



RAPPORTI ISTISAN 21|4

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Benessere e gestione dello stress secondo il modello biopsicosociale: focus su scuola, università e sanità

A cura di
C. Aguzzoli, A. De Santi, A. Geraci



FORMAZIONE
E INFORMAZIONE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Benessere e gestione dello stress
secondo il modello biopsicosociale:
focus su scuola, università e sanità**

A cura di
Cristina Aguzzoli (a),
Anna De Santi (b), Andrea Geraci (c)

*(a) Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine
(b) Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(c) Centro Nazionale Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*



ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
21/4

Istituto Superiore di Sanità

Benessere e gestione dello stress secondo il modello biopsicosociale: focus su scuola, università e sanità.

A cura di Cristina Aguzzoli, Anna De Santi, Andrea Geraci
2021, iv, 108 p. Rapporti ISTISAN 21/4

Il documento si propone di evidenziare e migliorare il valore del benessere percepito nella popolazione, con particolare riferimento ai professionisti coinvolti nella relazione d'aiuto. Grazie ai contributi di diversi esperti vengono approfonditi sulla base di un'ottica multidisciplinare, numerosi argomenti che riguardano la gestione dello stress e della complessità, il carico allostatico, la promozione della salute e la resilienza, i driver del benessere e il miglioramento dell'organizzazione del lavoro. Il focus viene sempre posto sul bene-essere e sui suoi fattori di protezione e di rischio secondo le indicazioni della *World Health Organization* che fa riferimento alla salute nelle sue componenti fisiche, mentali, sociali e spirituali. L'orientamento del documento si ispira al modello biopsicosociale di salute e malattia proposto da Engel (1977), secondo il quale contesto, comportamenti, pensieri e sentimenti possono influenzare l'equilibrio fisico. Vengono approfonditi aspetti quali i bisogni dei contesti lavorativi, le azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute, la pianificazione degli interventi, le cure integrate e le risorse legate alla possibilità di utilizzare la tecnologia digitale per il benessere della persona.

Parole chiave: Benessere; Stress; Operatori Sanitari; Promozione della salute

Istituto Superiore di Sanità

Wellness and stress management according to the biopsychosocial model: focus on school, university and health.

Edited by Cristina Aguzzoli, Anna De Santi, Andrea Geraci
2021, iv, 108 p. Rapporti ISTISAN 21/4 (in Italian)

This document aims to highlight and improve the value of perceived well-being in the population, with particular reference to the professionals involved in the helping relationship. Thanks to the contributions of various experts, numerous topics concerning stress management and complexity, the allostatic load, health promotion and resilience, the drivers of well-being and improvement of work organization are examined. The focus is always on well-being and its protection and on risk factors, according to the indications of the World Health Organization which refers to health Engel's Model – developed in the 1980s – which considers how the individual is strongly influenced by psychological, social, and family components, according to the so-called bio-psycho-social perspective. Other aspects are then analysed, such as the needs of working contexts, measures to eliminate health inequalities, planning of interventions, integrated care and adoption of digital technologies for personal well-being.

Key words: Wellness; Stress; Healthcare workers; Health promotion

Per informazioni su questo documento scrivere a: anna.desanti@iss.it

Si ringraziano Anna Maria Giammarioli ed Eloïse Longo per la collaborazione all'*editing*.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it



Citare questo documento come segue:

Aguzzoli C, De Santi A, Geraci A (Ed.). *Benessere e gestione dello stress secondo il modello biopsicosociale: focus su scuola, università e sanità*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/4).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*
Redazione: *Sandra Salinetti, Manuela Zazzara*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

INDICE

Presentazione	iii
Promozione del benessere nella sanità e nella scuola <i>Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano</i>	1
Comunicare il benessere <i>Paola De Castro, Anna De Santi</i>	5
Stato di salute degli italiani <i>Anna De Santi, Marina Risi, Cristina Aguzzoli</i>	15
Cabina di Regia Benessere Italia della Presidenza del Consiglio dei Ministri <i>Filomena Maggino</i>	19
Carico allostatico e resilienza nei contesti dell'educazione e dell'assistenza sanitaria <i>Marina Risi, Giuliana Solinas, Carlo Pensavalle</i>	35
Analisi in un contesto chiave della comunità: sistema Scuola/Università <i>Carlo Pensavalle, Salvatore Fadda, Giuliana Solinas</i>	44
Analisi in un contesto chiave della comunità: il setting sanitario <i>Cristina Aguzzoli</i>	53
Percorsi formativi per sostenere il cambiamento individuale: <i>life skills</i>, intelligenza emotiva e <i>Cognitive Behavioral Coach</i> <i>Anna De Santi, Giuliana Solinas, Carlo Pensavalle</i>	66
Benessere ed equità nella salute: un approccio di genere <i>Eloïse Longo, Paola De Castro, Patrizia Popoli, Anna Maria Giammarioli</i>	78
Cure integrate per migliorare il benessere percepito <i>Andrea Geraci</i>	92
Tecnologia digitale e benessere della persona: una storia complessa di vantaggi e svantaggi <i>Marco Mirra, Cristina Aguzzoli</i>	105

PRESENTAZIONE

La promozione della salute e del benessere individuale, così come quello organizzativo, costituisce uno dei principali compiti del Servizio Sanitario Nazionale. L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Università di Sassari, ha attivato nel 2018 l'Osservatorio sul Benessere e la prevenzione dello stress lavoro correlato (OSS BEN) con l'obiettivo di promuovere analisi e percorsi formativi rispondenti alle esigenze dei professionisti che lavorano nell'ambito della salute, dell'università e della scuola. Il fine è quello di consentire l'accesso alle più efficaci e aggiornate teorie e pratiche utili per promuovere il benessere psicofisico, ridurre lo stress, l'ansia e la depressione.

Il *team* pluridisciplinare dell'OSS BEN, in seguito a un iniziale confronto sul percorso da intraprendere, ha ritenuto necessario costruire un documento che fosse in grado di mettere insieme i diversi punti di vista, facendoli convergere. Per farlo si è tenuto conto di due criteri fondamentali:

- 1) Il *Modello biopsicosociale di Engel* secondo cui l'individuo è al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Tale modello prevede che, per comprendere e risolvere le problematiche di salute, non sia sufficiente occuparsi solo dei problemi di funzioni e organi, ma si deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali e familiari dell'individuo e ciò significa che contesto, comportamenti, pensieri e sentimenti possono influenzare l'equilibrio psicofisico. Grazie a questo modello applicabile sia in ambito sanitario che in quello dell'istruzione, vengono ridisegnati i rapporti possibili tra le parti in gioco nella relazione d'aiuto aprendo lo scenario alla risonanza empatica come veicolo di benessere e salute. Il paziente o lo studente viene quindi a essere considerato, in questa ottica, come una persona con uno stile di vita individuale e non semplicemente come un paziente o un ricevitore di informazioni che presenta una malattia o un fattore di rischio che porta alla perdita dell'equilibrio personale. Mai come oggi emerge la necessità di ampliare l'approccio alla malattia per includere l'aspetto psicosociale senza sacrificare i vantaggi dell'approccio biomedico. Questo modello rappresenta un passo molto importante nell'ambito dell'assistenza medica ed è trasferibile anche nel settore della formazione e dell'educazione scolastica.
- 2) La *concezione multidimensionale della salute*, descritta dalla *World Health Organization* (WHO) – che già nel 1946 faceva riferimento alle componenti fisiche, mentali e sociali del concetto di salute per poi ampliarlo nel 1998 – come uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, e non mera assenza di malattia. Viene quindi messa in risalto la componente spirituale e personale per identificare quelle variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di bene-essere (inteso come salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero mancanza di salute nella sua concezione negativa) di cui tenere globalmente conto nell'approccio alla persona.

L'integrazione dei professionisti che sono stati coinvolti nella realizzazione dei diversi contributi di questo rapporto ha ampliato e arricchito la visione dei temi trattati che riguardano: le azioni di governo, l'analisi del nostro "stare bene" nei contesti della sanità, della scuola e dell'università e le evidenze su come promuovere, comunicare e formarsi per diffondere benessere sia individuale che organizzativo. A tale proposito sono stati approfonditi gli ambiti necessari per comprendere maggiormente le problematiche e le risorse disponibili, i fattori di protezione e di rischio, le azioni strutturali da mettere in atto per contrastare lo stress e promuovere la salute. Il rapporto si rivolge principalmente a due categorie di professionisti a elevato rischio di stress: gli insegnanti e gli operatori sanitari. Si parla di lavoro sui contesti, prima di tutto, per

passare alla proposta di coinvolgimento attivo per far crescere la consapevolezza delle abilità individuali, organizzative e ambientali che impattano in modo positivo sulla resilienza individuale e organizzativa.

Il documento considera anche l'effetto della pandemia che ha contribuito a far cadere qualsiasi dubbio sull'urgenza di intervenire nei contesti sanità, scuola e università che, se "stanno bene", sono essenziali garanti di contrasto delle disuguaglianze di una comunità. Questi ambiti sono luoghi in cui già in epoca pre-COVID-19 era più alto il rischio di *burnout* e nei quali si evidenziano le problematiche riguardanti le ricadute dello stress degli operatori sanitari e degli insegnanti su pazienti e studenti.

I principali temi trattati riguardano:

- le dimensioni del fenomeno, l'analisi dei bisogni dei contesti lavorativi da più punti di vista con particolare focus su sanità, scuola e università;
- l'identificazione dei fattori di protezione descritti in letteratura come funzionali al miglioramento del benessere percepito alla luce dell'approccio biopsicosociale;
- le azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute e le iniziative volte a migliorare i livelli di *information literacy* nelle persone e nelle organizzazioni;
- l'evidenza dell'incidenza e prevalenza del fenomeno a livello individuale (stress e carico allostatico *vs* benessere) nel personale sanitario in Italia;
- la diffusione e l'attivazione di architetture interne ai contesti (*team* multiprofessionali) per leggere i bisogni organizzativi e pianificare interventi annuali di miglioramento;
- le cure integrate per migliorare il benessere percepito;
- la tecnologia digitale per il benessere della persona.

Il documento si presenta quindi come un'opportunità per analizzare e approfondire le tematiche legate al benessere al fine di rafforzare e migliorare i processi comunicativi e formativi. Questo soprattutto nel mondo della sanità e dell'istruzione, dove risulta più urgente favorire l'integrazione e l'ottimizzazione delle risorse per contribuire a risolvere le criticità attualmente presenti. Questo approccio, che gli autori hanno condotto per cercare di comprendere meglio la situazione auspicando un dialogo con i professionisti destinatari del documento, rappresenta un primo passo per la messa a punto di metodi sistemici di miglioramento che possano guidare il cambiamento evolutivo.

Il punto di vista biopsicosociale ci guida nel guardare la realtà con occhiali nuovi per integrare le informazioni e produrre azioni prospettiche, tenendo conto della fisiologia, prima che della patologia. Con questa analisi, anche se non esaustiva, intendiamo consegnare uno sguardo rivolto al futuro, allenando i contesti al dialogo efficace e potenziando la collaborazione tra i professionisti per migliorare tutte le azioni finalizzate al benessere individuale e organizzativo.

L'impegno dell'Istituto Superiore di Sanità, attraverso i suoi diversificati ruoli a supporto della sanità pubblica, si snoda oggi su più fronti a tutela del benessere della persona: dalla ricerca, alla formazione, alla comunicazione. Questo documento che riunisce diversi modi di affrontare e dare una soluzione al medesimo problema, ben ne rappresenta la complessità e l'importanza.

Si spera che dalle riflessioni suggerite possano svilupparsi percorsi di collaborazione volti ad accelerare l'acquisizione di nuove competenze da parte degli operatori della sanità, della scuola e dell'università, per sostenere il benessere delle comunità, affrontando con consapevolezza anche le nuove sfide che l'emergenza pandemica ci impone.

I curatori

PROMOZIONE DEL BENESSERE NELLA SANITÀ E NELLA SCUOLA

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Salute e benessere della popolazione sono fattori ormai riconosciuti della crescita economica: la popolazione sana lavora, produce e ha una minore richiesta di assistenza sanitaria. Salute, benessere e stili di vita sani sono temi ormai universali e trasversali, su cui possono e devono convergere non solo il sistema sanitario ma anche altri stakeholder: dall'ambiente alla scuola, dall'agricoltura al turismo, dall'urbanistica ai trasporti, fino allo sport e al terzo settore. Compito dei governi e dei decisori a tutti i livelli, quindi, è realizzare processi formali, nonché tradurre le prove di efficacia delle azioni di promozione della salute in linee guida e raccomandazioni per l'elaborazione delle politiche e per l'operatività a livello intersettoriale, puntando sui vantaggi derivanti dall'adozione della strategia "Salute in tutte le politiche".

Promuovere il benessere e la salute di tutti i cittadini a ogni età favorisce la costruzione di una società più giusta e più sostenibile, in particolare in un periodo di crisi, investendo nella prevenzione e nella lotta alle malattie croniche, principali cause di mortalità e cattive condizioni di salute. Secondo i dati della *World Health Organization* (WHO), in Europa l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute sono provocati da patologie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici) che colpiscono prevalentemente le classi economicamente e socialmente svantaggiate, sono altamente invalidanti e richiedono un'assistenza a lungo termine con gravi e sottovalutati effetti economici negativi.

L'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza delle malattie cronicodegenerative e il ruolo assunto nel loro determinismo da numerosi fattori, fra i quali quelli comportamentali o stili di vita, richiedono di focalizzare l'interesse sulla promozione della salute e del benessere, prima ancora che si instauri una patologia, anche al fine di ridurre le disuguaglianze e i costi sanitari e sociali. La riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche rappresenta una priorità e richiede dati scientifici, metodi e strumenti disponibili e validati, per garantire l'equità nell'azione, in una prospettiva coerente con l'approccio di "Salute in tutte le politiche". Lo svantaggio sociale rappresenta, infatti, il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita. Le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono anche più esposti e più vulnerabili ai fattori di rischio e ai fattori di stress che minano la resilienza delle persone, soprattutto nelle finestre temporali cruciali per il loro sviluppo (es. infanzia e adolescenza).

Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare malattie, alcuni di essi non modificabili (es. età), ma altri sono modificabili e su di essi, pertanto, la prevenzione può intervenire. Tali fattori di rischio modificabili (scorretta alimentazione, sedentarietà, fumo, abuso di alcol) in Italia si distribuiscono in maniera non omogenea nella popolazione e solo in parte dipendono da scelte e comportamenti individuali, in quanto i determinanti sociali (condizioni socio-economiche e culturali, globalizzazione, urbanizzazione, politiche ambientali e povertà) esercitano spesso una forte pressione verso l'adozione di stili di vita nocivi per la salute, favorendo l'emergere di ulteriori disuguaglianze.

La promozione della salute e del benessere non può essere solo responsabilità del settore sanitario ma necessita di azioni sinergiche e trasversali. È necessario, pertanto, passare da un

modello basato esclusivamente sull'erogazione di prestazioni sanitarie (anche nel campo della prevenzione), a uno capace di promuovere in maniera proattiva la salute delle popolazioni come "valore in tutte le politiche" e risorsa di vita quotidiana. Bisognerebbe, inoltre, promuovere politiche che, agendo su diversi fronti, siano anche in grado di raggiungere i gruppi più a rischio, di ridurre le disparità di salute, di favorire l'accesso ai servizi e all'informazione e di promuovere modifiche di comportamenti tramite interventi intersettoriali e multi-stakeholder che rispondano concretamente ai bisogni reali delle persone. L'approccio multi-stakeholder è la strategia più efficace. L'intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso che implica interdipendenza tra innumerevoli determinanti: genetici, stili di vita, socioeconomici, ambientali, culturali, lavorativi, ecc. Essa necessita di un largo coinvolgimento e di una corresponsabilità di attori diversi oltre al sistema sanitario, quali il settore dell'ambiente, dell'istruzione, dei trasporti, delle politiche della casa, del commercio, dell'urbanistica, dello sport, il "terzo settore", il mondo scientifico e accademico, i professionisti della salute, le comunità e ogni singolo cittadino, chiamati ad agire in maniera sinergica per la promozione della salute, del benessere e per contrastare le diseguaglianze.

Nella salute pubblica è necessario porre l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva, sia per garantire interventi di prevenzione e affrontare le sfide della promozione della salute, della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

La promozione della salute e dell'equità nella salute necessitano, inoltre, di interventi lungo tutto il corso della vita, secondo un approccio *life-course*. L'azione preventiva deve essere messa in atto già a partire dai primi 1000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino, un arco temporale decisivo per gettare le basi della salute degli individui. Ciò significa non solo assicurare interventi di prevenzione già prima della gravidanza, sistemi di protezione della maternità e delle nuove famiglie, ma anche prevenire comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, garantire l'istruzione per tutti, ridurre il rischio di insorgenza di malattie croniche nell'adulto, per arrivare a un invecchiamento sano e attivo.

Un approccio "intersettoriale" e trasversale ai fattori di rischio consente di attuare interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari, sia di creare condizioni ambientali atte a favorire il cambiamento dello stile di vita (migliorare la qualità dell'aria, ridefinire l'assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta, bonificare territori contaminati, migliorare la qualità dei prodotti alimentari, garantire ambienti di lavoro sicuri e sani, ecc.). Con il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4 maggio 2007) il nostro Paese ha adottato una strategia globale coordinata dal Ministero della Salute per l'attuazione di adeguate politiche "intersettoriali" a livello nazionale, regionale e locale. "Guadagnare Salute" ha promosso un impegno condiviso e collaborativo del settore sanitario con altri settori della società, consentendo lo sviluppo di numerose azioni di promozione della salute e prevenzione che hanno tenuto in debito conto tutti i "determinanti della salute". La cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi di "Guadagnare salute" è uno dei programmi previsti nell'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", alla lettera F ("Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale") del DPCM 12 gennaio 2017 di adozione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nella stessa area è inclusa l'offerta del *counselling* breve individuale, quale prestazione esigibile finalizzata al contrasto dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili. Risulta quindi fondamentale il ruolo delle Regioni e delle ASL nel definire efficaci strategie di prevenzione e promozione della salute. Particolarmente rilevante negli ultimi anni è stato il

raccordo con il settore educativo. La collaborazione tra scuola e servizi del sistema sanitario, in tutto il territorio nazionale, ha consentito la realizzazione di interventi educativi rivolti ai bambini della scuola primaria e secondaria di I grado per fornire, in maniera piacevole e coinvolgente, informazioni e suggerimenti in tema di sana alimentazione e importanza dell'attività motoria, con il coinvolgimento dei genitori e delle famiglie, e interventi rivolti ai ragazzi della scuola secondaria di II grado centrati sul potenziamento dei fattori positivi e tesi a sviluppare le capacità personali in termini di autostima e autoefficacia, attraverso la metodologia della *life skill education* e della *peer education*. La scuola rappresenta un luogo di confronto privilegiato per il mondo sanitario in quanto può istruire e formare a vivere in modo più sano rendendo possibile anche un'efficace promozione della salute sul luogo di lavoro, a beneficio degli studenti e di tutto il personale che in essa opera. Nel contesto scolastico la promozione della salute ha, pertanto, una valenza più ampia di quella sottesa all'educazione alla salute, comprendendo anche le politiche per una scuola sana in relazione all'ambiente fisico e sociale degli istituti scolastici e ai legami con i partner (comuni, associazioni, servizi sanitari, ecc.) e per migliorare e/o proteggere la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica. Al riguardo, con l'Accordo del 17 gennaio 2017 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il documento "Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute" che mira a favorire l'inserimento nel *curriculum* formativo degli studenti delle scuole di ogni ordine e grado della "Promozione della salute", non come una "nuova materia", ma come una proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico. Il 20 febbraio 2019 i Ministri della Salute e dell'Istruzione hanno anche rinnovato il Protocollo d'intesa "Tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione" con l'obiettivo di "rendere stabile la programmazione condivisa e partecipata tra le Istituzioni centrali, regionali e locali, sanitarie e scolastiche, attraverso la condivisione di obiettivi educativi e di salute, al fine di garantire un impegno attivo in favore della implementazione, del monitoraggio e della valutazione di efficaci strategie di promozione della salute e del benessere psicofisico".

Anche il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 del 6 agosto 2020, adottato con Intesa Stato Regioni, prevede un rinnovato impegno nel campo della promozione della salute, del benessere e della prevenzione delle malattie secondo l'approccio *life-course*, in considerazione del fatto che a un aumento dell'aspettativa di vita registrato nell'ultimo decennio non corrisponde un parallelo aumento della quantità di vita vissuta in salute, ma soprattutto nella consapevolezza che gli interventi preventivi, protettivi o curativi realizzati con tempestività nella primissima fase della vita portano a risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita e si rifletteranno anche sulle generazioni successive e sulla comunità intera. Il PNP afferma la centralità della persona e delle comunità, nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria, riconoscendo che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici. In tale contesto la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire uno o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute. Il PNP 2020-2025 mira a migliorare l'approccio per *setting*, contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere salute e benessere e realizzare interventi di prevenzione, favorendo una maggiore interazione tra tutti i *setting* (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari) e individuando l'ente locale (comune) quale *super-setting* in cui gli altri convergono. Nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità.

Il *setting* "Scuola" assume un ruolo fondamentale tanto che il PNP, un programma predefinito, vincolante e uguale per tutte le Regioni dedicato alle "Scuole che promuovono salute", prevede di strutturare tra "Scuola" e "Salute" un percorso congiunto e continuativo che includa

formalmente la promozione della salute, il benessere e la cultura della sicurezza e della legalità all'interno del sistema educativo di istruzione e formazione secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in coerenza con le norme e i programmi nazionali.

Anche la formazione è parte integrante di tutte le strategie, essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari. Essa deve essere fortemente orientata all'azione e i percorsi formativi vanno contestualizzati rispetto all'intervento da realizzare nel territorio, con il coinvolgimento delle figure strategiche del sistema dell'assistenza primaria – *in primis* Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS). MMG e PLS, infatti, sono figure chiave anche per favorire l'*health literacy* e l'*empowerment* dei cittadini ed è necessario il loro attivo coinvolgimento nell'ambito delle attività territoriali di promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria primaria. La comunicazione è un altro strumento strategico per aumentare la conoscenza e l'*empowerment* e facilitare la creazione di reti interistituzionali e la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie. Analogamente a ogni altra azione di sanità pubblica, essa necessita di essere adeguatamente pianificata e valutata negli effetti.

