce a causa dell'aumento del numero di fonti che le emettono. Inoltre, nuove possibilità tecniche di alcuni apparecchi (ad esempio le videochiamate nel caso della telefonia UMTS) richiedono un maggiore scambio di dati rispetto ai vecchi standard (come il GSM) e, di conseguenza, contribuiscono ad un livello di radiazioni più alto.

Nelle società industrializzate è diffusa la preoccupazione che i livelli di radiazioni a cui le persone sono esposte possano avere effetti negativi sulla salute. La fonte di questa preoccupazione risiede nel fatto che un numero non indifferente di persone attribuisce alcuni dei propri problemi di salute soggettivi (stanchezza, mal di testa, e altro) alle radiazioni a cui è esposto. Inoltre, alcune gravi conseguenze per la salute, quali ad esempio il cancro o difetti genetici, vengono attribuite alle radiazioni non ionizzanti. La preoccupazione all'interno della società a proposito dei danni causati dalle radiazioni alla salute delle persone ha portato ad investire risorse nello studio delle conseguenze. Nonostante molti studi scientifici siano già stati effettuati, a molte domande non è ancora possibile dare una risposta definitiva. In particolare è stato scientificamente provato (BAFU, 2007) che un'esposizione di alta intensità ai campi elettromagnetici causa un innalzamento della temperatura dei tessuti biologici. Questo può portare al danneggiamento delle cellule e a problemi di salute. Ma nella vita di tutti i giorni le persone sono unicamente esposte a radiazioni di bassa intensità. Ai bassi livelli riscontrabili nella quotidianità un aumento della temperatura corporea non è misurabile o è molto piccolo. Se gli attuali livelli di esposizione possano avere altri effetti, oltre a quelli termici, non è stato provato in maniera definitiva.

In Svizzera, così come altrove, ci troviamo di fronte ad un paradosso nella preoccupazione sugli effetti delle radiazioni. Le persone sembrano essere più preoccupate degli effetti legati alle radiazioni emesse dai ripetitori (Siegrist, 2005; European Commission, 2007; Gfs.Bern, 2007), mentre gli esperti e il governo sostengono che siano quelle emesse dalle apparecchiature a porre un rischio più grande. L'Ufficio Federale Svizzero delle Foreste e del Paesaggio sostiene, infatti, che nonostante la potenza di trasmissione dei telefoni cellulari sia molto più bassa di quella dei ripetitori, l'esposizione delle persone durante una conversazione telefonica è molto più alta ri-

spetto a quella legata alla vicinanza ad un potente ripetitore (grazie alla distanza dalle persone e all'esposizione uniforme di tutto il corpo) (UFAFP, 2005).

La nostra ipotesi è che questo paradosso nella percezione del rischio sia direttamente associato alla presentazione del tema sui media svizzeri. Per testare questa ipotesi è stata svolta un'analisi di contenuto quantitativa della copertura del tema delle radiazioni non-ionizzanti nei principali quotidiani della Svizzera tedesca e della Svizzera italiana (Keller, 2009).

Sono stati analizzati 875 articoli apparsi su 9 quotidiani nel periodo compreso tra il primo gennaio 2002 e il 31 dicembre 2007. Di seguito sono riassunti i principali risultati.

In primo luogo, in generale i media veicolano una nozione del rischio associata alle radiazioni non ionizzanti che suggerisce che la preoccupazione è giustificata sia nel caso di ripetitori che di apparecchiature (Tab. 1). Contrariamente alla nostra ipotesi, notiamo che, in misura limitata ma significativa ($p < .001$), la preoccupazione viene più frequentemente legittimata nel caso delle apparecchiature.