COMUNICARE IL BENESSERE

Paola De Castro (a), Anna De Santi (b)

(a) Servizio Comunicazione Scientifica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Comunicare il benessere non è affatto facile come potrebbe sembrare: richiede competenza, formazione, empatia, e non solo.

Questo capitolo presenta alcune considerazioni preliminari utili per contribuire a migliorare l'approccio comunicativo al benessere, a partire dalla conoscenza dei mutati scenari e modelli di salute, alla necessità di una formazione specifica basata sull'integrazione di competenze pluridisciplinari. Naturalmente, la presentazione non è esaustiva, ma introduce alla complessità del tema trattato e alla necessità di dotarsi di strumenti conoscitivi adeguati per garantire una corretta comunicazione.

Il testo è stato scritto prima della pandemia COVID-19, con minimi aggiornamenti successivi in quanto rimane più che mai attuale anche in un contesto emergenziale dove la comunicazione del benessere assume un ruolo ancora più cruciale per tutti gli stakeholder.

Allenare alla comunicazione

Parlando di benessere collegato alla salute occorre fare alcune considerazioni sui modelli di salute che nel tempo hanno subito notevoli cambiamenti. Da un modello centrato sulla malattia siamo passati ad un approccio centrato sul paziente (come accade nel modello biomedico), fino ad arrivare a un'ottica sistemica basata sul principio di relazione dove un organismo è un insieme integrato. Engel fu il primo a invitare la medicina e la psichiatria ad abbandonare il modello biomedico in favore di quello sistemico in cui i medici si occupano anche delle istanze psicosociali e la malattia non è più un'entità indipendente dal comportamento sociale, ma considera anche le esperienze umane (Engel, 1977).

Gli esseri umani sono infatti inseriti in una rete di relazioni biologiche, psicologiche e sociali che ne influenzano lo stato di salute. Se nel modello biomedico vengono separati i processi psicosociali e biologici (unici responsabili della malattia, considerata una disfunzione del corpo-macchina causata da un agente esterno con cause semplici e identificabili), nel modello biopsicosociale (Masini, 2016) l'attenzione si sposta dallo stato patologico, alle variabili ambientali, psicologiche e spirituali, nonché all'influenza dei sistemi (famiglia, cultura, ecc.).

Formare alla relazione

Tra i diversi modelli comunicativi ci soffermiamo qui su quelli relativi alla relazione operatore-paziente/insegnante-studente, che sono cambiati nel tempo: da paternalistici e irrispettosi dell'autonomia dell'altro, si sono evoluti divenendo più paritari e democratici, attenti ai valori e alle convinzioni di ogni individuo.

Attualmente si è molto più informati attraverso le notizie riportate dai media e dalle domande che si pongono ai professionisti della salute e della scuola, domande sempre più specifiche e pertinenti. Ma l'eccesso di informazione è talvolta faticoso da gestire in quanto può provocare aspettative, illusioni e disorientamento. Prestare massima attenzione ai modelli di comunicazione consente, quindi, una trasmissione delle informazioni più sicura, personalizzata, pertinente ed efficace.

Tra i diversi professionisti della salute, spesso non è prevista una formazione specifica alla comunicazione, dando per scontato che si sappia comunicare e che non sia necessario avere una formazione al riguardo per essere "abilitati" a esercitare tale professione. Semplificando al massimo, per compiere un atto comunicativo efficace occorre porsi cinque semplici domande:

- 1) chi comunica a chi (fonti e ricevente);
- 2) su che cosa si comunica (contenuto);
- 3) perché si comunica (funzioni e scopi);
- 4) come si svolge la comunicazione (canali, linguaggi, codici);
- 5) quali sono le conseguenze o gli effetti della comunicazione (voluti o non voluti).

È necessario inoltre interrogarsi sul ricevente e considerare i seguenti elementi:

- sesso, età e classe sociale;
- intelligenza e livello di istruzione;
- competenza linguistica;
- sistemi di credenze, atteggiamenti e valori;
- bisogni, aspettative e motivazioni;
- tratti della personalità.

La capacità di stabilire una buona relazione rappresenta una delle maggiori competenze richieste ai professionisti del mondo della salute e della scuola e consiste in un'abilità complessa che implica conoscenze professionali e fattori personali.

In realtà, la mancanza di consapevolezza sulle proprie *communication skills*, o capacità comunicative, spesso ostacola il successo di numerose attività per le quali invece si ha competenza scientifica.

Tra gli esempi di *communication skills* troviamo la capacità di ascolto, di dialogo, di silenzio, di apertura verso gli altri, attenzione, adattabilità, calore, riservatezza, umanità, fiducia, estroversione, empatia, curiosità, interesse, coerenza, sincerità, rispetto, esperienza, umiltà, discrezione, sensibilità e capacità di mettersi in discussione.

Nei curricula dei medici non vi è invece alcun insegnamento obbligatorio sulle capacità comunicative che si rendono necessarie sia per la relazione con il paziente che con i familiari o *caregiver*.

Educare ai media

Un altro aspetto importante della comunicazione del benessere riguarda l'educazione ai media o attraverso i media che aiuta a promuovere lo sviluppo della dimensione critica, della negoziazione di nuovi significati, dell'alfabetizzazione ai nuovi linguaggi, della consapevolezza della parzialità delle rappresentazioni medialità con l'obiettivo di concretizzare la partecipazione sociale di tutti e la convivenza democratica.

Occorre fare una distinzione tra "educazione attraverso i media" ed "educazione ai media" (De Santi *et al.*, 2008).

L'educazione attraverso i media comporta l'utilizzo dei media per l'insegnamento mentre l'educazione ai media è un processo di insegnamento e apprendimento centrato sui media che

cerca di far sviluppare negli individui una comprensione critica, una partecipazione attiva e una capacità di cogliere le metodiche di persuasione utilizzate. In pratica aiuta a comprendere quello che viene proposto da giornali, telegiornali, trasmissioni e informazioni via cavo o via stampa, a ricercare il reale motivo di un messaggio, a “vedere quello che non si vede”.

Tale processo, definito anche alfabetizzazione ai media (*media literacy*), comprende lo studio dell’uso e della valutazione dei media, del loro ruolo nella società, del loro impegno sociale, delle implicazioni che derivano dalla comunicazione, dalla partecipazione e dalla modificazione delle modalità di percezione che essi comportano, nonché del lavoro creativo che con essi si può svolgere.

Attraverso lo studio dell’uso, anche creativo, della valutazione e delle implicazioni dei media si possono aiutare gli individui a interpretare e giudicare consapevolmente le informazioni. L’alfabetizzazione consiste quindi nella comprensione dei media attraverso l’assimilazione di alcuni concetti e riguarda le conoscenze, le capacità e le competenze necessarie per poter usare e interpretare i media. Già da diversi anni alcuni esperti sostengono che l’educazione ai media dovrebbe entrare in tutte le scuole ed essere affidata agli stessi educatori presenti negli istituti scolastici, possibilmente a un gruppo di docenti appositamente formati (Glanz 1997; Inman, 2011).

Sintetizzando si potrebbe dire che con l’educazione ai media non si tratta solo di insegnare a utilizzare i media o a trasmettere *expertise* tecniche (come insegnare a usare la posta elettronica, confezionare un audiovisivo, saper costruire una pagina web) ma di aiutare all’acquisizione della consapevolezza culturale supportando gli individui a sviluppare una comprensione critica e informata della natura stessa dei media e dell’impatto da questi prodotto sui comportamenti.

Si tratta di un’educazione che possa incrementare la comprensione dei media nella popolazione creando in loro un’autonomia critica basata sulla capacità di filtrare e decodificare quello che viene trasmesso sullo schermo o pubblicato sulla carta stampata, analizzare l’intensità e l’insistenza con cui i media entrano nella nostra vita, trasformare la quantità in qualità riconoscendo le ambiguità e le contraddizioni della cultura e delle culture globali, aiutare a commentare fatti, sminuire paure e acquisire spirito critico nelle interazioni quotidiane, imparare a riconoscere l’affidabilità delle fonti, abituare alla partecipazione, alla comprensione, alla distinzione tra la vita digitale e la vita reale.

Gli operatori deputati alla formazione nell’ambito della salute e dell’istruzione, i genitori e gli educatori in generale devono collaborare alla faticosa operazione di convivenza con i media incrementando l’alfabetizzazione delle nuove generazioni – sempre più a rischio anche di cadere nelle trappole delle *fake news* – promuovendo la realizzazione di corrette campagne di promozione della salute e l’attivazione di nuove forme di saperi e competenze (Programma nazionale Guadagnare salute).

In questo contesto, merita una riflessione a parte il nuovo fenomeno della “infodemia”, un neologismo, utilizzato in modo sempre più diffuso in associazione alla pandemia del COVID-19, che la Treccani ha definito, tra i neologismi 2020, come:

“circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili.” (Treccani, 2020)

Come la stessa *World Health Organization* (WHO) suggerisce, è necessario trovare una cura efficace contro l’infodemia attraverso azioni volte al contrasto e contenimento delle *fake news* che si diffondono in rete in modo incontrollato causando effetti deleteri per la salute. A dicembre 2020, in piena pandemia, la WHO ha lanciato una iniziativa per mitigare i danni alla salute causati dalle informazioni scorrette che circolano nelle comunità online e offline (WHO, 2020).

Favorire la comunicazione efficace

La comunicazione è considerata un elemento fondamentale per la promozione della salute e va concepita in modo strategico e organizzato, diretta a un target specifico, delimitata da confini temporali e orientata al raggiungimento di obiettivi.

Le iniziative di comunicazione che hanno l'obiettivo di informare e favorire la messa in atto di comportamenti a favore della salute dei singoli cittadini e delle comunità e di promuovere cambiamenti positivi nell'ambiente socioeconomico e fisico, per migliorare la qualità della vita della popolazione, devono necessariamente essere pianificate in modo ragionato, evitando interventi sporadici e isolati.

Comunicare la salute è un'attività complessa: vuol dire far circolare, all'interno della comunità, informazioni sui problemi di salute socialmente rilevanti e attivare flussi di comunicazione tra i cittadini, le istituzioni pubbliche, i politici, altri *decision maker* e il sistema dei media. L'obiettivo è informare, influenzare e motivare gli individui, le istituzioni e la società nel suo complesso, su temi inerenti alla salute. Gli obiettivi di tipo informativo sono più facilmente raggiungibili, mentre gli altri sono più complessi in quanto implicano un coinvolgimento più profondo dei destinatari che spesso sono chiamati a cambiare opinioni o comportamenti radicati.

Gli operatori in salute pubblica sono soliti registrare e trasmettere dati. L'oggetto di una comunicazione efficace, tuttavia, è il messaggio. Pertanto uno degli sforzi principali nella costruzione della comunicazione per la salute è la trasformazione dei dati (vale a dire numeri, percentuali, osservazioni), in comunicazione efficace per la salute (messaggi).

Affinché la comunicazione possa essere considerata veramente efficace per la salute deve essere (De Santi *et al.*, 2010):

- *Accurata*; il contenuto della comunicazione deve essere valido e senza errori.
- *Accessibile*; il contenuto deve essere diffuso con modalità e in contesti a cui il destinatario ne ha accesso.
- *Equilibrata*; il contenuto deve presentare i benefici e i rischi di un comportamento o comunque riconoscere la possibilità che esistano più interpretazioni di un argomento.
- *Attenta alla cultura di riferimento*; la comunicazione deve tener conto delle specificità (culturali, sociali, etniche) del destinatario.
- *Basata sulle evidenze*; il contenuto deve basarsi sulle più aggiornate prove scientifiche.
- *Estesa*; il contenuto deve essere accessibile alla più ampia fetta possibile della popolazione identificata come destinataria.
- *Affidabile e certificata*; la fonte della comunicazione deve essere riconosciuta e accreditata e il contenuto deve essere sempre aggiornato.
- *Ripetuta*; la diffusione del messaggio deve essere ripetuta più volte, sia per rafforzare l'impatto sui destinatari che lo hanno già ricevuto, sia per raggiungerne di nuovi.
- *Tempestiva*; il messaggio viene diffuso quando il destinatario è più ricettivo o quando ha più bisogno delle informazioni veicolate.
- *Comprensibile*; le caratteristiche del messaggio (per esempio il linguaggio o il mezzo utilizzato) devono essere appropriate alle capacità di comprensione del destinatario.
- *Non giudicante*; il linguaggio utilizzato non deve avere un tono che possa colpevolizzare determinate persone o gruppi di persone.

Promuovere la comunicazione del benessere

La comunicazione del benessere è strettamente collegata a quella della salute, che è considerata un elemento fondamentale per la promozione di comportamenti sani e va concepita in modo strategico e organizzato, diretta a un target specifico, delimitata da confini temporali e orientata al raggiungimento di obiettivi.

L'impostazione delle iniziative di comunicazione deve seguire il criterio della pianificazione strategica, elaborando strumenti di comunicazione specifici in base ai target scelti e agli obiettivi di comunicazione individuati.

Comunicare la salute e dunque il benessere, significa informare e favorire la messa in atto di comportamenti corretti a favore dei singoli cittadini e delle comunità, e la promozione di cambiamenti positivi nell'ambiente socioeconomico e fisico per migliorare la qualità della vita della popolazione, con attività che devono necessariamente essere pianificate in modo ragionato, evitando interventi sporadici e isolati.

La comunicazione della salute va quindi intesa come processo globale, sociale e politico che non comprenda solo azioni dirette a rinforzare le competenze dei singoli cittadini, ma anche azioni orientate a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo da ridurre l'impatto negativo sulla salute pubblica e individuale.

Il benessere è strettamente associato con il concetto di salute. Tale concetto, riportato dalla WHO nel suo statuto del 1946 (salute definita come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia), è parso obsoleto già da diversi anni e soggetto a sempre più pesanti critiche (Godlee, 2011; Ciofi, 2015).

L'affermazione della WHO "la salute non è uno stato di completo di benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di disagio o infermità" dovrebbe essere integrata da alcuni punti:

- a) il superamento del riduzionismo organicista;
- b) il raggiungimento dello stato di salute da parte di tutti;
- c) la concezione che la salute è un processo dinamico e in continuo divenire;
- d) il rapporto tra l'individuo e l'ambiente;
- e) la capacità di adattamento agli eventi della vita;
- f) il recupero della dimensione soggettiva (la salute è anche auto-percezione del singolo soggetto nei vari momenti della sua vita);
- g) l'essere operazionalmente misurabile.

La Commissione Salute dell'Osservatorio Europeo su sistemi e politiche per la salute ha proposto la definizione della WHO di benessere come: stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società (European Commission, 2019).

Al benessere, stare bene, si associa frequentemente l'immagine di disponibilità economica e di possibilità di soddisfare necessità e desideri in gran parte materiali. Poter vivere dignitosamente, lavorare, soddisfare i propri bisogni primari, possedere una casa, provvedere alle difficoltà contando sulle proprie forze e sulla propria forma fisica, si relaziona a un benessere economico, materiale di cui le più alte carte costituzionali e la politica fanno riferimento promuovendone i diritti. È vero che le condizioni di vita delle persone dipendono dalla disponibilità materiale di beni e servizi e che il reddito è uno strumento per vivere bene, ma ciò non tiene conto di molteplici altri aspetti associati alla qualità della vita. La percezione del benessere ha una valenza soggettiva e personale, oggettiva e sociale in relazione ai tempi, ai luoghi, alle circostanze e alle persone (Jorm, 2014)

Il benessere soggettivo viene influenzato da una condizione di benessere oggettivo. Se si ha denaro ma si vive in un ambiente altamente inquinato o la salute fisica è compromessa, la qualità

di vita risulta pessima e non c'è benessere. Il benessere è anche psicologico, relazionale. Attinge alle emozioni dell'individuo, alle sue ansie e alle sue speranze. Benessere è poi tutto ciò che concerne la sicurezza, la tranquillità, l'assenza di difficoltà. Parlare di benessere fisico significa assumersi la responsabilità e l'attenzione del curare sé stesso, dello star bene nel migliore dei modi possibili. In questo senso, il benessere vuol dire *empowerment*, ovvero capacità di assumere il controllo della propria vita, di padroneggiarla, di acquisire un ruolo attivo verso la propria esistenza e l'ambiente ponendosi davanti alle difficoltà con un atteggiamento positivo e costruttivo. Benessere è anche la capacità dell'individuo di realizzarsi con soddisfazione e gratificazione, con consapevolezza e autonomia avendo a disposizione le risorse accessibili, personali e della collettività.

Costruire le strategie della comunicazione del benessere

La salute è un lavoro di squadra, ha a che fare con i geni, le politiche sanitarie e il contesto sociale, culturale e ambientale in cui viviamo e considera cosa mangiamo, quanto stiamo sul divano, se fumiamo, se abbiamo buone relazioni sociali, ecc.

La salute va promossa attraverso un processo che consenta alle persone di esercitare una maggiore responsabilità su di essa e di migliorarla attraverso un consapevole controllo sui determinanti di salute intesi come fattori personali, sociali, economici e ambientali che influenzano lo stato di salute.

Il benessere è invece rappresentato dal sentirsi bene, in forma, in piena funzionalità fisica, psichica e spirituale, con capacità di sviluppare interessi, relazioni sociali e affettive, di sentirsi a proprio agio nella società, in condizioni di soddisfare dignitosamente le proprie necessità e aspirazioni. È fisico, mentale, spirituale, affettivo, cognitivo, economico, sociale e culturale.

Stili di vita, promozione della salute, benessere sono termini che hanno a che fare con trasformazioni culturali che hanno portato alla realizzazione di importanti documenti di salute come la Carta di Ottawa del 1986, che vede tra i suoi obiettivi la costruzione di una politica pubblica per la salute, la creazione di ambienti favorevoli alla salute, il rinforzo dell'azione della comunità, lo sviluppo delle abilità personali, il ri-orientamento dei servizi sanitari e la Dichiarazione di Jakarta del 1997, che promuove strategie e aree d'azione sulla salute significative per tutti i Paesi, individuando cinque priorità.

1. Promuovere una responsabilità sociale per la salute.
2. Aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute.
3. Ampliare le *partnership* per la promozione della salute.
4. Accrescere le capacità della comunità e attribuire maggiore potere agli individui.
5. Garantire un'infrastruttura per la promozione della salute.

L'Agenda dell'ONU con i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG), già dal 2015 esprime un chiaro giudizio sull'insostenibilità dell'attuale modello di sviluppo, non solo sul piano ambientale, ma anche su quello economico e sociale. In questo modo viene definitivamente superata l'idea che la sostenibilità sia unicamente una questione ambientale e si afferma una visione integrata delle diverse dimensioni dello sviluppo, come il porre fine alla povertà in tutte le sue forme garantendo condizioni di salute e benessere per tutti a tutte le età e rivitalizzando le collaborazioni a livello globale per lo sviluppo sostenibile.

Tra i nuovi obiettivi da raggiungere entro il 2030 è presente un forte coinvolgimento di tutte le componenti della società, dalle imprese al settore pubblico, dalla società civile alle istituzioni, dalle università e centri di ricerca, agli operatori dell'informazione e della cultura. Tutti i Paesi

sono chiamati a contribuire allo sforzo di portare il mondo su un sentiero sostenibile, senza più distinzione tra Paesi sviluppati, emergenti e in via di sviluppo: ciò significa che ogni paese deve impegnarsi a definire una propria strategia di sviluppo sostenibile che consenta di raggiungere questi obiettivi (<https://sdgs.un.org/>).

Una interessante iniziativa che indaga il benessere è rappresentata dal *Global Happiness and Well Being Policy Report 2019* (The Global Council for Happiness and Wellbeing, 2019) che indaga la felicità globale in relazione alla percezione degli abitanti dei 150 Paesi presi in considerazione. Tra i Paesi dove la popolazione è più felice (dati 2018-2020), al primo posto figura la Finlandia, seguita da Danimarca, Svizzera, Islanda, Paesi Bassi. L'Italia, nell'edizione del 2021, è al ventottesimo posto, preceduta dalla Spagna. Agli ultimi posti il Ruanda, lo Zimbabwe e l'Afghanistan (Helliwell *et al.*, 2021).

L'Italia ha guadagnato una migliore posizione negli ultimi anni, per il miglioramento degli indicatori relativi alla speranza di aspettativa di vita in buone condizioni (settimi al mondo nel Rapporto 2019) e al sostegno sociale ricevuto da parenti e amici (secondi al mondo). Il nostro tallone d'Achille sembrerebbero essere le emozioni negative come la rabbia e la preoccupazione crescenti che ci fanno scivolare al 123esimo posto. Altri punti deboli degli italiani sono la mancanza di prospettiva per i giovani, la mancanza di libertà nel prendere decisioni, un'elevata percezione della corruzione e bassa fiducia nel governo e nelle istituzioni. Il rapporto si conclude con un interessante *excursus* sulla situazione degli Stati Uniti: nonostante negli ultimi 70 anni si sia rilevato un aumento esponenziale di ricchezza, la curva della felicità risulta essere sempre più in calo a causa di un aumento dei disturbi mentali, dell'obesità e di calo di fiducia tra le persone (Helliwell *et al.*, 2019).

Nel 2021, il rapporto è interamente dedicato al COVID concentrandosi sugli effetti della pandemia sui comportamenti delle persone e dei governi nei diversi paesi del mondo (Helliwell *et al.*, 2021).

Il *Global Happiness and Well Being Policy Report* è una iniziativa che offre ai governi mondiali e ai cittadini l'opportunità di ripensare le politiche pubbliche e le scelte di vita individuali al fine di migliorare il livello di felicità e benessere dei singoli. Esplora non solo la felicità ma le tensioni crescenti e le emozioni negative facendo emergere questioni urgenti che devono necessariamente essere affrontate.

Nel nostro Paese un importante punto di riferimento nella comunicazione della salute e del benessere è rappresentato dal Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) che sottolinea l'importanza della prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari. A tale riguardo, le azioni sono improntate e finalizzate verso il contrasto dei fattori di rischio di salute, l'indirizzamento ai servizi e al potenziamento delle risorse personali (*empowerment* individuale) per una adozione consapevole di stili di vita corretti, o quando necessario, la messa a punto di idonei percorsi terapeutico-assistenziali. Grande attenzione è data alla fascia adolescenziale con il rinforzo delle capacità di resilienza, la promozione dei processi di *empowerment* personali e sociali e l'identificazione tempestiva dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale in linea con le principali strategie contenute nelle revisioni sistematiche della letteratura.

Tra i documenti del nostro Paese che comunicano benessere ricordiamo anche il Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES), che ogni anno presenta i risultati di un'iniziativa che pone l'Italia all'avanguardia nel panorama internazionale in tema di sviluppo di indicatori sullo stato di salute di un Paese che vadano oltre il PIL (Prodotto Interno Lordo). Redatto dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT, 2019), approfondisce i dati del crescente sviluppo, a livello europeo, di sistemi di misurazione e progetti dedicati all'approfondimento delle relazioni tra le politiche economiche e gli obiettivi di benessere, equità e sostenibilità, ovvero all'analisi delle determinanti per il perseguimento di una crescita economica sostenibile e inclusiva. Il Rapporto

offre una lettura del benessere nelle sue diverse dimensioni, ponendo particolare attenzione agli aspetti territoriali. Gli indicatori del BES, in tutto 130, sono articolati in 12 domini:

- 1) Salute;
- 2) Istruzione e formazione;
- 3) Lavoro e conciliazione dei tempi di vita;
- 4) Benessere economico;
- 5) Relazioni sociali;
- 6) Politica e istituzioni;
- 7) Sicurezza;
- 8) Benessere soggettivo;
- 9) Paesaggio e patrimonio culturale;
- 10) Ambiente;
- 11) Innovazione, ricerca e creatività;
- 12) Qualità dei servizi.

All'interno dei singoli domini la lettura degli indicatori per regione, genere e classi di età è stata integrata, ove misurabile, con quella per livello d'istruzione, in modo da approfondire ulteriormente le differenze dei livelli di benessere tra gruppi di popolazione.

Più recentemente, a gennaio 2020, è stata istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri una "Cabina di Regia Benessere" che persegue gli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU, proprio per diffondere "l'attitudine al benessere" nelle pubbliche amministrazioni, dai dicasteri agli enti locali, nelle aziende e nel mondo accademico.

Sperimentare la comunicazione del benessere anche in tempo di crisi

In tempi critici come quello della pandemia da COVID-19, abbiamo assistito a cambiamenti imprevedibili con un impatto comunicativo senza precedenti, che ci ha costretto a mutare velocemente abitudini e stili di vita. All'iniziale fase di incredulità e confusione, sono seguite fasi di aggiustamento e acclimatamento, guidate dal pragmatismo utile alla ricostruzione di routine alternative. In un Paese purtroppo fra i primi e più colpiti dalla pandemia, abbiamo anche sperimentato una progressiva e crescente tensione, connessa alla percezione dell'impatto economico del *lockdown*. In tale incertezza, comportamenti e percezioni degli individui hanno subito notevoli e rapidi adattamenti. Anche il contesto della comunicazione ha registrato importanti variazioni: maggiore esposizione ai media (televisione, radio, stampa e internet) e costante connessione a *social* e *app* di messaggistica sono solo la punta dell'iceberg.

I media hanno avuto e hanno un ruolo importante nell'informazione e nell'educazione degli adulti e dei bambini. Le modalità con cui i media hanno presentato e presentano l'emergenza sanitaria possono contribuire a creare confusione e disorientamento se non ben studiate e adeguatamente comunicate ai diversi target. Questo aspetto risulta particolarmente importante in quanto le informazioni veicolate su eventi potenzialmente destabilizzanti hanno un innesco emotivo spesso nascosto che aumenta paure e ansia e possono rappresentare occasioni per rivivere stati di paura, tristezza o solitudine vissuti in altri momenti. In alcuni casi possono attivare disattenzione, problemi di concentrazione, irritabilità, sonno disturbato. Le difficoltà emotive, proporzionate alle capacità individuali di assorbimento di ciascuno, possono non sempre essere visibili. L'eccessiva esposizione alla copertura mediatica di eventi stressanti/traumatici può anche provocare disagio e stress.

La pandemia di COVID-19, che è arrivata in modo imprevedibile e angosciante, ha avuto a che fare con le paure e le emozioni di tutta la popolazione coinvolta. Iniziata a gennaio 2020, ha dispensato rassicurazioni e richiami alla razionalità seminando però anche il panico attraverso molti programmi televisivi e comunicazioni *social* non adeguati.

Questa esperienza stravolgente ben rappresenta la complessità della comunicazione della salute nell'era digitale che, nonostante le infinite nuove potenzialità, pone anche rischi nuovi che se non opportunamente gestiti possono mandare in tilt un intero sistema, portando un Paese a conseguenze sanitarie ed economiche vicine al collasso.

Bibliografia

- Ciofi R. *Verso una nuova definizione del concetto di salute – Oltre la definizione dell'OMS*. Psychiatry Online Italia. 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.psychiatryonline.it/node/5605>; ultima consultazione 20/03/2021.
- De Santi A, Guerra R, Morosini P. (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/1). Disponibile all'indirizzo: https://www.iss.it/documents/20126/45616/08-1_WEB.1204719565.pdf; ultima consultazione 11/01/2021.
- De Santi A, Simeoni I. *Il medico, il paziente e i familiari. Guida alla comunicazione efficace*. Torino: SEEd Editore; 2010.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
- European Commission. *State of Health in the EU 2019. Rapporto della Commissione Salute dell'Osservatorio Europeo su sistemi e politiche per la salute*; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/health/state/summary_it ultima consultazione 20/03/2021
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *Health behaviour and health education: theory, research, and practice* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
- Godlee F. What is health? *BMJ* 2011;343. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4817>; ultima consultazione 21/03/2021
- Helliwell JF, Layard R, Sachs JD (Ed.). *World Happiness Report 2019*. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2019/WHR19.pdf>; ultima consultazione 21/12/2020.
- Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve J-E (Ed.). *World Happiness Report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2021/WHR+21.pdf>; ultima consultazione 21/12/2020.
- Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve J-E (Ed.). *World Happiness Report 2021*. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2021/WHR+21.pdf>; ultima consultazione 21/12/2020.
- Inman DD, van Bakergem KM, Larosa AC, Garr DR. Evidence-based health promotion programs for schools and communities. *Am J Prev Med* 2011;40(2):207-19.
- ISTAT. *Rapporto BES 2019: il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/236714>; ultima consultazione 21/12/2020.
- Jorm AF, Ryan SM. Cross-national and historical differences in subjective well-being. *Int J Epidemiol* 2014;43(2):330-40. Disponibile all'indirizzo: <https://academic.oup.com/ije/article/43/2/330/676614>; Ultima consultazione 21/03/2021

Masini PL. L'approccio biopsicosociale in medicina. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pierluigimasini.it/2016/02/01/lapproccio-biopsicosociale-in-medicina/>; ultima consultazione 20/03/2021.

Programma nazionale Guadagnare salute. *Comunicare per la salute: meglio trasmettere messaggi positivi o impressionare?* Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/comunicazione/ComunicareSalute>; ultima consultazione 20/03/2021

The Global Council for Happiness and Wellbeing. *Global Happiness and Wellbeing Policy Report 2019*. New York: Sustainable Development Solutions Network. 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://s3.amazonaws.com/ghwbpr-2019/UAE/GHWPR19.pdf>; ultima consultazione 21/12/2020.

Treccani. Infodemia In: Neologismi 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.treccani.it/vocabolario/infodemia_%28Neologismi%29/ ultima consultazione 21/3/2021.

WHO. *Call for Action: Managing the Infodemic*. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news/item/11-12-2020-call-for-action-managing-the-infodemic>. ultima consultazione 21/03/2021.

STATO DI SALUTE DEGLI ITALIANI

Anna De Santi (a), Marina Risi (b), Cristina Aguzzoli (c)

(a) Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro PNEI Cure Integrate, Roma

(c) Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine

Introduzione

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale è altamente decentrato e garantisce una copertura universale per tutti i cittadini e gli stranieri legalmente residenti.

Nel complesso, il sistema sanitario italiano è efficiente (presenta uno dei livelli più bassi di cause prevenibili e trattabili di mortalità nell'Unione Europea, UE) e garantisce un buon accesso a prestazioni sanitarie di elevata qualità a costi relativamente bassi, sebbene si registrino grandi differenze tra le regioni e tra le fasce di popolazione a basso reddito che incontrano maggiori ostacoli per accedere ad alcuni servizi.

L'agenzia Bloomberg, che periodicamente redige la classifica mondiale della qualità della sanità pubblica, nel 2018 ha posizionato l'Italia al quarto posto tra 56 nazioni (Miller & Lu, 2018).

Per mantenere questi standard di qualità è altresì necessario considerare il cambiamento in corso dell'aspetto demografico e dello scenario dei bisogni assistenziali della popolazione: l'aumento della aspettativa di vita, con il conseguente incremento della popolazione di anziani, fa sì che sia sempre più rilevante monitorare lo stato di salute, ponendo l'accento non esclusivamente sulla lunghezza della vita, ma anche sulla qualità degli anni da vivere.

Le malattie croniche, che rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica in tutti i Paesi, secondo la *World Health Organization* (WHO), oltre a rappresentare la causa principale della disabilità, sono responsabili di oltre l'86% dei decessi e del 77% del *burden disease* (impatto globale delle patologie) a livello europeo, mettendo a dura prova i sistemi sanitari, lo sviluppo economico e il benessere di gran parte della popolazione (Ritsatakis, 2009).

Tra i fattori che determinano tali patologie, alcuni sono comportamentali e quindi modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, altri sono di tipo genetico e altri ancora afferiscono ad aspetti socioeconomici e ambientali, anch'essi rimovibili attraverso politiche non strettamente sanitarie.

Allo stesso tempo le malattie croniche sono responsabili di molte delle persistenti disuguaglianze nella salute, evidenziando un forte gradiente socioeconomico (Marmot, 2016) e rilevanti differenze di genere. A parità di età emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne: nella fascia di età 45-54 anni il 72% degli uomini si considera in buona salute contro il 65,1% delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra la popolazione di 60 anni e più (43,3% contro il 34,4%) (ISTAT, 2019).

La valutazione dello stato di salute di una popolazione non può quindi prescindere dalla conoscenza del contesto socioeconomico. Il Rapporto Censis 2019 sulla situazione sociale del Paese evidenzia alcune parole chiave che possono essere riassunte in: crisi economica, sfiducia e disincanto, accompagnati da rabbia, ansia e isolamento sociale. Chi studia la fisiologia dello stress riconosce in tali termini le fasi del cambiamento che ogni situazione stressante induce; meccanismi di per sé legati alla sopravvivenza in condizioni ostili, ma che diventano pericolosi se si cronicizzano (McEwen, 2010).

Operatori sanitari e insegnanti non sono certo immuni ai fattori di rischio della cronicità, che inducono un quadro di segni e sintomi di malessere in parte responsabile del declino della *vis* educativa e terapeutica. In realtà, non è ancora culturalmente accettato il ruolo del benessere del terapeuta in quanto valore da tutelare e ricercare per garantire una buona qualità assistenziale oltre che la trasmissione efficace di indicazioni terapeutiche e di comportamenti collegati a sani stili di vita. In modo analogo la questione riguarda il mondo della scuola, dove il malessere del docente si ripercuote sulla relazione con gli studenti e sulle capacità di apprendimento e di fiducia nell'essere efficaci. Il danno è doppio, perché stiamo osservando persone che svolgono un lavoro che richiede un particolare benessere soggettivo per poter promuovere salute e cultura.

Difficoltà dei percorsi di cura

Siamo di fronte a segnali importanti di pressione sulle attese rivolte al mondo dell'assistenza, in un'era in cui si è più longevi, ma anche più malati; pochi guariscono e la prevalenza del carico sui servizi aumenta in modo ingravescente secondo gradienti di richiesta sempre più frequenti e complessi. L'aspettativa di vita alla nascita nel 2018 era di 85,2 anni per le donne e di 80,8 anni per gli uomini, e le previsioni al 2041 la portano rispettivamente a 88,1 e 83,9 anni. Oggi gli *over 80* anni rappresentano già il 27,7% del totale degli *over 64* e rappresenteranno il 32,4% nel 2041.

Nonostante i miglioramenti complessivi dei livelli di salute della popolazione, l'80,1% degli *over 64* è affetto da almeno una malattia cronica, mentre il 56,9% ne ha almeno due. E le previsioni per il futuro segnalano un incremento significativo del numero di anziani affetti da almeno due malattie croniche: 2,5 milioni di persone in più dal 2018 al 2041. Tutto ciò evidentemente ricade sul carico assistenziale collegato alla cronicità e si trasforma in carico stressogeno del sistema assistenziale *in toto*. Il primo a subire questo aumento del carico è il personale sanitario, che a sua volta invecchia, è affetto anch'esso da patologie e, per motivi collegati al ritardo nell'adattamento ai nuovi bisogni assistenziali, che fanno fatica a ritrarre in modo adeguato le dotazioni organiche e la loro redistribuzione, tende a ridursi.

Pensiamo ai numeri del personale sulla carta e alla realtà del personale attivo, alle assenze per malattia, per infortunio, per inidoneità parziale alla mansione, ecc. e incrociamo questi dati con la possibilità di errore, di essere rallentati, di comunicare male o di essere superficiali nella relazione con l'assistito, i familiari o i colleghi.

Ad aggravare la questione si sommano le prassi burocratiche, la normativa sulla privacy, la tecnologia in rapidissima evoluzione, questioni a volte contraddittorie che poco hanno a che fare con la cura ma che meriterebbero un confronto tra le parti per la ricostruzione del nuovo patto tra servizio e cittadinanza.

La complessità, però, non aspetta e le decisioni vengono prese con patti a volte teorici che nella pratica si sgretolano e generano conflitto. A volte, ancora peggio, le decisioni non vengono prese e vengono messe in atto solo azioni con effetto tampone. Il cambiamento della patologia, che da acuta diventa sempre più cronica, fa emergere la delusione della cittadinanza rispetto alle attese, vale a dire che la cittadinanza si attende che il sistema assistenziale si regoli in tempo reale in base ai bisogni, riconoscendoli e applicando adattamenti rapidi e coerenti. La questione è ben diversa nella pratica, perché sia l'adattamento dell'essere umano nei confronti del cambiamento che quello delle organizzazioni sono lenti nell'adattamento. Il patto tra cittadino e operatore sanitario si incrina per una pressione esercitata da ambo le parti, segnalando la necessità di un cambio di percezione e di assunzione di nuove reciproche responsabilità.

Difficoltà dei percorsi educativi

Nel mondo della scuola una testimonianza significativa era stata già evidenziata nel rapporto Censis 2016 richiamando l'attenzione su bullismo e cyberbullismo. Questi fenomeni ci invitano a riflettere su un altro patto in crisi, quello con l'istituzione scolastica e con il ruolo educativo di scuola e famiglia che tenta di trasferire competenze, con modalità spesso superate. Il *curriculum* parallelo generato da una tecnologia pervasiva e dalla comunicazione digitale induce una crescita incontrollata dei contatti e dell'esposizione alla rete globale, nel bene e nel male. Il 52,7% degli 11-17enni nel corso dell'anno ha subito comportamenti offensivi, non riguardanti o violenti da parte dei coetanei. Nel corso della propria carriera il 75,8% dei dirigenti scolastici si è trovato a gestire più casi di bullismo: il 65,1% di bullismo tradizionale e il 52,8% di cyberbullismo. Cosa significa in termini biopsicosociali? Nei periodi di grande trasformazione come quello che stiamo attraversando, le persone esasperano le resistenze e la paura del cambiamento, reagendo in modo impulsivo alle sollecitazioni emozionali, che per alcuni minacciano l'identità e la sopravvivenza. Le persone tendono a reagire in modo diverso, chi internalizzando (depressione, isolamento, autolesionismo) e chi esternalizzando (violenza, aggressività, ricerca di identità di gruppo) il proprio disagio nei confronti del cambiamento. Ciò nei giovani in crescita è amplificato al massimo a causa delle caratteristiche fisiologiche del sistema nervoso, che fino ai 21 anni circa è soggetto a rimodellamento per cercare un equilibrio soddisfacente fra la ricerca di emozioni *sensation seeking* e l'assunzione di rischi *risk taking*.

Solo così un giovane può diventare adulto e imparare a conoscere la realtà in modo autonomo. Ecco l'importanza di questa fase e della relazione positiva con gli adulti, che altrimenti rischiano di essere essi stessi generatori di insicurezza, ansia e inadeguatezza. I dati del sondaggio internazionale *Health Behaviour in School aged Children* (HBSC), richiamano l'attenzione, inoltre, su una preoccupante prevalenza di segni e sintomi dello stress cronico, che i nostri ragazzi imparano a vivere fin da piccoli, che si tramutano in ansia, irritabilità, disturbi dell'umore, della digestione e del sonno, sintomi che posizionano i giovani italiani di 11, 13 e 15 anni tra i primi posti nel *ranking* mondiale (Inchley *et al.*, 2020).

“Cos'è questo stress, come si genera e che responsabilità hanno gli adulti e le istituzioni sul carico che i ragazzi stanno gestendo (Chrousos, 2009)?”. “Come si relazionano questi elementi con lo stress del corpo docente e le attese dei genitori, con una scuola che spinge a essere esclusivamente performanti a partire dalle più giovani età e perde l'occasione di generare curiosità e passioni (Aguzzoli, 2018)?”.

Siamo chiamati a leggere in modo collegato i numerosi fenomeni sociali di questo momento storico che separatamente sembrano emergenze a matrice autonoma. Un malessere protratto porta alcuni a reagire verso l'esterno con rabbia, immaginando nemici da abbattere e per altri è uno stimolo a cercare sicurezza esagerata che porta all'isolamento sociale. La disponibilità di una tecnologia sempre più invadente e sostitutiva delle relazioni interpersonali reali, al tempo stesso fa uscire dall'isolamento chi, per motivi vari è a casa da solo e non può uscire, chi ha poco coraggio, chi vive in zone isolate. La tecnologia può salvare la vita, ma se abusata diventa un'arma di vendetta o di aggressività come nel cyberbullismo. Nell'epoca degli estremi, finché il nuovo equilibrio non si assesta, l'utilizzo di ogni strumento dipende dal soggetto, dai suoi scopi, dal suo stato di benessere o malessere percepito; e poi dal bullismo a scuola a quello sul lavoro, la strada è breve.

La qualità dell'istruzione passa per il suo capitale umano: gli insegnanti. Eppure c'è una fetta consistente di docenti italiani che si dice stressato della propria vita lavorativa: circa il 41%. Lo studio *Italian Teachers Survey* della *Cambridge University* (<http://www.oecd.org/education/talis>) evidenzia che gli insegnanti non hanno una formazione adeguata e specifica, orientata ad affrontare le dinamiche relazionali con gli alunni, con i genitori e quelle di gruppo. Inoltre a

influire di più sulla loro vita lavorativa è l'ambiente scolastico, un ecosistema dove a oggi, non solo la maggioranza dei docenti ha più di vent'anni d'insegnamento alle spalle, ma ha anche un'età media di 50 anni e tende a non dialogare con i colleghi più giovani. Gli insegnanti vorrebbero avere più tempo da dedicare alla formazione e all'aggiornamento professionale (41%), alle lezioni in aula (34%) o per valutare in classe i propri studenti (26%); vorrebbero inoltre dedicare meno tempo alle attività amministrative, alle riunioni interne, a correggere a casa compiti e verifiche.

Il sistema sanitario e quello scolastico sono i contesti che guidano la cultura del benessere in una comunità e devono dare l'esempio, dimostrando la capacità di auto-valutarsi e riorientarsi in base ai nuovi bisogni. Questa teoria diventa realtà se ogni contesto scolastico ha il coraggio di riconoscere la sua inadeguatezza, pur essendo il miglior sistema scolastico del mondo, così da permettere l'avvio della lettura dei bisogni e della percezione di sapere cosa fare per provare a soddisfarli senza delegare all'esterno. In sanità questa teoria diventa realtà se le direzioni strategiche accettano di integrare le linee di lavoro in una regia del benessere unitaria, senza timore di critiche o di svalutazione nel riconoscere azioni di miglioramento da mettere in campo, perché l'inadeguatezza è omogenea e diffusa a tutti i livelli. Chi la nega lo fa per timore di perdere autorevolezza; chi è autorevole sul serio non teme, anzi cerca con audacia questa lettura per accelerare l'adattamento e il nuovo equilibrio. La questione del non allineamento delle competenze deve essere chiara e affrontata in modo sistemico per ottimizzare le risorse e verificare i risultati in itinere. Nella logica dei sistemi complessi che si autoregolano, è necessario e auspicabile un atto di coraggio che scuola e sanità devono fare per primi in una comunità, per dare forza a modelli di adattamento funzionali e innovazione, e per ridare futuro a un Paese.

Bibliografia

- Aguzzoli C, De Santi A. *100 domande sulla gestione dello stress*. Torino: SEEd; 2018.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol* 2009;5(7):374-81.
- Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, et al. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
- ISTAT. *Annuario statistico italiano 2019*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files//2019/12/Asi-2019.pdf>; ultima consultazione 21/12/2020.
- Marmot M. *La salute disuguale*. Il Pensiero Scientifico: Roma; 2016.
- McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1186:190-222.
- Miller LJ, Lu W. These are the economies with the most (and least) efficient health care. *Bloomberg* September 19, 2018.
- Ritsatakis A, Makara P. *Gaining Health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases 2009*. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/105318/e92828.pdf; ultima consultazione 04/01/2021.

CABINA DI REGIA BENESSERE ITALIA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Filomena Maggino
Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma

Introduzione

La Cabina di Regia “Benessere Italia” è l’organo di supporto tecnico-scientifico al Presidente del Consiglio dei Ministri nell’ambito delle politiche del benessere e della valutazione della qualità della vita dei cittadini, con il compito di monitorare e coordinare le attività specifiche dei Ministeri, assistere le regioni, le province autonome e gli enti locali nella promozione di buone pratiche sul territorio ed elaborare specifiche metodologie e linee guida per la rilevazione e la misurazione degli indicatori della qualità della vita.