	Apparecchiature %	Ripetitori %
Enunciato legittima la preoccupazione	44.1	36.6
Enunciato non legittima la preoccupazione	5.0	11.1
Impossibile da dire	50.9	52.3
Totale	100.0	100.0

Tabella 1 - Legittimazione della preoccupazione secondo la fonte di radiazioni
Base dello studio: 3889 enunciati in cui si parla di apparecchiature (n=422) o ripetitori (n=3467). Non inclusi: enunciati che si riferiscono a fonti non specifiche o che non si riferiscono ad alcuna fonte. *Fonte: Keller S. et al. 2009.*

In secondo luogo, di nuovo contrariamente alla nostra ipotesi, se consideriamo unicamente gli enunciati in cui vengono presentate delle conseguenze, vediamo che quelle legate ai ripetitori sono presentate in modo non significativamente diverso da quelle legate alle apparecchiature (Tab. 2), e in modo negativo.

	Apparecchiature %	Ripetitori %
Valutazione positiva	6.6	4.7
Valutazione ambivalente	7.8	5.2
Valutazione negativa	85.6	90.1
Totale	100.0	100.0

Tabella 2 - Valutazione delle conseguenze secondo la fonte di radiazioni

Base dello studio: 1253 enunciati in cui si parla esplicitamente di conseguenze legate ad apparecchiature (n=319) o ripetitori (n = 934). Non inclusi: enunciati che si riferiscono a fonti non specifiche o che non si riferiscono ad alcuna fonte. *Fonte: Keller S. et al. 2009.*

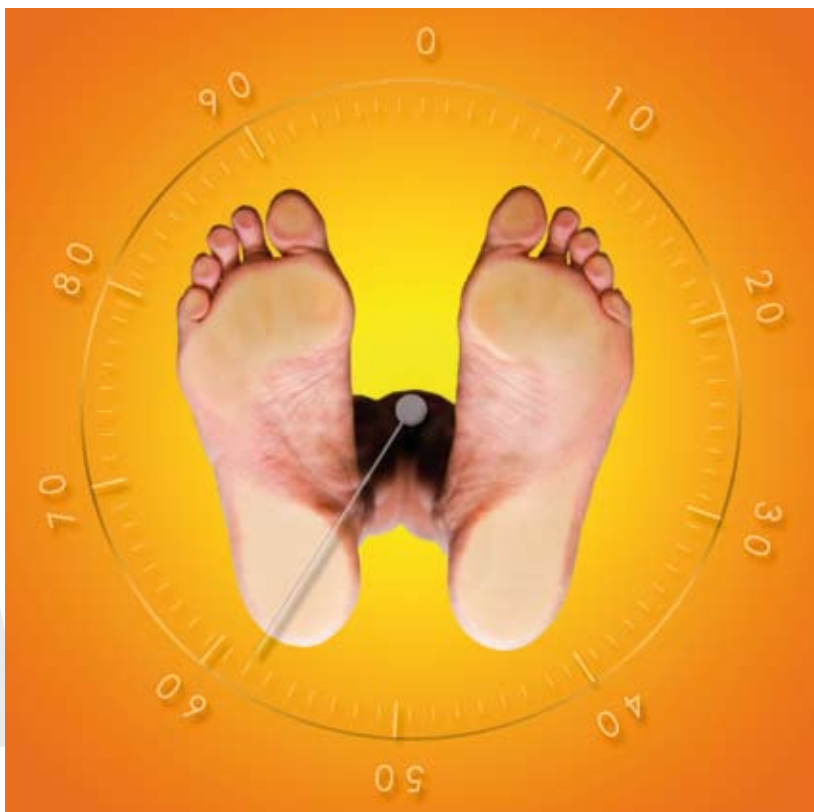
Il dato particolarmente interessante risulta essere quello secondo cui i media riportano sei volte più notizie riguardanti ripetitori (61.2%) che notizie sulle apparecchiature (10.7%). Il resto degli enunciati rientra in due categorie: enunciati che non menzionano una fonte di radiazioni ed enunciati che sono così generali da non permettere di capire se il rischio riportato è da ricondurre ad un apparecchio o ad un ripetitore.