Inoltre, la Cabina di Regia ha il compito di sostenere, potenziare e coordinare le politiche e le iniziative del Governo italiano per il Benessere Equo e Sostenibile (BES) e per l’attuazione della Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile (SNSvS), nell’ambito degli impegni sottoscritti dall’Italia con l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite.

Le attività di “Benessere Italia”, un progetto fortemente voluto dal Presidente del Consiglio Conte, puntano a diffondere l’attitudine al benessere a tutti gli stakeholder di rilievo nazionale e internazionale, non soltanto all’interno del perimetro delle Pubbliche Amministrazioni ma coinvolgendo anche il mondo imprenditoriale, della ricerca e del terzo settore.

Il 20 gennaio 2020 il Presidente Conte è intervenuto, presso la sede del Consiglio Nazionale dell’Economia e del Lavoro (CNEL), alla presentazione delle linee programmatiche della Cabina di Regia, presieduta da Filomena Maggino, alla presenza di rappresentanti delle principali aziende italiane private e pubbliche e del mondo accademico.

La Cabina, tra le tante azioni, si pone nell’ottica di promuovere politiche per migliorare le condizioni di vita (definite da risorse, standard di vita, salute, accessibilità, *capabilities*, ecc.). Pongono al centro la persona e mirano alla promozione di stili di vita sani, alla definizione di tempi di vita equilibrati, alla progettazione di condizioni di vita eque, alla promozione di azioni finalizzate allo sviluppo umano, all’*active aging* e alla formazione continua.

Prima di realizzare una politica pubblica è sempre necessario studiare gli obiettivi, metterli a fuoco, studiare poi ogni aspetto dei mezzi per raggiungere quegli obiettivi nella consapevolezza che viviamo la dimensione della complessità, che non è facile quindi individuare l’obiettivo e gli strumenti più idonei per raggiungere quell’obiettivo.

Compiti e funzioni della Cabina di Regia Benessere Italia

Istituita con DPCM dell’11 giugno del 2019, la Cabina di Regia “Benessere Italia” assicura supporto scientifico al Presidente del Consiglio dei Ministri nel coordinamento delle politiche del governo in materia di qualità della vita e dello sviluppo sostenibile (BES) e la SNSvS in rispetto all’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite.

La Cabina di Regia svolge:

- *Attività di consultazione*
 - recepisce le tematiche, le problematiche e le soluzioni scientifiche più attuali mediante incontri con i portatori di interesse nazionali e internazionali.
 - Favorisce e coordina gli incontri con le varie commissioni (intergruppo parlamentare sullo sviluppo sostenibile, Commissione Affari esteri), al fine di valutare *ex ante* la politica da realizzare.
- *Attività di coordinamento*
 - orizzontale: coordina nel tavolo della cabina i vari ministeri con i soggetti attuatori ed esperti scientifici sulle politiche trasversali e di lungo periodo.
 - verticale: coordina a livello europeo e internazionale le tematiche di riferimento al fine di valutare *ex ante* l'obiettivo da raggiungere con l'atto legislativo e i conseguenti probabili impatti diretti e trasversali.
- *Attività di valutazione*
 - individua e popola gli indicatori per il monitoraggio delle politiche.
 - prepara *report* di valutazione e di efficacia per l'attuazione delle politiche in fase di realizzazione.
 - predispone una *dashboard* per il monitoraggio delle risorse in coerenza con gli obiettivi dati, come riportato più avanti, nel paragrafo Iniziative e sollecitazioni collaterali.
 - monitora l'attuazione delle politiche in collaborazione con gli istituti pubblici di ricerca.

La Strategia della Cabina di Regia si basa sul costruire nuovi strumenti di analisi per attuare le politiche (BES) dotandosi di una nuova organizzazione funzionale per monitorare lo stato di avanzamento delle politiche in coordinamento con gli altri uffici.

L'organismo, riunitosi per la prima volta l'11 luglio 2019, opera quale "organo tecnico-scientifico di supporto al Presidente del Consiglio con finalità di coordinamento istituzionale, politico, strategico e funzionale per l'attuazione delle politiche BES e della SNSvS. Esso è presieduto da un rappresentante nominato dal Presidente del Consiglio ed è composto da un rappresentante designato da ciascun Ministro; nel suo seno opera anche un Comitato di esperti, composto dai Presidenti dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), dell'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) e dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), nonché dal Portavoce dell'Alleanza nazionale italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS) e da 4 esperti nominati dal Presidente del Consiglio.

L'articolo 1 del DPCM istitutivo della Cabina di Regia ne enumera le finalità, tra le quali:

- il coordinamento e il monitoraggio delle attività specifiche dei Ministeri a sostegno delle politiche di benessere e qualità della vita e dello sviluppo sostenibile;
- l'assistenza alle regioni, alle province autonome e agli enti locali sui medesimi temi attinenti allo sviluppo sostenibile;
- la promozione del coordinamento e dell'integrazione di piani, programmi e strategie nazionali e locali che concorrono a vario livello al miglioramento della qualità della vita;
- la promozione, il potenziamento e il coordinamento delle politiche e delle iniziative del Governo per l'attuazione della strategia nazionale, nell'ambito dell'Agenda 2030;
- il coordinamento del processo di armonizzazione degli indicatori di benessere e qualità della vita con gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, al fine di individuare un unico, definito e rappresentativo *set* di indicatori da inserire nel ciclo di programmazione economica;

- la promozione e l’elaborazione di specifiche metodologie e linee guida, la rilevazione e la misurazione degli indicatori di benessere rilevanti per la valutazione della qualità della vita dei cittadini, anche in collaborazione con l’ISTAT;
- il coordinamento e il monitoraggio delle “Agende governative” in tema di benessere equo e sostenibile e di sviluppo sostenibile.

Per la realizzazione di tali finalità, la Cabina di Regia effettua analisi e ricerche, svolge compiti di controllo e monitoraggio, promuove iniziative e azioni specifiche e, in particolare:

- monitora le politiche pubbliche attraverso l’utilizzo di indicatori di benessere e qualità della vita, anche al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi della strategia nazionale;
- assicura ai Ministeri e ai Dipartimenti della Presidenza del Consiglio dei Ministri supporto tecnico-scientifico;
- promuove la predisposizione di sistemi di indicatori di sviluppo sostenibile e qualità della vita su base locale e territoriale;
- collabora con la Conferenza delle regioni e delle province autonome, con l’Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) e con l’Unione delle Province d’Italia (UPI);
- realizza analisi di impatto sugli indicatori del BES di specifiche politiche ministeriali in relazione alla sostenibilità sociale, economica e ambientale sia in ambito nazionale che locale, indicando eventuali interventi di coordinamento o di miglioramento;
- coopera con gli uffici della Presidenza del Consiglio dei Ministri e le direzioni ministeriali per promuovere, negli specifici ambiti di competenza, politiche orientate alla tutela della qualità della vita;
- richiede dati e informazioni a soggetti pubblici e privati ai fini del monitoraggio dell’attuazione delle politiche di qualità della vita e della SNSvS;
- promuove iniziative anche di confronto tecnico-scientifico con istituzioni sovranazionali;
- esprime pareri non vincolanti, propone raccomandazioni e predispone eventuali disegni di legge, in collaborazione con gli Uffici della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la promozione e il perseguimento degli obiettivi delle politiche di qualità della vita e sviluppo sostenibile.

I suddetti compiti della Cabina di Regia in tema di coordinamento delle politiche e delle iniziative del Governo per l’attuazione della strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile nell’ambito dell’Agenda 2030 si intersecano con quanto previsto dalla Direttiva del 2018 con riferimento alle funzioni della Commissione nazionale per lo sviluppo sostenibile che, a sua volta, ai sensi dell’articolo 2, comma 3, del citato DPCM, ha facoltà di avvalersi della Cabina di Regia “per quanto di competenza”.

Linee programmatiche: le cinque macro-aree

Rigenerazione equo sostenibile dei territori, mobilità e coesione territoriale, transizione energetica, qualità della vita, economia circolare: sono queste le cinque macroaree in cui si sviluppano le linee programmatiche della Cabina di Regia “Benessere Italia” presentate dal Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, e dalla Presidente della Cabina di Regia, Filomena Maggino, il 20 gennaio 2020 presso la sede del CNEL, alla presenza di rappresentanti delle principali aziende italiane private e pubbliche e del mondo accademico. “Prima di realizzare una politica pubblica è sempre necessario studiare gli obiettivi, metterli a fuoco, studiare poi ogni aspetto dei mezzi per raggiungere quegli obiettivi nella consapevolezza che viviamo la dimensione della complessità, che non è facile quindi individuare l’obiettivo e gli strumenti più idonei per raggiungere quell’obiettivo” ha dichiarato il Presidente Conte nel suo intervento al

CNEL, “proprio questo lavoro di analisi, di ricerca, di confronto, ma anche di ascolto è un pò la vocazione della Cabina di Regia”.

Nello specifico, la Cabina di Regia si pone di raggiungere gli obiettivi indicati di seguito.

Rigenerazione equo sostenibile dei territori

L’obiettivo di questa linea strategica è quello di promuovere politiche di valorizzazione del patrimonio pubblico edilizio esistente a livello nazionale in aree urbane, extra-urbane e interne al fine di favorire la crescita dell’inclusione sociale, del benessere e della vivibilità delle città mediante interventi normativi che favoriscano l’ammodernamento del patrimonio dal punto dell’adeguamento sismico, idrogeologico, energetico e con la dotazione di infrastrutture verdi e digitali e la definizione di nuove forme dell’abitare (il territorio).

Una particolare attenzione è dedicata alla promozione e alla incentivazione della sostituzione edilizia intelligente con demolizione e ricostruzione attraverso la valutazione del loro impatto sia in termini di investimento che di ritorno sociale.

Ripensare alle città e al modello di convivenza civile è sempre stata una necessità che popoli e governanti hanno posto come priorità per il benessere della collettività: dal concetto di città, di urbanizzazione, di allargamento delle frontiere, di *smart city* e ancora di società intelligente. Un concentrato di valori che dalla *polis* greca fino a noi ha sottolineato l’importanza di creare le condizioni atte a tutelare e a promuovere l’uomo e la sua salute. Un *humus* culturale fiorente che ha dato origine al concetto di *habitat*, trasformando il concetto di sopravvivenza a benessere e che oggi noi traduciamo e decliniamo in termini di servizi e vivibilità. Nella società dei servizi infatti il concetto di luogo e di spazio rappresentano variabili che molte volte sembrano essere superflue allo sviluppo dell’uomo e della sua formazione.

Su questo fronte la Cabina di Regia “Benessere Italia” ha deciso di ripensare il modello di sviluppo della persona ripartendo dalla particella primaria dello sviluppo della società intesa come comunità, ossia i territori intesi non solo come entità geografiche, ma come realtà complesse in cui economia, lavoro e *urban design* devono trovare nuove formule per la creazione del concetto di “vita” declinata nel lavoro, nella socialità, nella produzione del valore.

Una sostenibilità che non si limita a riconoscere e a riformulare i limiti oggettivi dell’ingegno umano nei confronti del sistema societario e del suo sviluppo a scapito di materiali finiti o di altre specie, ma la riqualificazione di un capitalismo di stampo sociale, equo in cui ricchezze e servizi possano essere algoritmo del benessere dell’individuo nei confronti del suo *habitat*. Occorre dunque una intelligenza cosciente orientata al benessere al fine di creare condizioni favorevoli allo sviluppo umano poiché in mancanza prevarranno logiche disomogenee.

Il passato come il presente ha ridisegnato la comunità ripartendo proprio dall’idea di territorio percepita come entità esistenziale in cui l’essere umano opera: l’ufficio e l’abitazione *in primis*.

L’obiettivo della Cabina si delinea nella ricerca della costruzione di un modello socioeconomico capace di coniugare una nuova visione attraverso l’utilizzo dell’intelligenza artificiale: un paradigma inedito in cui la visione pubblica e privata trovano sinergia e modello nei luoghi della produzione del capitale umano ed economico.

Da qui quindi l’operatività di riscontrare modelli passivi e ripensarli in soggetti attivi e intelligenti in cui la sostenibilità intesa solo di natura ambientale possa essere anche allargata e matrice di efficienza e produttività per le unità a essa collegate.

Un modello abitativo funzionale che desidera riconsiderare quindi la città nell’insieme più intimo della sua essenza: ripartire non dalle fondamenta di un edificio o la sua ristrutturazione intesa come *incipit* di modernità, ma come modello attivo e intelligente di socialità collettiva.

Nell’ottica esposta, la Cabina di Regia, attraverso un tavolo permanente, ha dato vita a una visione d’insieme con le maggiori corporate del sistema Italia per la creazione e l’individuazione

di oltre venti siti di sviluppo: *hub* intelligenti in cui la creazione del servizio è connesso alla condivisione di sistema tra soggetto operante e struttura.

Mobilità e coesione territoriale

Attraverso questa linea strategica, la Cabina di Regia si pone l'obiettivo di coordinare interventi legislativi finalizzati a contrastare i fenomeni di abbandono, di degrado sociale e ambientale delle periferie e delle aree interne del Paese. La mobilità delle persone, delle cose, delle informazioni, anche attraverso la digitalizzazione dei processi produttivi e del *welfare*. Promossa in maniera adeguata e rispettosa, rappresenta uno degli strumenti più importanti al fine di una maggiore coesione dei territori per l'equa distribuzione dell'abitare di qualità, l'equa promozione della qualità della vita, la conservazione e valorizzazione delle identità dei territori.

Il concetto di trasporto e di mobilità ha da sempre rappresentato una necessità individuale strategica per lo sviluppo produttivo di una società che sia essa un centro abitato o semplicemente una comunità con una propria identità legata a un territorio.

Nell'evoluzione storica il concetto di mezzo di trasporto ha sempre plasmato la visione del progresso globale, modificando e avvalorando il nostro sviluppo come essere umani e come entità economiche produttrici di valore condiviso proprio con l'area geografica di riferimento, la comunità si autoalimenta e progredisce.

Com'è noto, a partire dalla rivoluzione industriale il ruolo della mobilità delle persone e delle merci ha significativamente modellato la società sia in termini di urbanizzazione delle città che di servizi a essa connessi, evidenziando nel corso degli anni anche i limiti di una mobilità di massa incontrollata, priva di norme di sicurezza e sostenibili per il benessere delle persone in tali contesti, poiché il pensiero dominante era funzionale alla produzione di cose e poneva l'essere umano come segmento servente a questo obiettivo.

La Cabina di Regia, su tale riflessione, ha avviato un duplice percorso legato in primo luogo al concetto di mobilità come servizio al cittadino e in secondo luogo come attività di monitoraggio e di ascolto territoriale per contrastare il possibile degrado sociale e ambientale delle periferie e delle aree interne del Paese.

Tale percorso è stato costruito con molteplici attività di coordinamento e di ascolto delle realtà leader nel settore in Italia con l'obiettivo principale di rilevare un'equa e funzionale distribuzione dell'abitare di qualità, l'equa promozione della qualità della vita, la conservazione e la valorizzazione delle identità dei territori, e, come obiettivo secondario, l'analisi e la riflessione sui nuovi modelli di mobilità urbana: dal *delivery* per quanto riguarda le merci, allo spostamento individuale attraverso la micro-mobilità.

La mobilità intesa come coesione territoriale sarà frutto di un coordinamento ampio e inclusivo, in cui la cittadinanza è parte attiva e predispone l'esigenza di una cultura del servizio territoriale integrato e di valore non solo per la comunità, ma per l'intera area vasta di riferimento, confrontando e valutando le migliori soluzioni senza cancellare o rimodulare l'*habitat* quotidiano e lavorativo.

Transizione energetica

In un'epoca di ampio sviluppo di soluzioni energetiche diverse, prodotte da fonti alternative, la Cabina di Regia intende avviare la definizione di una politica che sia orientata alla promozione e agevolazione per l'utilizzo di fonti energetiche appropriate, adeguandole alla loro tipologia di utilizzo e alla loro diversificazione.

Il tema della transizione energetica rappresenta una delle *best practice* del mercato 5.0. Su tale scenario la Cabina desidera approfondire, attraverso le maggiori *corporate* non solo italiane ma anche internazionali, la crescita e l'evoluzione dell'utilizzo delle varie risorse energetiche.

Energia significa progresso, sviluppo, cambiamento ed è la testimonianza primaria del fondamento evolutivo dell'uomo e del suo benessere fin dai tempi della scoperta del fuoco e del suo utilizzo. Oggi come ieri, nel corso del XIX e XX secolo, tale risorsa ha avuto molteplici impieghi, connotando in sé non solo nuove sfaccettature quali progresso, sostenibilità ed economia circolare, ma rappresentando in maniera sempre più evidente uno dei maggiori fattori di instabilità globale e di termometro delle relazioni internazionali.

Il tema delle riserve e dell'accesso alle fonti energetiche ha sempre rappresentato fin dai tempi della prima rivoluzione industriale uno degli ambiti strategici primari per la supremazia prima bellica e poi sociale delle nazioni. Su tale dinamica infatti la storia ha lasciato indelebili macchie che ancor oggi evidenziano ferite aperte in conflitti e scontri civili.

Al momento, grazie all'utilizzo dell'intelligenza artificiale e alla scoperta di fonti energetiche alternative e allo stesso tempo complementari, si è dato corso a una nuova "Borsa dell'Energia" in cui il valore dei materiali finiti e degli idrocarburi hanno un peso diverso per quanto riguarda l'efficientamento, l'impiego nella vita quotidiana e nello sviluppo industriale.

Tale riflessione scaturisce infatti dalla consapevolezza dei seguenti fattori: aumento della popolazione mondiale, aumento delle distanze tra luoghi abitati e attività produttive, *in primis* sul versante della produzione agricola, rimodulazione del mercato legato alla filiera petrolifera all'indomani delle nuove micromobilità e sviluppo di modelli legati alla *sharing economy* soprattutto sul versante dell'automobilismo e del trasporto di merci e ancora il tema dell'efficienza energetica legata all'innovazione e all'intelligenza artificiale sui posti di lavoro e nelle abitazioni.

Qualità della vita

Nel perseguimento del benessere del Paese vi sono due grandi aspetti da conciliare, quello comunitario (perseguito in termini di coesione sociale, territoriale, ecc.) e quello individuale che è declinato in termini di qualità della vita. In questa prospettiva la Cabina si pone nell'ottica di promuovere politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita, ampliando l'orizzonte in plurale, partendo da "qualità" arrivando a "le qualità" ovvero le diverse qualità esterne alla persona funzionali e plastiche alla creazione della "qualità della vita" stessa (es. da risorse, standard di vita, salute, accessibilità, *capabilities*, ecc.).

Le politiche definite pongono al centro la persona e mirano alla promozione di stili di vita sani, alla definizione di tempi di vita equilibrati, alla progettazione di condizioni di vita eque, alla promozione di azioni finalizzate allo sviluppo umano, all'*active aging*, alla formazione continua.

Economia circolare

La Cabina di Regia vuole implementare la promozione di un modello di economia circolare che derivi da un nuovo paradigma di crescita orientato non solo alla generazione di rendimenti economici, risparmio ed efficienza capaci di aggregare flussi di capitali e di persone, ma anche alla creazione di un impatto sociale positivo e condiviso. Le politiche promosse per questa linea strategica sono finalizzate non solo alla ottimizzazione dei processi di produzione, ma anche alla valorizzazione e diffusione in termini di benessere dei cittadini e delle comunità.

Valutazione di *best practice*

L'obiettivo della Cabina può essere perseguito solo attraverso la valorizzazione delle *best practice* presenti nel territorio nazionale e con la definizione e la realizzazione di una attività di valutazione delle politiche.

Sin dalla sua nascita, la Cabina ha svolto (e continua a svolgere) una vera e propria attività di *audit*, che l'ha resa un luogo in cui presentare e valorizzare attività e esperienze di realtà, pubbliche e private, provenienti da tutto il territorio nazionale. Nonostante spesso fossero diverse per natura, tutte queste attività sono accomunate dall'obiettivo di voler migliorare la qualità della vita e il benessere dei cittadini. La Cabina ha permesso di mettere a sistema queste *best practice*, creando canali di comunicazione fra realtà che altrimenti non avrebbero avuto modo di comunicare fra loro (es. un gruppo specializzato nella valutazione di impatto e un'azienda che opera nel settore idrico). Al tempo stesso, questa attività di *auditing* ha permesso di evidenziare anche problematiche e criticità che caratterizzano aree specifiche del nostro territorio. L'ascolto del sistema Paese ha permesso di costruire un quadro sempre più particolareggiato dei punti di forza e dei punti di debolezza del territorio, permettendo così di avere una visione privilegiata rispetto a possibili aree di intervento.

Questa attività, oltre a creare una rete di contatti sull'intero territorio nazionale, ha messo a disposizione della Cabina un enorme patrimonio informativo. Un simile bagaglio di informazioni che può rappresentare un utile supporto per la definizione e la valutazione di politiche che siano effettivamente rispondenti alle esigenze del benessere dei cittadini e dei territori in cui vivono. Si tratta di una questione ormai da anni al centro del dibattito pubblico, caratterizzato dalla sempre maggiore attenzione al tema della qualità della vita, come per esempio testimoniato dall'introduzione, con la Legge 163/2016, di un *set* di indicatori facenti parte del *framework* del Benessere Equo e Sostenibile (BES). Oggi ben 12 indicatori vengono presi in considerazione, facendo sì che, di fatto, il benessere equo e sostenibile dei cittadini entri nel processo di definizione delle politiche economiche. Molto si è già fatto quindi. Ma molto resta ancora da fare. Per questo motivo, l'attività della valutazione dell'impatto delle politiche pubbliche è stata messa al centro dell'attività di "Benessere Italia".

Gli studi sulla valutazione di impatto vantano ormai una lunga tradizione; tuttavia, la definizione di impatto presenta una serie di criticità. La definizione cambia, infatti, in funzione dei diversi contesti territoriali in cui ricadono i suoi effetti (si parla, così, di impatto locale, regionale, nazionale, internazionale, ecc.) ed è inoltre resa problematica dall'impossibilità, spesso, di definire livelli socioeconomici standard per una comunità nel suo insieme. Quest'ultimo aspetto è legato, come è facile intuire, alla forte differenziazione delle condizioni sociali ed economiche all'interno di una stessa comunità locale o fra comunità differenti per condizioni storico-sociali o culturali. Questa problematica connota in maniera chiara e indiscutibile l'Italia, da sempre caratterizzata da forti differenze nel territorio, che, se da un lato, costituiscono una ricchezza, dall'altro spesso assumono un significato negativo, traducendosi in un sistema di disuguaglianze che trova la sua sintesi nel cosiddetto Nord-Sud *gap*. Gli abitanti di comunità differenti esprimono molte volte bisogni e necessità differenti: le esigenze degli abitanti di Trento saranno sicuramente molto differenti da quelle espresse dagli abitanti di Bari.

Cercando di partire da una definizione condivisa il più possibile, possiamo dire che per impatto intendiamo gli effetti, sia previsti che imprevisi, di una politica di intervento pubblico in riferimento a programmi o progetti, identificandone i fattori di successo e insuccesso. Gli effetti sono valutati in merito ai risultati che la politica si è prefissata per verificarne il raggiungimento e i fattori che hanno contribuito al suo successo o insuccesso, anche al fine di eventuali azioni correttive e/o dell'avvio di nuove politiche, contribuendo all'azione che il decisore pubblico conduce.

La valutazione delle politiche viene effettuata prendendo in considerazione gli effetti che queste ultime hanno sulla qualità della vita dei cittadini, usando come riferimento i diversi indicatori facenti parte dei 12 domini attraverso cui viene misurato il BES. A prescindere dagli obiettivi specifici che un determinato intervento pubblico possa avere, infatti, i suoi effetti possono impattare anche su altri aspetti della realtà e, in generale, devono sempre essere finalizzati al raggiungimento dello scopo ultimo, il miglioramento del benessere e della qualità della vita.

Una valutazione d'impatto deve, quindi, fornire informazioni sugli effetti prodotti da un intervento, siano essi positivi o negativi, previsti o non previsti, diretti o indiretti. Entrando nello specifico dell'attività della Cabina, possiamo individuare le indicazioni che una valutazione di impatto deve fornire, cosa che ci permette anche di "operativizzare" il concetto:

- *Efficacia della politica di intervento.* In termini generali, valutare l'efficacia vuol dire analizzare se la politica è stata in grado di raggiungere gli obiettivi prefissati. Nello specifico campo di attività della Cabina, una politica sarà efficace se avrà effetti sul miglioramento del benessere dei cittadini e la sua efficacia sarà tanto più elevata quanti più domini del BES ne saranno positivamente influenzati.
- *Efficienza della politica di intervento.* In termini generali, valutare l'efficienza di una politica vuol dire concentrarsi sul rapporto tra risultati conseguiti e risorse impiegate. L'obiettivo finale dovrebbe essere quello dell'economicità dell'intervento: il raggiungimento del massimo risultato con il minor impiego di risorse possibile. Si tratta di una questione assolutamente di fondamentale rilevanza in un periodo, come questo, di scarsità di risorse economiche. Questo obiettivo, che sembra semplice e di immediata realizzazione, si complica se lo inseriamo all'interno della generale valutazione delle politiche sociali, e nello specifico di quelle a sostegno e miglioramento del benessere degli individui. Non sempre, infatti, una politica di intervento pubblico è economicamente efficiente (es. treno, servizio pubblico di mobilità). Il limite è analizzare le politiche alla luce della sola efficienza economica. Occorre, infatti, partire da una prospettiva che potremmo definire "sociale": una politica pubblica, in questa nostra prospettiva, sarà tanto più efficiente quanto più permetterà di aumentare il benessere e la qualità della vita degli individui attraverso interventi che minimizzino lo spreco di risorse economiche.
- *Sostenibilità della politica di intervento.* In termini generali, valutare la sostenibilità di una politica vuol dire analizzarne la capacità di produrre effetti duraturi nel tempo. Nell'ambito specifico della valutazione di impatto svolta dalla Cabina, una politica sarà tanto più sostenibile quanto migliori saranno i suoi effetti, sia a breve che a lungo termine, sul piano ambientale, sociale ed economico.

Come anticipato in precedenza, la valutazione dell'impatto di una politica pubblica di intervento, in termini di efficacia, efficienza e sostenibilità, è realizzata utilizzando come riferimento concettuale e operativo i domini e gli indicatori del BES. Questo rende fondamentale affrontare la questione della misurazione dell'impatto.

Tradizionalmente, la misurazione degli impatti avviene quasi sempre tenendo conto esclusivamente di fattori economici: si pensi per esempio all'analisi "Costi-Benefici", che usa notoriamente come unità di misura la moneta. Appare tuttavia evidente, alla luce di quanto detto in precedenza, che una "semplice" analisi degli impatti basati sull'approccio costo-beneficio non può essere considerata soddisfacente, specie se vogliamo valutare gli effetti sulle popolazioni impattate da una politica. Risulta ormai assodato che le valutazioni debbano andare oltre criteri misurabili (esclusivamente) in termini monetari, perché il benessere di una popolazione non corrisponde al "benessere economico". Per misurare correttamente l'impatto occorre quindi

uscire dall'ottica del mero merito economico, considerando anche indicatori di carattere sociale e ambientale (ovvero "le altre qualità"). In questo l'Italia è indubbiamente all'avanguardia, avendo a disposizione uno strumento di misurazione già pronto a questo scopo, il BES appunto.

Condicio sine qua non di ogni valutazione è avere a disposizione indicatori che permettano di descrivere il contesto in cui si inserisce la politica di intervento. Naturalmente, l'approccio deve essere multi-indicatore, cioè prevedere diversi indicatori di diversa natura; infatti, a differenti indicatori corrispondono differenti effetti. La valutazione consiste nella raccolta sistematica di informazioni sull'insieme di attività, caratteristiche e risultati dei programmi, finalizzata alla riduzione del tasso d'incertezza, al miglioramento dell'efficacia e all'assunzione di decisioni su quello che i programmi stanno facendo.

L'obiettivo della Cabina è quello di mettere a punto una logica procedurale che permetta di valutare una politica in tutte le sue fasi di realizzazione:

- prima del suo avvio concreto, al fine di rilevarne l'adeguatezza rispetto all'obiettivo del miglioramento del benessere degli individui (valutazione *ex ante*);
- durante la realizzazione, per verificarne l'andamento (valutazione *in itinere*);
- a conclusione dell'intervento, con lo scopo di valutarne gli effetti finali (valutazione *ex post*).

Il nuovo paradigma sul quale si sviluppa il paradigma scientifico della Cabina è di non considerare queste analisi in modo distinto (come viene fatto fino a oggi); al contrario considerarle come parti di un approccio più generale e onnicomprensivo che permetta di valutare in modo esaustivo gli effetti delle politiche pubbliche finalizzate. Le fasi caratterizzanti un processo di valutazione d'impatto di un intervento sono così identificate:

- la scelta della tecnica;
- la misurazione dei costi per i destinatari e per il contesto generale;
- la misurazione dei benefici per i destinatari e per il contesto generale;
- la valutazione tramite un determinato criterio (suggerito dalla tecnica).

Una volta scelta la tecnica, l'analisi prevede (anche attraverso l'utilizzo di *big data* e intelligenza artificiale) gli effetti legati alla realizzazione della politica e consente di valutarne l'impatto atteso sui destinatari, cioè di misurare i suoi effetti in termini di vantaggi e svantaggi (natura predittiva).

Piattaforma Benessere Italia

Dal febbraio del 2020 è ufficialmente online la Piattaforma della Cabina di Regia "Benessere Italia". Questo favorisce la massima sinergia con tutti gli stakeholder, attori protagonisti coinvolti, al fine di trovare una sede comune, un luogo per confrontarsi, per dialogare, per manifestare anche la diversità di vedute, arricchirsi reciprocamente, definendo gli strumenti migliori per realizzare e perseguire gli obiettivi della Cabina: sostenere, potenziare e coordinare le politiche e le iniziative del Governo italiano per il BES e per l'attuazione della SNSvS nell'ambito degli impegni sottoscritti dall'Italia con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite.

Alla Piattaforma accedono solo i soggetti accreditati come stakeholder della Cabina di Regia "Benessere Italia". Le credenziali infatti vengono inviate dalla segreteria della Cabina alle realtà accreditate. Ogni stakeholder può accedere e successivamente creare le proprie credenziali di accesso.

All'interno della piattaforma l'utente sceglie gli ambiti di competenza e inserisce i dati richiesti per il riconoscimento della realtà accreditata. Ultimata questa fase l'utente è accreditato alla piattaforma. All'interno della Piattaforma ciascun stakeholder può visionare le ultime *news* della

Cabina, vedere le convocazioni relative al suo ambito, accedere alla consultazione dei materiali, caricare proposte progettuali e contributi.

La piattaforma permette a tutti gli accreditati di:

- 1) essere informati sulle attività della Cabina di Regia “Benessere Italia”;
- 2) essere convocati e partecipare alle riunioni;
- 3) condividere progettualità e proposte;
- 4) avere contributi e suggerimenti dagli esponenti del comitato scientifico sulle progettualità caricate e condivise.

La piattaforma desidera essere lo strumento operativo per la Cabina di Regia “Benessere Italia” e rappresenta in termini digitali la composizione e le modalità di lavoro in modalità *offline* dell’ente stesso. Attualmente sono accreditati tutti i fiduciari ministeriali, i membri del comitato scientifico e oltre 300 stakeholder esterni rappresentanti di eccellenze e *best practice* italiane.

Incontri con stakeholder

Gli incontri con i soggetti esterni all’amministrazione (stakeholder) sono stati numerosi e sempre positivi, avendo gli stessi condiviso da subito la visione che la Cabina di Regia “Benessere Italia” propone per il Paese, una visione, a detta degli stessi stakeholder, che sintetizza quelle parziali che ognuno riesce a costruire e motiva chiunque voglia contribuire alla prosperità del Paese all’interno di una visione armonica e sistemica, come quella che propone la Cabina stessa.

Si contano circa 400 stakeholder, di cui:

- una decina di fondazioni e loro organizzazioni;
- 13 istituti pubblici di ricerca;
- agenzie internazionali (OCSE, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico; ONU, Organizzazione Nazioni Unite; EEA, *European Economic Area*; ambasciate, ecc.);
- una decina di aziende della filiera agro-alimentare;
- una decina di organizzazioni finanziarie (Consob, Commissione Nazionale per le Società e la Borsa; ABI, Associazione Bancaria Italiana, ecc.);
- più di 20 aziende (pubbliche e private) impegnate nel settore delle fonti energetiche;
- più di 20 aziende (pubbliche e private) impegnate nel settore della mobilità e della logistica;
- più di 10 aziende (pubbliche e private) impegnate nel campo delle infrastrutture tecnologiche (big data, intelligenza artificiale, ecc.);
- una decina di organizzazioni pubbliche impegnate nel campo della valutazione e della certificazione (UNI, Ente nazionale italiano di unificazione, ecc.);
- una decina di grandi aziende impegnate nel settore sanitario e farmaceutico;
- aziende pubbliche e private impegnate a perseguire economia circolare e oltre 25 iniziative presentate nel campo dell’economia verde e sostenibile;
- una sessantina di soggetti impegnati in azioni e progettualità puntali sul campo;
- aziende e organizzazioni impegnate nel settore del turismo e della ristorazione;
- una quindicina di agenzie e aziende impegnate nel settore della comunicazione a livello nazionale.

Le officine

Nell'epoca della globalizzazione il concetto di economia circolare è diventato un modello produttivo determinante per la creazione del valore condiviso, per la redistribuzione della ricchezza, dei servizi, dell'accessibilità e dell'impatto sociale. La Cabina di Regia "Benessere Italia" desidera su questo modello attuare una serie di iniziative di natura pubblica con vocazione privata in vista delle prossime sfide e obiettivi dell'Agenda 2030 attraverso la costituzione di una serie di "officine" di lavoro:

- Intelligenza artificiale, Infrastrutture Tecnologiche e *Big Data*.
- Mobilità, logistica e coesione territoriale.
- Valorizzazione strutture culturali e turistiche, *brand* nazionale e recupero identità.
- Servizi territoriali per la persona.
- Aree marginali e benessere equo sostenibili.
- Acqua Servizi Ecosistemici e Capitale Naturale.
- Alimentazione.
- Formazione permanente.
- Rapporti Cittadini e Amministrazione.
- Determinanti della transizione.
- Valutazione delle politiche *ex-ante* e *ex-post*.

Nell'epoca della globalizzazione e nel contesto *post* COVID-19, l'uomo all'interno della rivoluzione digitale e della costante distruzione creativa del lavoro si trova spaesato e abbandonato da un sistema produttivo asettico e privo di *input* che possa coinvolgerlo in maniera attiva nella vita della società.

Una visione realistica che ha necessità di un nuovo linguaggio, un metodo innovativo e di contenuti capaci di accendere quella coscienza critica intenta a far comprendere meglio la nuova stagione economico-produttiva in cui al centro della domanda è l'uomo stesso e le sue idee.

La Cabina di Regia "Benessere Italia" è concorde nel considerare l'intelligenza artificiale come un'insostituibile opportunità per coniugare, con un approccio olistico, l'implementazione della produttività del lavoro, della prosperità economica, sociale e culturale e dello sviluppo sostenibile, contrastando povertà, disuguaglianze, *gap* generazionali: per questo intende sollecitare interventi sul piano normativo e politico, avanzando proposte e progettualità.

Educazione, inclusione, responsabilità e impatto della tecnologia su ambiente e qualità della vita. Sono i temi chiave del connubio tra digitale e sviluppo sostenibile.

Una particolare officina riguarda, come detto, la valutazione delle politiche. Dato il suo obiettivo (la valutazione di impatto delle politiche in termini di benessere) l'attività svolta da questa Cabina si configura come trasversale e di supporto all'attività non solo delle altre officine che fanno capo alla Cabina, ma anche, e soprattutto, a sostegno dell'attività della Presidenza del Consiglio. L'officina vede, infatti, il coinvolgimento di esperti sul tema provenienti dai principali enti pubblici di ricerca – sono già stati avviati i contatti con ISTAT, CNR, l'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA), l'ISPRA e l'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP) –, di accademici – sono coinvolti al momento esperti provenienti dall'università Sapienza di Roma, dalle università di Ferrara, di Roma Tor Vergata, di Genova e di Milano Bicocca – e dei Ministeri – in particolare, è stata avviato un dialogo con il Dipartimento per la Programmazione e il coordinamento della Politica Economica (DIPE), che si concretizzerà a breve con una collaborazione, oltre che con gli uffici studi di Camera e Senato. L'officina intende, inoltre, realizzare *report* periodici (anche su richiesta specifica) per il Presidente del Consiglio su temi di particolare interesse (es. lavoro, povertà), mettendo a sistema quanto già fatto in questi mesi di attività dalla Cabina.

Durante l'emergenza COVID-19

La Cabina di Regia ha coordinato, insieme alla Protezione Civile, la raccolta fondi “Insieme per fermare il Covid” promossa dall'ANCI, dallo *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF Italia) e dall'Automotoclub Storico Italiano (ASI).

La campagna ha ottenuto prestigiosi appoggi e adesioni da parte di molti soggetti istituzionali, a partire dal Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita (CNBBSV) (presidente Prof. Andrea Lenzi), dal Parlamento italiano con i coordinatori di:

- intergruppo Spazio (Niccolò Invidia);
- intergruppo Innovazione (Niccolò Invidia);
- sviluppo sostenibile (Chiara Braga).

Ha inoltre ricevuto sostegno dall'Associazione Italiana Collaboratori Parlamentari (AICP) (Presidente Josè de Falco), dal direttore dell'associazione Transizione Ecologica Solidale (TES) (Michele Fina), ecc.

Tutti hanno dato ulteriore impulso a questa importante iniziativa.

Iniziative e sollecitazioni collaterali

Richiamo della Corte dei Conti

Nella sua Relazione sul Rendiconto generale dello Stato del 2018 (Relazione in udienza del Presidente di coordinamento delle Sezioni riunite in sede di controllo, Ermanno Granelli) il Presidente della Corte dei Conti Angelo Buscema afferma che “auspicabilmente, nei prossimi anni dovrebbe portare a una lettura del Rendiconto volta a misurare la coerenza della gestione con i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) che rappresentano il piano di azione globale per sradicare la povertà, proteggere il pianeta e garantire la prosperità”.

Nella stessa Relazione si dice altresì, in riferimento al Rendiconto collegato all'Agenda 2030 adottata nel 2015 dall'Assemblea generale dell'ONU, “è proprio in tale ambito, che richiede a tutte le istituzioni nazionali di concorrere con interventi coerenti e adeguati, che va letta la maggiore attenzione alle politiche di spesa nel settore dell'ambiente”.

L'istituzione della Cabina di Regia “Benessere Italia”, e in particolar modo la sua attività di valutazione, si pone in linea con quanto si afferma anche in relazione alla rendicontazione dello Stato.

Riforma del CIPESS

Il Parlamento, in sede di conversione del DL 111/2019 (c.d. decreto clima), articolo 1-bis, ha disposto che il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) assuma, a decorrere dal 1° gennaio 2021, la denominazione di Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (CIPESS). La *ratio* del provvedimento si inserisce nel quadro della sperimentazione di nuove forme di programmazione degli investimenti pubblici in un approccio multidimensionale.

Infine, nell'architettura dell'amministrazione centrale, la Cabina di Regia “Benessere Italia”, come emerso in una riunione con il DIPE il 30 giugno 2020, si pone come presidio per l'orientamento delle politiche e la valutazione delle spese in riferimento all'*outcome*, considerato comune a qualunque azione, definito in termini di benessere equo e sostenibile.

Comitato della III Commissione Affari esteri per l'attuazione dell'Agenda 2030

Per completare il quadro degli attori istituzionali e degli strumenti coinvolti nel processo di attuazione, monitoraggio e verifica degli SDG, nel dicembre 2018 è stato istituito, come già ricordato, in seno alla Commissione Affari esteri della Camera, ai fini dell'attuazione dell'Agenda 2030, il Comitato permanente sull'attuazione dell'Agenda 2030 e gli obiettivi di sviluppo sostenibile, con il compito di proseguire le attività istruttorie dell'indagine conoscitiva deliberata dalla medesima Commissione in ordine ai profili dell'azione internazionale dell'Italia per l'attuazione dell'Agenda 2030 e alla verifica dell'efficacia del quadro normativo nazionale e del sistema italiano di cooperazione.

L'indagine è stata deliberata all'unanimità, nei primi mesi della XVIII Legislatura, il 6 settembre 2018, ai sensi dell'articolo 144, comma 1 del regolamento della Camera dei Deputati. Come si legge nel programma, l'indagine intende mettere a fuoco il contributo del nostro Paese alla realizzazione degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. In continuità con le risultanze delle indagini conoscitive promosse dalla Commissione esteri nelle due precedenti legislature, che si sono avvalse dell'ampia attività istruttoria svolta da comitati permanenti istituiti *ad hoc*, l'indagine intende promuovere una puntuale verifica dell'adeguatezza e dell'efficacia degli strumenti normativi, con riferimento alla riforma della legge n. 49 del 26 febbraio 1987, realizzata con la legge n. 125 dell'11 agosto 2014, delle risorse organizzative e finanziarie poste a disposizione dall'Italia per l'attuazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile, monitorando al tempo stesso, a cinque anni dalla riforma del settore, la funzionalità del sistema italiano di cooperazione allo sviluppo, che trova nell'Agenda 2030 il suo orizzonte di riferimento. L'indagine ha preso avvio nella seduta della Commissione del 21 novembre 2018 e dal 2019 il suo svolgimento è stato affidato al citato Comitato permanente per l'attuazione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, istituito, al pari di altri tre Comitati, all'interno della Commissione (con Deliberazione del 5 dicembre 2018) e definito nella composizione nella seduta del 22 gennaio 2019 (<http://webtv.camera.it/evento/15279>).

Ordini del giorno al Bilancio interno della Camera dei Deputati

Si segnala, inoltre, che il 1° agosto 2019, in sede di discussione del Progetto di bilancio della Camera dei Deputati per l'anno 2019, è stato accolto l'ordine del giorno n. 9/Doc. VIII, n. 4/27 d'iniziativa dell'on. Spadoni che invita, nell'ambito delle rispettive competenze, l'Ufficio di Presidenza e il Collegio dei Questori a considerare l'opportunità di "promuovere una campagna di sensibilizzazione sui temi della sostenibilità così come definita dall'Agenda globale per lo sviluppo sostenibile, attraverso il posizionamento di totem o altri strumenti di comunicazione visiva, che rappresentino, anche in forma interattiva, i 17 obiettivi dell'Agenda 2030". Nella medesima seduta è stato altresì accolto un analogo ordine del giorno 9/Doc. VIII, n. 4/28, d'iniziativa dell'on. Liuzzi, che invita i medesimi organi a valutare l'opportunità di "pubblicare nell'apposita sezione del sito Internet della Camera dedicata ai temi dell'Agenda 2030 i testi dei provvedimenti legislativi e degli atti di indirizzo approvati dalla Camera che abbiano un rilevante impatto sul conseguimento degli obiettivi fissati dall'Agenda medesima". Come si evince anche dalle premesse dei citati atti d'indirizzo, essi muovono dalla consapevolezza di come il perseguimento, entro il 2030, degli ambiziosi obiettivi di sviluppo sostenibile richieda: da un lato, un pervasivo cambiamento culturale nell'approccio ai temi dello sviluppo, tale da modificare le politiche pubbliche, le strategie d'impresa e gli stili di vita, proiettando le scelte politiche, economiche e sociali in un orizzonte di medio periodo sempre più orientato verso il benessere delle generazioni presenti e future e la salvaguardia del pianeta; dall'altro, un forte

coinvolgimento di tutti gli attori sociali e istituzionali (pubbliche amministrazioni centrali e locali, imprese pubbliche e private, società civile e terzo settore, università e centri di ricerca, sino agli operatori della cultura e dell'informazione), tale da mobilitare tutte le energie del Paese verso la definizione di un nuovo modello di crescita sostenibile.