Concludendo possiamo affermare che, nonostante le informazioni presentate sui media siano equilibrate dal punto di vista dei contenuti (i rischi dei ripetitori sono rappresentati come ugualmente pericolosi di quelli dei telefonini), non lo sono per quanto riguarda la quantità di informazioni data. In altre parole i media presentano inconsapevolmente un quadro distorto della realtà, che può portare il pubblico a trarre delle conclusioni errate.

Caso studio: benessere e nutrizione

Una conclusione simile si può trarre anche dall'analisi del secondo caso di cui ci occupiamo, quello della rappresentazione dei temi legati al peso e alla nutrizione sui quotidiani svizzeri.

Lo studio si svolge nel contesto di un programma intrapreso, coordinato e sostenuto dal 2007 dalla fondazione Promozione Salute Svizzera. Attraverso diversi provvedimenti sul territorio nazionale e cantonale, tale programma si pone l'obiettivo di aumentare la quota di bambini e giovani aventi peso corporeo normale entro il 2018. A tutt'oggi in Svizzera i problemi del sovrappeso e dell'obesità coinvolgono poco meno del 40% della popolazione: una donna



su tre, un uomo su due e un bambino su cinque (Ufficio Federale di Statistica, 2010).

Per raggiungere gli obiettivi prefissati sono stati e vengono tuttora condotti regolarmente sondaggi, valutazioni e analisi dei contenuti mediatici su alimentazione, movimento e peso corporeo.

Similmente a quanto presentato nel caso precedente, ci concentreremo sui risultati di un'analisi dei contenuti (Ehmig, 2009), in cui sono stati analizzati 864 articoli sul tema del peso corporeo apparsi su 33 quotidiani delle tre regioni linguistiche svizzere tra ottobre 2008 e marzo 2009.

I principali risultati dello studio mostrano che nell'81% degli ar-

articoli in cui si fa riferimento alla tematica del peso si parla di sovrappeso e nel 29% di obesità. Solo l'11% degli articoli fa riferimento al problema del sottopeso e il 22% riporta affermazioni riguardanti il peso corporeo normale (Tab. 3).

	Articoli (n = 473) %
Sottopeso	11
Peso normale	22
Sovrappeso	81
Obesità	29
Non specifico	52
Totale	195 ¹

Tabella 3 - Prospettiva specifica degli articoli sul tema del peso corporeo
Base dello studio: 473 articoli sul tema del peso corporeo *Fonte: Ehmig et al. 2009.*

Un altro dato interessante è che, nonostante la maggioranza degli enunciati (78%) non faccia diretto riferimento a una fascia d'età, il 68% di quelli che si riferiscono invece a una categoria di età specifica, riportano il tema facendo riferimento a giovani sotto i 14 anni.

Un sondaggio svolto nello stesso periodo su un campione di 1008 cittadini svizzeri di età superiore ai 16 anni (Frisch, 2010) ha mostrato che il 40% degli intervistati sovrastima l'estensione del problema del sovrappeso e dell'obesità. Inoltre, se ci si concentra solo sulla quota di bambini sotto i 14 anni con problemi di sovrappeso e obesità, la tendenza alla sovrastima è ancora più accentuata e raggiunge il 56%.

Anche in questo caso risulta evidente il parallelismo tra la realtà presentata in modo distorto dai media e la percezione del problema da parte dell'opinione pubblica.

Gli esempi e i dati presentati in questo capitolo forniscono la base per una breve riflessione conclusiva. Confermando gli assunti della

¹ La percentuale totale è superiore al 100% in quanto un articolo poteva fare riferimento a più prospettive allo stesso tempo.