Mozione d'Aula 1/00181 della Camera dei Deputati sui cambiamenti climatici

A tal proposito, si ricorda che nella seduta dell'11 novembre 2019, la Camera dei Deputati ha approvato una mozione di maggioranza in tema di contrasto ai cambiamenti climatici. Nelle more degli impegni al Governo viene espressamente riportata la necessità di potenziamento dell'organico della Cabina di Regia "Benessere Italia". Si riporta di seguito il testo dell'impegno: "attuare la strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile, rendendo pienamente operativa la Cabina di Regia Benessere Italia, istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 giugno 2019, attraverso il potenziamento della struttura in termini di adeguate risorse umane e finanziarie necessarie al perseguimento delle finalità e all'assolvimento dei compiti istitutivi".

Indagine conoscitiva sulle politiche UE per l'attuazione dell'Agenda 2030 presso la XIV Commissione

In ragione della rilevanza assunta dalle politiche per la sostenibilità in ambito europeo, la XIV Commissione politiche dell'Unione europea ha deliberato, nella riunione del 10 dicembre 2019, lo svolgimento di una indagine conoscitiva sulle politiche dell'Unione europea per l'attuazione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. L'indagine è diretta ad approfondire i profili connessi alla formazione e attuazione delle politiche e degli atti dell'Unione europea adottati proprio ai fini della realizzazione degli obiettivi dell'Agenda 2030, sia sul versante delle procedure istituzionali, come nel caso della revisione del "Semestre europeo", sia su quello delle politiche settoriali, al fine di valutare la conformità dell'ordinamento italiano agli obblighi discendenti dalla normativa dell'Unione con specifico riferimento a tale ambito. Data la rilevanza e l'ampiezza dei temi trattati, il termine dell'indagine è fissato al 31 dicembre 2020 (<https://webtv.camera.it/evento/15972>).

Audizione alla XIV Commissione Politiche dell'Unione europea

Nel luglio 2020 si tiene l'audizione alla XIV Commissione Politiche dell'Unione europea su invito della Vicepresidente della Camera, on. Maria Edera Spadoni, sul tema dell'equità di genere come determinante del progresso del Paese e dell'Unione Europea all'interno del concetto di un benessere equo e sostenibile (<http://webtv.camera.it/evento/16613>).

Prospettive

Piano di Rilancio dell'Italia: coordinamento per l'attuazione

Il Piano di Rilancio promosso dal Governo è un progetto coraggioso, lungimirante, che mira a tramutare la crisi in opportunità programmando la ripresa sulla base di un nuovo patto tra le forze

produttive e le forze sociali del nostro Paese, in linea con l'Agenda 2030 e con gli obiettivi strategici definiti dall'Unione europea, ai quali saranno connessi anche i finanziamenti del Quadro Finanziario Pluriennale 2021-2027 e numerosi strumenti finanziari straordinari, tra i quali il piano di intervento *Next Generation EU*.

Il piano di intervento europeo, il *Next Generation EU*, rappresenta una grande opportunità e una grande sfida per il nostro Paese. L'Italia deve farsi trovare pronta all'appuntamento. Questo è il momento di alzare la testa e volgere il nostro sguardo al futuro. Abbracciando questa prospettiva, con coraggio e visione, trasformeremo questa crisi in opportunità.

Tuttavia, per far sì che questa crisi si trasformi realmente in opportunità, occorre una rivoluzione culturale nel processo di elaborazione delle politiche pubbliche per affrontare la sfida epocale che abbiamo davanti. Oggi disponiamo di una sempre maggiore consapevolezza dei rischi della crisi ecologica e sociale in atto. Con una impostazione culturale dominata esclusivamente dalla dimensione economica quantitativa, per di più ispirata al modello economico lineare, non arriveremo mai pronti all'appuntamento con la storia. Abbiamo la necessità di intraprendere con convinzione il percorso verso un nuovo modello di sviluppo integrale, che comprenda tutte le dimensioni del benessere, in grado di esprimere una visione politica di lungo termine per costruire una Italia più equa, più verde, più resiliente.

Per trasformare il Piano di Rilancio in azioni concrete, il nostro Paese deve dotarsi di innovativi strumenti di *governance*, utili a realizzare quel necessario salto di qualità verso il disegno e l'attuazione di politiche che prevengano gli shock futuri, che preparino il Paese alle sfide del futuro già in atto, che promuovano la formazione di nuove competenze, l'innovazione tecnologica, organizzativa e sociale, che proteggano tutte le persone dai rischi derivanti da crisi settoriali o generali come l'attuale, che trasformino il sistema socioeconomico nella direzione di uno sviluppo che promuova il benessere del Paese in modo equo e sostenibile.

L'analisi di altre esperienze internazionali potrebbe essere utile per implementare l'ottica sistemica. Infatti, alcuni Paesi hanno modificato la classificazione della struttura del bilancio pubblico, o introdotto classificazioni parallele per "missioni", così da migliorare il disegno delle politiche settoriali, orientandole a pochi obiettivi realmente strategici, e aumentare la leggibilità dell'azione pubblica rispetto a questi ultimi.

In questa prospettiva, l'Italia può avvantaggiarsi delle esperienze già avviate e consolidate (progetto BES dell'ISTAT, Cabina di Regia "Benessere Italia" della Presidenza del Consiglio, Commissione nazionale per lo sviluppo sostenibile, CIPESS) considerate a livello internazionale esemplari e di riferimento. Inoltre, in Italia è presente una consolidata tradizione scientifica relativa allo sviluppo degli indicatori e delle metodologie adeguate alla loro analisi ma occorre orientarle con maggior efficacia al supporto delle politiche pubbliche.

Proposte più generali

- 1) Potenziamento valutazione indicatori del BES nella legge di bilancio. Revisionare il *set* di indicatori utilizzati al fine di coprire tutti i 12 domini del BES, valutando l'inserimento di nuovi indicatori finora esclusi. Contestualmente, affidare alla Cabina di Regia "Benessere Italia" il compito, precedentemente attribuito all'estinto Comitato per gli indicatori di benessere equo e sostenibile, di selezionare e definire, sulla base dell'esperienza maturata a livello nazionale e internazionale, l'insieme degli indicatori di benessere equo e sostenibile da analizzare nell'apposito allegato al Documento di Economia e Finanza (DEF).
- 2) Valutazione di impatto su piani, programmi e strategie del Governo sugli indicatori del BES. Prevedere l'inserimento nella relazione illustrativa di tutte le iniziative legislative del Governo di una valutazione *ex-ante* (anche qualitativa) dell'impatto atteso sui 17 SDG (e

sui singoli target) e sugli indicatori del BES. “Benessere Italia” potrebbe essere responsabile di questa valutazione, anche per assicurare l’applicazione di una metodologia omogenea di valutazione che armonizzi i diversi sistemi esistenti. A tal fine può avvalersi del supporto dell’ISTAT e del CNEL per l’armonizzazione degli indicatori del BES e degli SDG.

CARICO ALLOSTATICO E RESILIENZA NEI CONTESTI DELL'EDUCAZIONE E DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Marina Risi (a), Giuliana Solinas (b), Carlo Pensavalle (c)

(a) Centro PNEI Cure Integrate, Roma

(b) Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Sassari

(c) Dipartimento di Chimica e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Introduzione

Nel corso della loro evoluzione gli umani hanno da sempre dovuto affrontare sfide di vario genere e grado per la loro sopravvivenza; nell'era moderna queste sfide le chiamiamo *stressor*, vale a dire stimoli in grado di indurre un perturbamento dell'equilibrio fisiologico. Lo studio della fisiopatologia dello stress è relativamente recente; possiamo far risalire le sue origini ai primi decenni del '900 quando Walter Cannon, fisiologo statunitense, pubblicò le sue ricerche sull'omeostasi (Cannon, 1929), termine da lui stesso coniato e che indica la tendenza dell'organismo a mantenere la sua stabilità tramite la costanza di parametri biologici, riprendendo e ampliando il modello della stabilità dell'ambiente interno, proposta da Claude Bernard, considerato come il padre della medicina sperimentale (Bernard, 1878).

Cannon ha anche coniato il termine "attacco o fuga" per descrivere la risposta di stress, ma nella sua visione la reazione era da considerare esclusivamente come un automatismo, mediato dal braccio simpatico del sistema neurovegetativo, che attiva la produzione di catecolamine (adrenalina e noradrenalina) nella midollare surrenale. Solo qualche decennio dopo, soprattutto a partire dagli studi pionieristici di Han Selye verrà inclusa la descrizione del braccio neuroendocrino dell'asse dello stress, l'asse ipotalamo-ipofisi-corteccia surrenale o *Hypothalamic-Pituitary-adrenal Axis* (HPA) (Selye, 1956).

Ma bisognerà attendere ancora molti anni perché la ricerca possa farci comprendere che la risposta allo stress non è solo un meccanismo periferico; in realtà è il cervello il direttore d'orchestra del nostro personale modo di far reagire, compensare e adattare il nostro sistema alle continue e ripetute sfide della vita. Inoltre, le nostre esperienze stressanti configurano un bagaglio di conoscenza del cervello, che le elabora sin dall'inizio della nostra vita per consentirci il miglior adattamento possibile, cioè predittivo e protettivo.

Le esperienze salienti quindi modulano il nostro equilibrio che non potremo più chiamare omeostasi, ovvero la costanza dei parametri attraverso la stabilità, perché il vissuto ci trasforma anche biologicamente e non potremo tornare allo stato precedente, ma allostasi, ovvero una dinamica fluttuazione dei nostri parametri attraverso il cambiamento.

L'adattamento continuo, però, se non supportato da adeguati sostegni biologici (nutrizione, attività fisica, rispetto dei ritmi circadiani) e psicosociali (supporto sociale, elaborazione e autoregolazione delle emozioni, educazione, stabilità economica) può determinare carico e sovraccarico allostatici, ovvero una condizione di usura dei sistemi di regolazione, che potrà indurre stati patologici fisici e mentali. Un efficace meccanismo allostatico configura la base neurobiologica della resilienza.

La valutazione dello stress cronico nell'ambito scolastico e dell'assistenza sanitaria, come di qualsiasi altro contesto lavorativo, non può prescindere dalla conoscenza dei meccanismi fisiologici di risposta allo stress e adattamento allostatico, in una visione dell'essere umano come

sistema unitario che risponde costantemente alle variazioni dell'ambiente interno e agli influssi dell'ambiente esterno.

Allostasi e carico allostatico

Per rispondere adeguatamente allo stimolo stressogeno, gli esseri umani sono stati dotati di un asse dello stress, una struttura complessa composta da due bracci: un braccio nervoso, il cosiddetto sistema attacco-fuga (sistema nervoso simpatico-midollare surrenale o SAM) destinato alla produzione di catecolamine e un braccio neuroendocrino, asse ipotalamo-ipofisi-corticale surrenale o HPA, la cui attivazione determina la produzione di corticosteroidi (cortisolo nell'essere umano). Come precedentemente accennato, per molti anni la risposta di stress è stata considerata come un meccanismo automatico, indipendente dalla regolazione cerebrale, ma negli anni 70 dello scorso secolo Peter Sterling e Joseph Eyer, il primo studioso di neuroscienze e l'altro biologo, si incontrano nell'università della Pennsylvania non solo per motivi di lavoro, ma soprattutto perché condividono una passione: l'attivismo sociale. Ed è grazie al loro comune impegno nella lotta all'ingiustizia sociale che iniziano a correlare evidenze epidemiologiche di maggiori incidenze di accidenti cardiovascolari e di ipertensione arteriosa con varie forme di destrutturazione sociale: segregazione, disoccupazione, migrazione e divorzio (Sterling, 1981).

Il passo successivo fu quello di ricercare i possibili mediatori biologici in grado di predire il rischio cardiovascolare stress correlato. La grande intuizione di Sterling ed Eyer fu quella di rendersi conto che la fissità dei parametri biologici non è il vero scopo della regolazione fisiologica, piuttosto l'organismo è teso a ricercare una continua stabilità adattativa, una stabilità non più attraverso la costanza, ma tramite un continuo cambiamento, una fluttuazione dinamica e più predittiva possibile, in base alle esperienze acquisite e alle richieste dell'ambiente interno ed esterno. Nasce così il termine allostasi (Sterling, 1988), che conobbe non pochi detrattori al suo ingresso nella comunità scientifica, ma che ormai è stato ampiamente incluso e approfondito da ulteriori studi. È ormai evidente che le modificazioni che il sistema-organismo mette in atto non sono necessariamente patologiche.

Le nostre soglie di regolazione fisiologica, compreso il tipo di risposta allo stress, vengono tarate a partire dalla vita intrauterina (Barker, 2002); in particolare lo stress, l'alimentazione, la composizione del microbiota intestinale, i comportamenti e gli stili di vita della madre in gravidanza si traducono in signature epigenetiche in grado di determinare la predisposizione alle malattie e la resilienza allo stress del nascituro (Youngson, 2008). Queste influenze saranno determinanti per tutta la vita; certo, più sono precoci e più ampio sarà l'effetto psicologico e biologico, ma se rimaniamo ancorati a un principio allostatico saremo in grado di valutare eventuali deviazioni dalla norma come un meccanismo adattativo e non semplicemente patologico.

Gli approcci sociali e biologici alla ricerca sullo stress sono stati, per molti anni, divergenti e con tradizioni, metodologie e letteratura di ricerca accademica indipendenti. Queste tradizioni di ricerca stanno ora iniziando a convergere di nuovo, con interfacce notevoli che esitano in nuove discipline come l'epidemiologia biosociale e della salute pubblica e le neuroscienze sociali.

Sterling e Eyer sottolineano che il modello dell'allostasi delinea un sistema di regolazione più complesso dell'omeostasi classica, ma presenta diversi vantaggi per i ricercatori sullo stress sia nelle scienze sociali che in quelle della vita. In particolare l'allostasi:

1. consente una valutazione continua della corrispondenza tra risorse interne e richieste esterne.
2. consente all'organismo di produrre aggiustamenti fisiologici in anticipo rispetto al bisogno attraverso l'eccitazione anticipatoria.

3. consente all'organismo di adattarsi alle circostanze nel tempo.
4. predice le risposte di un organismo intatto e vigile esistente in un quadro ecologico in evoluzione.

L'allostasi ci permette anche di comprendere la correlazione a forma di U invertita tra esposizione e adattamento ai fattori di stress, tale che quantità da minime a moderate di esposizione a fattori di stress portino a un migliore equilibrio psicofisico, mentre elevati e protratti livelli di stress siano responsabili di decadimento fisico e mentale (McEwn, 2002). Se ne deduce che un cervello eccitato da continue sfide stressanti, manterrà sempre attivo il sistema simpatico che, per esempio, aumenta la gittata cardiaca, la vasocostrizione periferica e l'appetito di sodio: il risultato nel lungo termine potrà essere lo stabilirsi di una aumentata pressione sanguigna, che difficilmente tornerà ai valori basali, anche dopo la rimozione del fattore stressante.

Il sistema non ha sbagliato: ha regolato i suoi parametri per soddisfare le esigenze di un ambiente cronicamente stressato. In altri termini, l'organismo non sta lottando per riportare i suoi parametri all'omeostasi precedente l'esperienza di stress; sta apportando cambiamenti adattativi alle circostanze, che gli hanno richiesto una costante allerta. Ne consegue che l'accomodamento allostatico, nel tempo, produrrà effetti usuranti negli stessi sistemi che stanno sperimentando l'adattamento per affrontare la sfida ambientale (McEwe, 1998). Questo logorio è definito con il termine di carico allostatico, frutto del costo adattativo; questa condizione può essere ancora compatibile con uno stato di equilibrio, ma facilmente potrà trasformarsi in sovraccarico allostatico, che determinerà il punto di rottura della dinamica regolazione fisiologica.

Il carico allostatico può manifestarsi tramite l'adozione di "comportamenti fissi" (Sterling, 2004), cioè quei comportamenti più o meno consapevoli che sarà poi difficile far tornare alle modalità precedenti al periodo stressante, anche quando la minaccia è passata. Elevate concentrazioni di cortisolo prolungate nel tempo possono causare danni all'ippocampo, con riduzione della neurogenesi, aumentare lo stato di allerta dell'amigdala, peggiorando la *performance* cognitiva e mnesica e interferendo negativamente con l'adattamento futuro ad altri fattori di stress (Sorells, 2007). È indubbio che proprio il sistema limbico, compresa la corteccia prefrontale sarà squilibrato dal carico allostatico, ma possiamo osservare anche un'aumentata vulnerabilità alle infezioni e al cancro (Dai, 2020) o la slatentizzazione di malattie infiammatorie autoimmuni (Cutolo, 2006; Cohen, 2012). Il sistema endocrino stesso potrà subire danni, in termini di alterazione della funzione tiroidea (Tsigos, 2002), della efficienza riproduttiva (Valsamakis, 2018) o del metabolismo glucidico (Stumvoll, 2003) e lipidico. Una vasta letteratura scientifica evidenzia, inoltre, la correlazione diretta fra sovraccarico allostatico e malattie cardiovascolari (Steptoe, 2012), disturbi del sonno (McEwen, 2015) e dell'umore (Carbone, 2020).

Neurobiologia della resilienza

È definita resilienza la capacità di un sistema di adattarsi al cambiamento e tale concetto è applicabile in diversi contesti: in biologia, psicologia, ecologia, ingegneria e informatica. Più precisamente, gli psicologi definiscono la resilienza come il processo di adattamento a fronte di avversità, traumi, tragedie, minacce o fonti significative di stress.

La resilienza è un processo comune, non un fenomeno straordinario; siamo assolutamente dotati della capacità di modulare e adattare il nostro sistema agli *stressor* e quindi a mettere in campo un *coping* attivo volto a ridurre al minimo il danno fisico e psicologico dello stress cronico, associato a una sensazione reale o percepita di controllo della situazione. I meccanismi neurobiologici coinvolti nel processo di resilienza sono sia centrali che periferici.

Nel sistema nervoso centrale le regioni specifiche interessate sono: ippocampo, corteccia prefrontale, *locus ceruleus*, area tegmentale ventrale e *nucleus accumbens*; non a caso si tratta di aree che processano la risposta di stress (Cathomas, 2019). I meccanismi periferici sono a carico del sistema immunitario (Dantzer, 2018) e del microbiota intestinale.

Studi sperimentali e clinici hanno dimostrato che l'esposizione a ripetuti e prolungati stress psicosociali determina profondi cambiamenti nella risposta sia innata che acquisita (Iwata, 2013). In estrema sintesi, il carico allostatico induce un aumento dei marcatori della risposta infiammatoria: globuli bianchi, citochine pro-infiammatorie, Proteina C-Reattiva (PCR). Questo profilo immunitario può manifestarsi con sintomi quali astenia, disturbi del sonno, dell'umore e del comportamento alimentare, ridotta *performance* cognitiva, isolamento sociale; nel complesso può quindi delinarsi la sindrome del *sickness behavior* (comportamento da malato), che ostacola fortemente un buon adattamento e rischia di generare un *coping* passivo associato a evitamento e senso di impotenza e quindi maggiore vulnerabilità alle malattie (Maes, 2012).

Il microbiota intestinale è implicato in un'ampia gamma di regolazioni fisiologiche, comprese le interazioni con il sistema immunitario e il dialogo bidirezionale con il cervello, che avviene tramite il nervo vago, neurotrasmettitori e metaboliti neuro attivi (Cryan, 2012).

Studi sperimentali hanno mostrato come l'alterazione indotta dell'eubiosi intestinale sia in grado di modificare i comportamenti d'ansia e di isolamento sociale, così come il ripristino dell'equilibrio del microbiota induca un miglioramento dei suddetti parametri e della capacità di risposta allo stress. È stata quindi dimostrata l'importanza della regolazione dell'asse microbiota-intestino-cervello nella risposta di adattamento e quindi della resilienza.

In conclusione, abbiamo a disposizione robusti modelli teorici per applicare sistemi di valutazione, prevenzione e cura dello stress cronico inclusivi del complesso di risorse biologiche, mentali, sociali e ambientali che possano sostenere la migliore resilienza possibile.

Rischio di salute del personale sanitario

È assai singolare che non esista una omogenea informazione riguardante la epidemiologia di malattie professionali del personale sanitario suddivise per specialità o per aree di rischio ambientale e professionale, inclusa quella oncologica. Forse ciò è dovuto alla “sindrome di invulnerabilità”, che affligge la maggior parte degli operatori sanitari, soprattutto dei medici in buona salute al di sotto dei 50 anni. Peraltro risalta dai *report* analizzati, come i curanti tendano a risolvere il proprio particolare problema di malattia in modo riservato e discreto, talora autogestendo il percorso diagnostico terapeutico fino ai limiti del possibile, considerando la malattia una debolezza, talvolta una vergogna.

Nonostante vi sia un'ampia letteratura scientifica che riporta alti livelli di *distress* nei medici e negli infermieri (Grasso, 2008) e nonostante da vari decenni sia stato generalmente accettato il questionario di valutazione del *burnout* di Cristina Maslach (Maslach, 1981) come dell'esaurimento fisico ed emozionale, non esiste una vera sistematizzazione del *distress* fisico e mentale del personale sanitario. Le sporadiche e non coordinate iniziative introdotte per arginare il crescente carico di malattia fisica e mentale, dei tentati o attuati suicidi dei medici non ne hanno modificato in modo significativo il *trend* di crescita.

La professione di cura è certamente impegnativa e gravosa: i ritmi di lavoro imposti, il rischio dell'errore, la ridotta qualità dell'ambiente lavorativo, la mole di dolore e paura dei malati e delle loro famiglie, solo per citare alcune sfide, costellano il quadro dello stress dei curanti. Inoltre, la rappresentazione culturale del curante è in un certo qual modo “disumanizzata”, perché gli si annette una sorta di invulnerabilità, una specie di condanna preventiva nel caso si dovesse ammalare (Kay, 2004).