teoria della coltivazione, abbiamo visto come i media possano effettivamente cambiare l'orizzonte simbolico individuale, talvolta producendo distorsioni grossolane. Questo effetto non è intenzionalmente prodotto dai media. Si tratta, come visto, di un effetto non desiderato che agisce sul lungo termine. Nel processo di selezione di notizie che riguardano la salute e il benessere, i media operano necessariamente modifiche nelle percezioni degli individui. I casi della comunicazione del rischio e della nutrizione sono solo esempi degli effetti dei frame proposti dall'industria mediatica. Temi come la prevenzione, i rischi dei farmaci, la diffusione di nuove terapie, rendono il rapporto tra mass media e benessere un problema all'ordine del giorno nell'agenda delle politiche per la salute pubblica. Controbilanciare le possibili distorsioni dovute agli effetti di "coltivazione" agendo direttamente sull'industria dei media darebbe però scarsi risultati. Ancora una volta, il punto cruciale su cui basare le politiche diventa l'educazione e la formazione della popolazione. Offrire fonti d'informazioni alternative e facilmente accessibili al grande pubblico e strumenti per interpretare queste informazioni sembra essere la via più efficace e promettente per massimizzare la consapevolezza delle scelte degli individui e la ragionevolezza del loro comportamento.

Bibliografia

BAFU. *Hochfrequente Strahlung und Gesundheit. Bewertung von Wissenschaftlichen Studien im Niedrigdosisbereich*. Stand: September 2006. Bern: Bundesamt für Umwelt, 2007

Diefenbach D.L., West M.D. *Television and attitudes toward mental health issues: Cultivation analysis and the third-person effect*. *Journal of Community Psychology*, 2007; vol. 35 (2) pp. 181-195

Ehmig S.C., Schneider M., Hartung U., Faustinelli C. *Gesundes Körpergewicht in Schweizer Print-Medien 2006 bis 2009. Fragen und Antworten*. ARCHE: Center for Applied Research in Communication and Health, Università della Svizzera italiana, Lugano (Svizzera), 2009

Entman R.M. *Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm*. *Journal of Communication*, 1993; vol. 43 (4), pp. 51-58

European Commission. *Eurobarometer survey on Electromagnetic Fields*. Report, 2007

Frisch A.L., Schulz P.J.. *Ernährung, Bewegung und Körpergewicht: Wissen, Einstellung und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006 und 2009*. Institute of Communication and Health, Università della Svizzera italiana, Lugano (Svizzera), 2010.

Gerbner G. *Cultivation analysis: An overview*. *Mass Communication and Society*, 1998; vol. 1 (3) pp. 175-194

Gfs.Bern. *Mobilfunktechnologie wieder starker über Nutzen definiert*. Schlussbericht zur Studie "Mobilfunkmonitor 2006" im Auftrag von Forum Mobil in Zusammenarbeit mit BAFU, BAG und BAKOM. Bern, 2007.

Jeffres L.W., Neuendorf K., Campanella Bracken C., Atkin D. *Integrating Theoretical Traditions in Media Effects: Using Third-Person Effects to Link Agenda-Setting and Cultivation*. *Mass Communication and Society*, 2008; vol. 11 (4) pp. 470-491

Keller S., Schulz P.J., Hartung U., Diviani N. *Dangerous Towers, Harmless Phones? Swiss Newspaper Coverage of the Risk Associated with*

Non-Ionizing Radiation. COMET (Communication, Medicine & Ethics). Cardiff, GB, 2009

Niederdeppe J., Franklin Fowler E., Goldstein K., Pribble J. *Does Local Television News Coverage Cultivate Fatalistic Beliefs About Cancer Prevention?* Journal of Communication, 2010; vol. 60 (2), pp. 230 – 253

Siegrist M., Earle T.C., Gutscher H., Keller, C.. *Perception of mobile phone and base station risks*. Risk Analysis, 2005; 25 (5):1253;1264

Signorielli N. *Television Doctors and Nurses*. In: Signorielli, Mass Media Images and Impact on Health, London, pp. 44-49. 1993

Turow J. *Playing doctor: Television, storytelling, and medical power*. New York: Oxford University Press, 1989

UFAPF. *L'elettrosmog nell'ambiente*. Berna: Ufficio federale dell'ambiente, delle foreste e del paesaggio svizzero, 2005

Ufficio Federale di Statistica Svizzero. URL: <http://bfs.admin.ch>. Ultimo accesso 10 giugno 2010

Realizzato con il contributo di Terme di Sirmione S.p.A.