La maggior parte delle indagini sui curanti rivela che essi sono restii a promuovere la loro salute, a rivolgersi ad altri terapeuti per curarsi, a seguire i consigli che loro stessi danno ai loro pazienti. Sappiamo che tra gli operatori sanitari, soprattutto i medici, è alto il rischio delle 3 D (*Drink, Drug, Depression*) e comunque maggiore il rischio di suicidio. È ipotizzabile che questi comportamenti siano correlati con il meccanismo di rimozione del proprio malessere, con la paura dello stigma di non essere all'altezza dell'immagine culturale dell'invincibilità del curante.

Ed è su questo scenario critico che si è abbattuta l'emergenza della pandemia COVID-19, i cui effetti sulla salute dei professionisti della salute sono stati già rilevati e pubblicati (Amanullah, 2020), ma di cui non possiamo ancora prevedere le ricadute nei prossimi anni.

Stress cronico nel sistema Scuola/Università

L'insegnamento è riconosciuto a livello internazionale come un'occupazione che genera stress, classificandosi ai primi posti tra i lavori con problemi di salute legati allo stress cronico (Johnson, 2005). Il 30% degli insegnanti giudica il proprio lavoro molto o estremamente stressante (Kyriacou, 2001), a causa di problemi disciplinari e motivazionali degli studenti, attriti con il personale amministrativo, colleghi e genitori, eccessivo carico didattico, troppe incombenze burocratiche amministrative, mancanza di tempo, cattive condizioni di lavoro (Montgomery, 2005), oltre a un eccessivo coinvolgimento emotivo (Chang, 2009). Lo stress professionale degli insegnanti, nell'ultimo decennio, è andato ulteriormente aumentando a seguito anche del ritardo nell'inserimento in ruolo, dei concorsi disattesi e del conseguente aumento del precariato (Lambert, 2006).

L'insegnamento è un'occupazione unica per la sua enfasi nello stabilire connessioni significative a lungo termine con i propri "clienti", cioè gli studenti, fino a raggiungere un livello di profondità che è difficile trovare in altre professioni (Klassen, 2012). Lavorare con gli studenti, individualmente o in gruppo, è emotivamente faticoso sia in presenza, sia in situazioni di Didattica A Distanza (DAD), come ad esempio quella originata nel 2020 dalla pandemia da COVID-19. I problemi comportamentali e motivazionali degli studenti, uniti alla loro intrinseca immaturità, li rendono spesso difficili interlocutori. Inoltre, l'insegnamento si avvale del carico potenziale di "lavoro emotivo" in cui gli insegnanti sono tenuti a mostrare emozioni professionalmente adeguate, anche di fronte a interazioni angoscianti con studenti che possono mostrare comportamenti irrispettosi, dirimpenti, disinteressati o sprezzanti (Zapf, 2002). Ricerche qualitative sullo stress, condotte mediante intervista degli insegnanti (Blasé, 1986; Chang, 2009) riportano che "i problemi" con gli studenti sono da considerarsi principali *stressor* quotidiani; problemi che si identificano nel comportamento scorretto, nell'apatia, nelle assenze, nel mancato apprendimento, e in particolar modo in quei comportamenti disciplinari e motivazionali adottati da alcuni studenti, che interferiscono con l'efficacia nel fornire il giusto clima per l'apprendimento al resto della classe (Kyriacou, 2001).

Sembra essere la continua ripetizione di queste situazioni apparentemente minori, piuttosto che incidenti gravi isolati, a creare cumulativamente le spiacevoli emozioni negative, come rabbia, ansia, tensione, frustrazione o depressione, caratterizzanti lo stress cronico (Kyriacou, 2001). Da studi sulla percezione delle emozioni in classe, risulta che l'attivazione cronica cumulativa di questo tipo di emozioni negative negli insegnanti riduce l'energia e l'entusiasmo, rappresentando un fattore di rischio per il *burnout*, descritto come l'erosione dell'impegno in ciò che ha avuto inizio come lavoro importante, significativo e stimolante e che diventa spiacevole, insoddisfacente e insignificante (Chang, 2009). L'energia si trasforma in esaurimento, il coinvolgimento si trasforma in cinismo e l'efficacia si trasforma in inefficacia (Maslach, 2001).

I principali sintomi di *burnout*, vale a dire esaurimento emotivo, diminuzione del senso di realizzazione e depersonalizzazione, rappresentano un vero rischio per gli insegnanti, e inducono nel sistema Scuola/Università situazioni negative di insuccesso formativo negli studenti, in particolare quelli più deboli. Infatti, elevati sintomi di *burnout* possono alimentare l'assenteismo o addirittura l'assenza psicologica nell'insegnante, che porta alla depersonalizzazione e allo sviluppo di un atteggiamento insensibile, cinico e distaccato nei confronti degli studenti (Evers, 2004), con conseguenti effetti negativi sui risultati di apprendimento. Lo stress cronico può interferire con la capacità di creare il giusto clima di supporto, stimolo e gestione dell'apprendimento di cui gli studenti hanno bisogno (Briner, 2007).

Stress e le strategie di *coping* degli insegnanti

Un importante focus della ricerca sulla salute sul lavoro è stato quello di identificare i fattori che minimizzano o mitigano gli effetti dello stress cronico sul funzionamento mentale e fisico (Klusmann, 2008). Tra i più significativi di questi fattori di contrasto, vi sono le strategie di *coping* che si riferiscono al modo in cui gli insegnanti effettivamente reagiscono e affrontano le sfide e i problemi di ogni giorno (Parker, 2009). Il *coping* "adattivo", incentrato sulla risoluzione di conflitti e la ricerca di supporto, può attenuare gli effetti dello stress professionale. In effetti, sono gli insegnanti stessi ad affermare che questa sia, tra le strategie di *coping*, la più efficace. La risoluzione di conflitti è associata a un più forte senso di realizzazione personale e a livelli più elevati di soddisfazione lavorativa, nonché a livelli più bassi di disagio psicologico, di distacco e depersonalizzazione, e di sintomatologie somatiche e fisiche legate al *burnout*.

Allo stesso modo, la disponibilità al supporto sociale si associa a livelli più elevati di *coping* "attivo", di pensiero positivo e di benessere, a livelli più bassi di malessere e demotivazione, sia mentale sia comportamentale. Al contrario, gli atteggiamenti disadattivi, come la procrastinazione, la fuga o il *coping* incentrato sulle emozioni sono associati a maggiore angoscia e *burnout*. Gli insegnanti che usano un *coping* procrastinante sono meno soddisfatti e tendono a considerare i problemi come ricorrenti. Sia il *coping* procrastinante sia il *coping* incentrato sulle emozioni, è associato a livelli più elevati di stress psicologico, sintomatologie psicosomatiche, esaurimento emotivo, depersonalizzazione, malessere fisico e *burnout* accompagnati da livelli più bassi di realizzazione personale e soddisfazione professionale.

Nel loro insieme, questi risultati suggeriscono che il *coping* "adattivo" può agire come fattore protettivo e il *coping* "disadattivo" come fattore di rischio, quando gli insegnanti si confrontano con lo stress.

Promozione della resilienza nel sistema Scuola/Università

Dagli studi sugli effetti dannosi dello stress cronico negli insegnanti (Chang, 2009; Montgomery, 2005) è risultato che la maggior parte non ha le risorse per affrontare le sfide professionali quotidiane, con le quali riuscire a convertire i fattori di stress in esperienze di apprendimento.

I recenti modelli di sviluppo della *mindfulness*, i modelli evolutivi di *coping* e di resilienza quotidiana, suggeriscono che il *coping* può fare molto di più che evitare gli effetti deleteri dello stress cronico (Compas, 2009). Il *coping* "costruttivo" riesce a trasformare interazioni in precedenza stressanti in opportunità di apprendimento e sviluppo, contribuendo a un impegno di

qualità superiore nell'insegnamento e a livelli più elevati di soddisfazione e benessere professionale negli insegnanti (Parker, 2009).

Il benessere e la soddisfazione degli insegnanti contribuiscono a un'istruzione di alta qualità, permettendo di realizzare ambienti di apprendimento che alimentano la motivazione, l'impegno e il rendimento degli studenti. Il *coping* "costruttivo" si è dimostrato un ottimo meccanismo di resilienza quotidiana. Attraverso l'attivazione di un processo adattivo che stimola la capacità di affrontare con successo battute d'arresto e le sfide della vita ordinaria (Parker, 2009), si genera un diverso atteggiamento fisiologico, psicologico e comportamentale verso le avversità quotidiane, che rientra nella sfera del modello biopsicosociale. Atteggiamento che porta a una riflessione costruttiva con cui accogliere il ruolo positivo che lo stress può esercitare sulla crescita e nello sviluppo professionale e personale.

Occorre pertanto che le *governance* prendano consapevolezza dell'importanza di offrire agli insegnanti specifici interventi professionali per aiutarli a sviluppare risorse personali utili per affrontare in modo costruttivo le sfide quotidiane che accompagnano l'insegnamento, e percorsi per sviluppare una maggiore resilienza con cui realizzare un'azione didattica più efficace e di qualità.

Bibliografia

- Amanullah S, Ramesh Shankar R. The Impact of COVID-19 on physician burnout globally: a review. *Healthcare* 2020;8(4):421.
- Barker DJ. Fetal programming of coronary heart disease. *Trends Endocrinol Metab* 2002;13:364-8.
- Bernard C. *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et végétaux*, Paris: Baillière; 1878.
- Blasé JJ. A qualitative analysis of sources of teacher stress: Consequences for performance. *American Educational Research Journal* 1986;23:13-40.
- Briner R, Dewberry C. *Staff well-being is key to school success*. Worklife Support, Ltd. London: Hamilton House; 2007.
- Cannon WB. Organization for physiological homeostasis. *Physiological reviews* 1929;9:399-427.
- Carbone JT. Allostatic load and mental health: a latent class analysis of physiological dysregulation. *Stress* 2020;4:1-10.
- Cathomas F, Murrough JW, Nestler EJ, Han MH, Russo SJ. Neurobiology of resilience: interface between mind and body. *Biol Psychiatry* 2019;15(6):86.
- Chang ML. An appraisal perspective of teacher burnout: Examining the emotional work of teachers. *Educational Psychology Review* 2009;21:193-218.
- Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle WJ, Miller GE, Frank E, Rabin BS, Turner RB. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proc Natl Acad Sci* 2012;109(16):5995-9.
- Compas BE. Coping, regulation, and development during childhood and adolescence. *New Dir Child Adolesc Dev* 2009;2009(124):87-99.
- Cryan JF, Dinan TG. Mind-altering microorganisms: the impact of the gutLife sk microbiota on brain and behaviour. *Nature reviews Neuroscience* 2012;13:701-12.
- Cutolo M, Straub R. Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis *Neuroimmunomodulation* 2006;13(5-6):277.
- Dai S, Mo Y, Wang Y, Xiang B, Liao Q, Zhou M, Li X, Li Y, Xiong W, Li G, Guo C, Zeng Z. Chronic stress predicts cancer development. *Front Oncol* 2020;19;10:1492.
- Dantzer R, Cohen S, Russo SJ, Dinan TG. Resilience and immunity. *Brain Behav Immun* 2018;74:28-42.

- Evers WJG, Tomic W, Brouwers A. Burnout among teachers. *School Psychology International* 2004;25(2):131-48.
- Grasso E. *Medici: dormono poco e non hanno cura di sé*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2008.
- Iwata M, Ota KT, Duman RS. The inflammasome: Pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain, Behavior, and Immunity* 2013;31:105-14.
- Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Millet C. The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology* 2005;20:178-87.
- Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust* 2004;181(7):368-70.
- Klassen RM, Perry NE, Frenzel AC. Teachers' relatedness with students: An underemphasized component of teachers' basic psychological needs. *Journal of Educational Psychology* 2012;104:150-165.
- Klusmann U, Kunter M, Trautwein U, Luktke O, Baumert J. Teachers' occupational well-being and the quality of instruction: The important role of selfregulatory patterns. *Journal of Educational Psychology* 2008;100:702-15.
- Kyriacou C. Teacher stress: Directions for future research. *Educational Review* 2001;53:27-35.
- Lambert RG, McCarthy CJ. *Understanding teacher stress in an era of accountability (Volume III)*. Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing; 2006.
- Maes M, Berk M, Goehler L, Song C, Anderson G, Gałeczki P, Leonard B. Depression and sickness behavior are Janus-faced response to shared inflammatory pathways. *BMC Med* 2012;29:10-66.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981;2:99-113.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001;52(1):397-422.
- McEwen BS, Karatsoreos IN. Sleep deprivation and circadian disruption: stress, allostasis, and allostatic load. *Sleep Med Clin* 2015;10(1):1-10.
- McEwen BS. *The end of stress as we know it*. Washington, DC: Joseph Henry Press; 2002.
- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998;338(3):171-9.
- Montgomery C, Rupp AA. A meta-analysis exploring the diverse causes and effects of stress in teachers. *Canadian Journal of Education* 2005;28:458-86.
- Parker PD, Martin AJ. Coping and buoyancy in the workplace: Understanding their effects on teachers' work-related well-being and engagement. *Teaching and Teacher Education* 2009;25:68-75.
- Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Co; 1956.
- Sorells SF, Sapolsky RM. An inflammatory review of glucocorticoid actions in the CNS. *Brain, Behavior, and Immunity* 2007;21:259-72.
- Steptoe A, Kivimaki M. Stress and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol* 2012;9(6):360-70.
- Sterling P, Eyer J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J (Ed.). *Handbook of life stress, cognition, and health*. Chichester: John Wiley & Sons; 1988. p. 629-49.
- Sterling P, Eyer J. Biological bases of stress-related mortality. *Social Science and Medicine* 1981;15:3-42.
- Sterling P. Principles of allostasis: Optimal design, predictive regulation, pathophysiology, and rational therapeutics. In: Schulkin J (Ed.). *Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 2004. p. 17-64.
- Stumvoll M, Tataranni PA, Stefan N, Vozarova B, Bogardus C. Glucose allostasis. *Diabetes* 2003;52(4):903-9.

- Tsigos C, Chrousos G. Hypothalamic-pituitary- adrenal axis, neuroendocrine factors and stress
Psychosom Res 2002;53(4):865-71.
- Valsamakis G, Chrousos G, Mastorakos G. Stress, female reproduction and pregnancy
Psychoneuroendocrinology 2018;100:48-57.
- Youngson NA, Whitelaw E. Transgenerational epigenetic effects. *Ann Rev Genomics Hum Genet*
2008;9:233-57.
- Zapf D. Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual
considerations. *Human Resource Management Review* 2002;12:1-32.

ANALISI IN UN CONTESTO CHIAVE DELLA COMUNITÀ: SISTEMA SCUOLA/UNIVERSITÀ

Carlo Pensavalle (a), Salvatore Fadda (b), Giuliana Solinas (c)
(a) *Dipartimento di Chimica e Farmacia, Università degli Studi di Sassari*
(b) *Servizio di Prevenzione, Università degli Studi di Sassari*
(c) *Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Sassari*

Premessa

Il sistema, inteso come ambiente d'istruzione, di formazione e di ricerca, si configura come uno dei *setting* privilegiati per studiare la complessità biopsicosociale della salute intesa nella sua accezione di benessere educativo, con un proprio ruolo nelle politiche promosse dalle *governance* finalizzate al benessere delle collettività. Le attività di monitoraggio, di ricerca e di formazione per lo sviluppo del benessere educativo di chi apprende e di chi forma, sono indicatori ottimali per la valutazione sia dei processi di apprendimento/insegnamento, che del successo formativo a ogni ordine e grado di istruzione (1). Lo scopo principale di un sistema educativo democratico è quello di fornire ai propri cittadini la migliore preparazione possibile per il benessere e il futuro delle loro vite e del Paese in cui vivono. Il raggiungimento di quest'obiettivo, le priorità e i processi di insegnamento/apprendimento da adottare per la sua messa in atto, ricevono risposte diverse dalle diverse società. Una costante però permane: perché un cittadino possa raggiungere il suo massimo livello educativo, deve essere esposto a un sistema di formazione che sviluppi al meglio le sue potenzialità.

Stress e insegnanti

Per diversi decenni, la comunità scientifica ha studiato le condizioni e le conseguenze dei livelli elevati di stress, esaurimento emotivo, problemi di salute e *burnout* tra gli insegnanti (2, 3), classificando tale occupazione al secondo posto su un totale di ventisei a rischio di stress fisico e psicologico (4).

Il risultato di tali studi ha portato lo stress dell'insegnante a essere identificato come "stress lavoro correlato" (5). Si identificano nel modello biopsicosociale di Engel (6) fattori stressogeni quali la diversità degli studenti, i problemi disciplinari, i conflitti con i colleghi, la mancanza di supporto amministrativo, che sono predittivi del *burnout* fra i docenti.

È noto che insegnanti in condizioni di malessere non sono in grado di sfruttare appieno il potenziale delle loro capacità educative e tale condizione impatta in modo negativo sulle loro prestazioni professionali, in particolare l'insegnamento (7), oltre che essere causa di notevoli costi per il sistema economico-sociale di un Paese, imputabili a strategie di assenteismo e alle terapie medico-psicologiche richieste (8, 9).

Infatti, l'assenteismo fra insegnanti risulta più elevato quando si confronta con quello di altre professioni (10). Nel 2013, il *Chartered Institute of Personnel and Development* (CIPD) di Londra (11) ha rilevato che si sono persi per malattia circa 10,2 giorni per docente, rispetto alla media di 7,6 giorni lavorativi per persona nel settore industriale. L'*Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) (12) riporta che negli Stati Uniti, Australia, Belgio,

Francia e Germania gli insegnanti abbandonano la professione molto prima dell'età pensionabile ufficiale; in particolare, sono gli insegnanti della scuola materna ad abbandonare la professione prima degli altri per motivi diversi dall'età (13).

Considerando queste statistiche, è evidente che, il miglioramento della salute e della qualità della vita degli insegnanti rimane un obiettivo importante da perseguire.

La percezione del proprio benessere psicologico e il soddisfacimento delle proprie aspirazioni, hanno ricevuto un'attenzione sempre più crescente negli ultimi trent'anni, portando allo sviluppo della psicologia positiva di Seligman e Csikszentmihalyi (14), che la definiscono: "... lo studio scientifico del funzionamento umano positivo e fiorente su più livelli che include la dimensione biologica, personale, relazionale, istituzionale, culturale e globale della vita". La psicologia positiva, in sostanza, mira a promuovere il benessere olistico, la crescita individuale e lo sviluppo del proprio pieno potenziale.

Uno dei suoi concetti centrali è il costrutto Benessere Soggettivo (BS) considerato come il concetto scientifico più vicino al termine generale di felicità (15).

Il BS è composto dalla percezione di Soddisfazione della Propria Vita (SPV), dalla frequenza con cui si è esposti agli Affetti Positivi (AP) e a quelli Negativi (AN). Questi tre domini del BS sono indipendenti l'uno dall'altro e sono associabili indistintamente ad altre variabili comportamentali (16). La componente cognitiva del BS è costituita dalla SPV, che comprende le valutazioni esplicite e consapevoli della propria vita, basate su fattori ritenuti rilevanti dall'individuo (17). Un alto livello di SPV è indice di un buon equilibrio tra ciò che desideriamo e ciò che abbiamo effettivamente raggiunto nella nostra vita, specialmente in settori come la salute, il reddito o la qualità del proprio lavoro. La componente affettiva del BS è costituita dalla frequenza di AP e AN generati dal nostro vissuto. Dal punto di vista neurobiologico, gli AP sono connessi alla premialità e hanno un forte impatto sulla motivazione a supporto dei processi d'insegnamento/apprendimento (18).

Seguendo la teoria dell'ampliamento e della costruzione delle emozioni positive di Fredrickson (19, 20), le "esperienze di emozioni positive ampliano il momentaneo repertorio di azione-pensiero delle persone, che a sua volta serve a costruire le risorse personali di resistenza e resilienza, sia di quelle fisiche e intellettuali sia di quelle sociali e psicologiche" (21). Queste risorse aggiuntive facilitano il successo, la crescita personale e consentono di vivere una vita di successo, che porta a emozioni positive e a una spirale ascendente di emozioni auto rinforzanti.

Gli AN, d'altra parte, si manifestano quando sono minacciati i bisogni, i valori o gli obiettivi rilevanti di una persona, portando a un restringimento dei repertori di azione-pensiero, che convergono verso risposte di lotta o fuga (22), avviate dal rilascio di ormoni dello stress (23). Gli AN di per sé non sono necessariamente negativi per l'individuo, poiché forniscono informazioni rapide su una situazione, aiutano a evitare ostacoli per il raggiungimento dei propri obiettivi (22), tuttavia sperimentare troppa negatività "a lungo termine porta gravi problemi di salute" (16).

Lyubomirsky *et al.* (24) hanno esaminato 225 studi che coinvolgono docenti di ogni ordine e grado in cui sono stati testati gli effetti di un alto livello di BS (o dei suoi singoli componenti) su diverse aree della vita. I risultati mostrano, tra le altre cose, che le persone con un elevato livello di BS vivono più a lungo (25, 26), hanno un sistema immunitario più efficiente (27), sono più produttivi e di successo sul lavoro (28), più creativi e hanno molte più relazioni sociali versatili.

Un alto BS non è quindi solo rilevante per il fisico delle persone e la loro salute psicologica, lo è anche per la loro crescita personale e la loro prestazione sul lavoro e nella vita sociale.

Il campo dell'educazione positiva, in espansione a livello internazionale, applica risultati dalla psicologia positiva al sistema Scuola/Università, concentrandosi in particolare sull'obiettivo del promuovere il benessere olistico di tutti i soggetti coinvolti nei processi d'insegnamento/apprendimento (29, 30). Gli attori principali nel raggiungimento di tale obiettivo

sono i docenti (31), che, se devono fornire un servizio d'istruzione di alta qualità, è opportuno garantire loro un buono stato di salute e soprattutto un alto livello di BS.

Mentre Lyubomirsky e Lepper (32) affermano che un alto livello di BS funge da fattore protettivo contro la depressione e il *burnout*, Sutton e Wheatley (33) sottolineano che gli AP e gli AN dei docenti influenzano significativamente la *performance* dei loro studenti e riducono il *dropout*. Di particolare importanza è l'effetto del "contagio emotivo", cioè il trasferimento di frequenti emozioni positive dai docenti ai loro studenti (34). La frequenza di tali emozioni corrisponde anche all'uso frequente di efficaci strategie d'insegnamento (35). In particolare, Kunter (36) ha dimostrato che è il benessere affettivo (qui l'entusiasmo per l'insegnamento) di alcuni docenti di matematica, a spiegare i cambiamenti nel rendimento in matematica da parte degli studenti e il loro rapporto con tale disciplina. Inoltre, gli AP sono collegati alla motivazione intrinseca e all'immagine ideale del docente appassionato, quello particolarmente bravo a stimolare i suoi studenti e motivarli a sviluppare il loro potenziale nella massima misura possibile (37). Più recentemente, Buonomo *et al.* (38) hanno identificato che aiutare a mediare l'influenza degli AN verso gli studenti da parte degli insegnanti, porta a migliorare il loro rendimento professionale, oltre a contrastare il loro malessere (39).

I risultati fin qui esposti, forniscono quindi una chiara evidenza che il BS è collegato a molti fattori desiderabili e rilevanti per il benessere del sistema Scuola/Università e la professione dell'insegnante. Favorire il BS dei docenti contribuisce a migliorare la loro qualità di salute e impatta positivamente sui processi d'insegnamento/apprendimento a favore di una migliore *performance* dell'intero sistema (40).

La domanda che si pone è: il BS può essere migliorato? In effetti, alla fine degli anni '90, si pensava che esistesse un *setpoint* individuale per il BS, al quale a lungo termine si torna sempre. Lykken e Tellegen (41) affermarono che "cercare di essere più felici è inutile, come cercare di essere più alti". Grazie agli studi condotti da Luhmann e Intelisano (42) sull'adattamento edonico, possiamo affermare che tale *setpoint* non esiste e affermare che "il BS è relativamente stabile, ma comunque modificabile".

Sempre più numerosi sono gli studi che hanno portato all'identificazione di opportuni interventi psicologici o programmi che mirano ad aumentare gli AP, a migliorare la SPV e a ridurre gli AN, detti Interventi Psicologici Positivi (IPP), con l'obiettivo di raggiungere un aumento sostenibile del BS.

Uno dei più grandi studi randomizzati sugli IPP è stato condotto da Seligman *et al.* (43). Dei cinque IPP utilizzati, in particolare si è distinto l'esercizio online "Le tre buone cose", con cui si è chiesto ai partecipanti del gruppo di controllo di annotare ogni giorno per una settimana, tre cose che sono andate bene e di fornire una spiegazione causale per ciascuna di esse. Tale esercizio ha prodotto effetti di aumento del livello di BS percepito a medio-lungo termine nei partecipanti, e di diminuzione dei sintomi depressivi, rispetto al gruppo placebo, cui si era chiesto di annotare per una settimana prima di coricarsi i ricordi principali della giornata. L'effetto positivo è rimasto significativo al follow-up di 6 mesi (44, 45). Diverse meta-analisi confermano che il BS o i suoi componenti possono essere aumentati dagli IPP in modo sistematico e sostenibile (46, 47).

A oggi, evidenze scientifiche riportano una prevalenza degli studi condotti online, probabilmente perché sono più facili da attuare e hanno il vantaggio di una più ampia diffusione.

Tuttavia, sono presenti anche studi sul sistema Scuola/Università che affrontano programmi d'intervento più complessi, sia online che in presenza, con esercitazioni multiple e informazioni di base sulle condizioni e sulle conseguenze del benessere. Gli studi online, come quello di Feicht *et al.* (48), che hanno valutato un allenamento alla felicità della durata di 7 settimane e il cui focus principale è centrato su videoclip e testi informativi, vari IPP (es. le "Tre Buone Cose", la "Lettera di Ringraziamento") ed esercizi di riflessione sul comportamento e sull'esperienza personale, mostrano notevoli effetti sull'aumento dei livelli di BS e riduzione dello stress a 4 settimane dal

completamento dell'allenamento, tra i partecipanti al gruppo di allenamento alla felicità rispetto al gruppo di controllo. Analogamente i corsi di formazione in presenza, che in più, offrono i vantaggi di uno scambio diretto e la condivisione di riflessioni sul momento, raggiungendo quelle persone che non parteciperebbero a una formazione online, ma che trarrebbero vantaggio da una formazione sul BS. I seminari universitari in psicologia positiva rappresentano un gruppo distinto d'interventi complessi basati sulla presenza. Di solito sono offerti settimanalmente nel corso di un semestre e, oltre a insegnare i contenuti teorici della psicologia positiva, favoriscono la conoscenza degli IPP attraverso l'auto-applicazione. Goodmon *et al.* (49) riportano i risultati di uno studio randomizzato pre-post test con gruppo di controllo, da cui si evince un significativo miglioramento in varie dimensioni del BS, tra cui felicità generale, SPV, stress percepito e depressione. Sostanzialmente, si può presumere che gli IPP o programmi più complessi possano migliorare il BS a lungo termine, modificando l'esperienza e il comportamento individuale dei partecipanti.

Lavorare sulle emozioni

Sebbene a livello internazionale si sviluppino sempre più programmi per l'educazione positiva mirati a favorire il benessere degli studenti (29, 30, 50) e la maggior parte di essi contenga una formazione degli insegnanti in psicologia positiva, a oggi sono poco valorizzati e promossi corsi di formazione per migliorare la SPV degli insegnanti. In particolare, con l'obiettivo di aumentare il loro BS, si potrebbero combinare IPP mirati a migliorare AP e SPV con interventi rivolti specificamente alla riduzione di AN. Affrontare lo stress e gli AN è una sfida persistente nella vita professionale degli insegnanti e una minaccia per varie dimensioni del loro BS.

Nel campo della regolazione delle emozioni, si studiano i processi per influenzare il verificarsi, l'esperienza e l'espressione delle emozioni. Gross (51) riassume il come fare a regolare le emozioni in cinque punti:

- a) identificare una situazione;
- b) migliorare una situazione;
- c) prestare attenzione;
- d) acquisire consapevolezza;
- e) modulare le risposte.

Molti sono i programmi d'intervento che mirano a diverse strategie per migliorare i processi di regolazione delle emozioni, che portano a interessanti risultati positivi (52). Per esempio, programmi elaborati di regolazione delle emozioni cliniche come quello per l'Addestramento alla Regolazione degli Affetti (ARA) utilizzano la psico-educazione, il rilassamento muscolare, il rilassamento respiratorio, la percezione non giudicante, l'accettazione e la tolleranza delle proprie e altrui emozioni, la compassione, l'identificazione delle cause di risposta emotiva e la modifica attiva delle emozioni, la gentilezza, il senso comune di umanità e di consapevolezza (*mindfulness*) (53).

L'ARA mostra la sua efficacia in varie applicazioni, come ad esempio nella riduzione dei sintomi depressivi (54). Nelle scuole tedesche uno dei tipi d'interventi più utilizzati sugli insegnanti è quello collegato a percorsi di *training* orientati a migliorare la gestione del tempo. Il senso di mancanza di tempo, individuato come uno dei principali fattori di stress, porta gli insegnanti a vivere esperienze di angoscia (5). Claessens *et al.* riesaminando 32 studi definiscono la gestione del tempo come l'insieme dei comportamenti che mirano a ottenere un suo uso efficace, mentre si svolgono attività finalizzate a obiettivi specifici (55). Esempi di tali comportamenti sono la definizione di obiettivi, la pianificazione di attività, la definizione delle priorità, la ricerca dell'autoconsapevolezza dell'uso del proprio tempo, la conoscenza del limite

delle proprie e altrui capacità, e così via. Tali comportamenti svolgono una relazione positiva sul controllo percepito del tempo, la soddisfazione lavorativa e la salute, viceversa, negativa sullo stress.

Anche nel mondo della ricerca e della formazione superiore, si è sviluppata al suo interno una cultura lavorativa malata. Sono le politiche, gli incentivi, le valutazioni dei processi, le *governance* o altri i fattori che stanno minando il sistema? Dal recentissimo studio condotto dalla *Wellcome Trust* di Londra (56), su oltre 4000 scienziati intervistati in tutto il mondo, provenienti da 87 Paesi, di cui più dell'80% proveniente dal mondo della ricerca e formazione superiore (*College* e Università), il 43% ha dichiarato di essere stato vittima di bullismo o molestie. I ritmi eccessivamente sostenuti, la forte ansia di prestazione, l'eccessiva competizione tra colleghi sono le cause della criticità della qualità della ricerca e, in particolare dell'insegnamento universitario.

La cultura lavorativa della ricerca varia molto da Paese a Paese e individui diversi hanno esperienze diverse, con i gruppi sottorappresentati che affrontano il maggior numero di sfide. L'immagine non è uniforme, ma ci sono molti temi comuni. I ricercatori/docenti in genere sono appassionati del loro lavoro e orgogliosi di far parte del mondo della ricerca e della formazione superiore. Vivono il loro ruolo come una vocazione, non tanto come un lavoro (57).

I ricercatori/docenti affermano che la situazione lavorativa ideale è quella collaborativa, inclusiva, solidale e creativa, quella in cui è dato il tempo di concentrarsi sulle priorità della ricerca e della didattica, la *leadership* è trasparente e aperta e le persone percepiscono un senso di sicurezza nell'ambiente in cui lavorano. Tuttavia, troppo spesso l'ambiente in cui si fa ricerca e ci si prende cura della formazione superiore delle nuove generazioni non è nel suo stato migliore.

Mentre la maggior parte dei ricercatori/docenti ritiene che il proprio settore disciplinare stia producendo risultati di alta qualità, riferisce anche profonde preoccupazioni riguardo alla sostenibilità a lungo termine della cultura lavorativa in cui si trova a operare. Le condizioni sono aggravate da una complessa rete d'incentivi da parte del governo, dei finanziatori e dalle istituzioni preposte che sembrano concentrarsi sulla quantità dei risultati e su restrittivi presupposti di impatto, piuttosto che sulla qualità. Il risultato è che si vive un'intensa pressione finalizzata al pubblicare, senza dare troppo valore a come i risultati sono stati raggiunti e a quali costi per la salute di chi li ha ottenuti, anche a scapito della qualità della didattica erogata.

La competizione fa parte del mondo della ricerca e della formazione superiore ed è considerata dalla quasi totalità dei ricercatori/docenti una condizione necessaria, ma una competizione aggressiva diventa dannosa, e, col tempo, genera gravi preoccupazioni sulla sicurezza del lavoro.

Questi problemi della cultura lavorativa nel mondo della ricerca e della formazione superiore hanno importanti conseguenze. Le preoccupazioni in merito possono essere ricondotte a tre categorie: l'impatto sui ricercatori/docenti, l'impatto sulla ricerca e la didattica e l'impatto sulla società. Per i ricercatori/docenti, la scarsa cultura lavorativa della ricerca e della didattica porta stress, ansia, problemi di salute mentale, tensione nelle relazioni personali e un senso d'isolamento e solitudine sul lavoro.

Per la ricerca e la didattica, gli impatti percepiti includono una perdita di qualità, risultati sempre più superficiali, un'azione formativa che poco si orienta alle *goodpractice* tanto auspiccate dalla *European Higher Education Area* (58). Per la società, i pericoli sono visti come perdita di talenti, impoverimento del settore ricerca e sviluppo e della formazione superiore, oltre a un più generale senso di sfiducia.

È evidente che il raggiungimento di una cultura della ricerca e della formazione superiore di successo, creativa, solidale e collaborativa, richiede responsabilità collettive e cambiamenti culturali a tutti i livelli.

Conclusioni

I numerosi modelli per facilitare la comprensione e le conseguenze dei fattori determinanti il benessere/malessere nel sistema Scuola/Università, si configurano principalmente nel *framework* biopsicosociale (6), che riconosce il contributo fondamentale della natura transazionale dei sistemi: biologico, psicologico e sociale.

L'analisi condotta ha provato a esplorare il benessere educativo nel sistema Scuola/Università e a fornire una chiave di lettura per la comprensione degli elementi che intervengono a favore del benessere soggettivo di tutti gli attori del sistema in gioco.

Il benessere/malessere è indotto sia da fattori interni e da fattori esterni. I fattori esterni includono gli stimoli ambientali e gli eventi di vita che precedono la fase di malessere e che sono capaci di sollecitare le condizioni di adattamento (*coping*).

I fattori interni coinvolgono le reazioni neuropsicologiche e il loro adattamento (*coping*), nei "normali" processi cognitivi (59).

Il benessere nel processo formativo di apprendimento/insegnamento che dura per la vita (*long life learning*) e nella ricerca è quindi frutto di una condizione dinamica di equilibrio funzionale e sostenibile, fondato sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambiente e sulle strategie di *coping* che riesce a mettere in atto, orientate alla risoluzione di conflitti, al *problem posing* e al *problem solving*.

Questa condizione non è facile da realizzare, soprattutto nel sistema Scuola/Università, in cui il disagio non è ascoltato ed elaborato con la dovuta attenzione dalle *governance*, responsabili di tutti gli attori inclusi nel processo. Tale atteggiamento di trascuratezza ha tutte le caratteristiche per indurre nei suoi attori uno stato di stress acuto, fino a divenire la base di stati patogeni come il *burnout* nei docenti, l'abbandono scolastico negli studenti e fenomeni di bullismo tra ricercatori.

Lo *status quo* in cui siamo non promette nulla di buono per la sicurezza economica e la qualità della vita delle generazioni future, o per il mantenimento di una sana vitalità di una qualsiasi democrazia.

Quanto rilevato con la revisione sistematica, seppur con i suoi limiti, ha evidenziato l'interesse crescente del fenomeno a livello internazionale e vuole fornire alle *governance* elementi capaci di combinare azioni efficaci e armonizzate, che mettano al centro la felicità, intesa come benessere soggettivo dell'individuo, soddisfazione della propria vita, ricerca di affetti positivi, più autoefficacia per la riduzione di quelli negativi e per contrastare gli *stressor* che portano al malessere dell'intero sistema Scuola/Università.

Bibliografia

1. Basch CE. Healthier students are better learners: high-quality, strategically planned, and effectively coordinated school health programs must be a fundamental mission of schools to help close the achievement gap. *J Sch Health* 2011;81(10):650-62.
2. de Heus P, Diekstra RFW. Do teachers burn out more easily? A comparison of teachers with other social professions on work stress and burnout symptoms. In: Vandenberghe R, Huberman AM (Ed.). *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p. 269-84.
3. Lodolo D'Oria V, Pecori Giraldi F, Della Torre M, Iossa Fasano A, Vizzi F, Fontani S, Vitello A, Cantoni S, Pascale A, Frigoli P. Is there any correlation between psychiatric disease and the teaching profession? *Med Lav* 2004;95(5):339-53.
4. Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor PJ, Millet C. The experience of work-related stress across occupations. *J Manag Psychol* 2005;20(2):178-87.

5. Skaalvik EM, Skaalvik S. Job demands and job resources as predictors of teacher motivation and well-being. *Soc Psychol Educ* 2018;(21):1251-75.
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
7. Lodolo D'Oria V. *Insegnanti, salute negata e verità nascoste: 100 storie di burnout in cattedra*. Napoli: Edises; 2019.
8. Ronfeldt M, Loeb S, Wyckoff J. How teacher turnover harms student achievement. *American Educational Research Journal* 2013;50(1):4-36.
9. Europe. European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA. *Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks. European risk observatory literature review*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
10. Gallup. *State of America's Schools: A path to winning again in education*. Washington, DC: Gallup; 2014.
11. Chartered Institute of Personnel and Development. *Absence Management. Annual Survey Report 2013*; London: CIPD; 2013; pp. 1-67.
12. Organization for Economic Co-operation and Development. *Attracting, developing and retaining effective teachers – Final report: teachers matter. Education and Training Policy*. Paris: OECD Publishing; 2005.
13. Van Droogenbroeck F, Spruy B. To stop or not to stop: an empirical assessment of the determinants of early retirement among active and retired senior teachers. *Research on Aging* 2014; 36(6) 753-77.
14. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist* 2000;55(1):5-14.
15. Diener E, Scollon NC. The what, why, when, and how of teaching the science of subjective well-being. *Teaching of Psychology* 2014;41(2):175-83.
16. Diener E, Heintzelman SJ, Kushlev K, Tay L, Wirtz D, Lutes L D, Oishi S. Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Can Psychol* 2017;58:87-104.
17. Diener E, Lucas R E, Oishi S. Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra Psychol* 2018;4 (1):15.
18. Esch T. The neurobiology of meditation and mindfulness. In: Schmidt S, Walach H (Ed.). *Meditation – Neuroscientific approaches and philosophical implications*. Switzerland: Springer; 2014. p. 153-73. (Studies in Neuroscience, Consciousness and Spirituality: Vol. II).
19. Fredrickson B L. What good are positive emotions? *Rev Gen Psychol* 1998;2(3):300-19.
20. Fredrickson B L. Positive emotions broaden and build. *Adv Exp Soc Psychol* 2013;47:1-53.
21. Fredrickson B L. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001;56:218-26.
22. Garland EL, Fredrickson B, Kring A M, Johnson DP, Meyer PS, Penn DL. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2010;30:849-64.
23. Costandi M. *50 Schlüsselideen Hirnforschung [50 Key ideas to brain science]*. Berlin: Springer; 2015.
24. Luszczynska A, Gutiérrez-Doña B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. *Int J Psychol* 2005;40:80-89.
25. Danner DD, Snowdon DA, Friesen WV. Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *J Pers Soc Psychol* 2001;80:804-13.

26. Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud* 2008;9:449-69.
27. Barak Y. The immune system and happiness. *Autoimmun Rev* 2006;5(8):523-7.
28. Achor S. *The happiness advantage: the seven principles of positive psychology that fuel success and performance at work*. New York: Random House; 2010.
29. Norrish J. *Positive education. The geelong grammar school journey*. Oxford: University Press; 2015.
30. Larson EE (Ed.). *The state of positive education*. Dubai: World Government Summit; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.worldgovernmentsummit.org/api/publications/document/8f647dc4-e97c-6578-b2f8-ff000a7ddb6>; ultima consultazione 22/12/2020.
31. Hattie JAC. *Teachers make a difference: what is the research evidence?* Melbourne: Australian Council for Educational Research; 2003. (ACER Research Conference: What does the research tell us?). Disponibile all'indirizzo: http://research.acer.edu.au/research_conference_2003/4/; ultima consultazione 22/12/2020.
32. Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Soc Indic Res* 1999;46:137-55.
33. Sutton RE, Wheatley KF. Teacher's emotions and teaching: a review of the literature and directions for future research. *Educ Psychol Rev* 2003;15:327-58.
34. Frenzel AC, Goetz T, Lüdtke O, Pekrun R, Sutton RE, R. E. Emotional transmission in the classroom: exploring the relationship between teacher and student enjoyment. *J Educ Psychol* 2009;101:705-16.
35. Moè A, Pazzaglia F, Ronconi L. When being able is not enough. The combined value of positive affect and self-efficacy for job satisfaction in teaching. *Teach Teach Educ* 2010;26:1145-153.
36. Kunter M. Motivation as an aspect of professional competence: research findings in teachers' enthusiasm. In: Kunter M, Baumert J, Blum W, Klusmann U, Krauss S, Neubrand M (Ed.). *Cognitive activation in the mathematics classroom and professional competence of teachers. Results from the COACTIV project*. New York, NY: Springer; 2013. p. 273-90.
37. Kunter M, Holzberger D. Loving teaching: research on teacher's intrinsic orientations. In: Anderson PW, Karabenick SA, Watt HMG (Ed.). *Teacher motivation. Theory and practice*. New York, NY: Routledge; 2014. p. 83-99.
38. Buonomo I, Fiorilli C, Benevene P. The Impact of emotions and hedonic balance on teachers' self-efficacy: testing the bouncing back effect of positive emotions. *Front Psychol* 2019;10:1670.
39. Zee M, Koomen HMY. Teacher self-efficacy and its effects on classroom processes, student academic adjustment, and teacher well-being: a synthesis of 40 years of research. *Rev Educ Res* 2016; 86:981-1015.
40. Gray C, Wilcox G, Nordstokke D. Teacher mental health, school climate, inclusive education and student learning: a review. *Can Psychol* 2017;58:203-10.
41. Lykken D, Tellegen A. Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychol Sci* 1996;7:186-89.
42. Luhmann M, Intelisano S. Hedonic adaptation and the set point for subjective well-being. In: Diener E, Oishi S, Tay L (Ed.) *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers; 2018.
43. Seligman M, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005;60:410-21.
44. Mongrain M, Anselmo-Matthews T. Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman *et al.* (2005). *J Clin Psychol* 2012;68(4):382-9.
45. Gander F, Proyer RT, Ruch W, Wyss T. Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *J Happiness Stud* 2013;14:1241-259.

46. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practicefriendly meta-analysis. *J Clin Psychol* 2009;65:467-87.
47. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013;13:119.
48. Feicht T, Wittmann M, Jose G, Mock A, von Hirschhausen E, Esch T. Evaluation of a seven-week web-based happiness training to improve psychological well-being, reduce stress, and enhance mindfulness and flourishing: a randomized controlled occupational health study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;2013:676953.
49. Goodmon LB, Middleditch AM, Childs B, Pietrasiuk SE. Positive psychology course and its relationship to well-being, depression, and stress. *Teach Psychol* 2016;43:232-37.
50. de la Fuente J, López M, Zapata L, Martínez-Vicente JM, Vera MM, Solinas G, Fadda S. Competence to study and learn in stressfull contexts: fundamentals of the e-coping with academic stress TM utility. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2014;12(3):717-46.
51. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol* 1998;2:271-99.
52. Gratz KL, Weiss NH, Tull MT. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Curr Opin Psychol* 2015;3:85-90.
53. Berking M, Whitley BB. *Affect regulation training: a practitioners' manual*. New York, NY: Springer; 2014.
54. Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013;82:234-45.
55. Claessens B, van Eerde W, Rutte C, Roe R. A review of the time management literature. *Person Rev* 2007;36:255-76.
56. Wellcome Trust (WT). *What researchers think about the culture they work*. London, UK: Wellcome Trust; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://wellcome.ac.uk/sites/default/files/what-researchers-think-about-the-culture-they-work-in.pdf>; ultima consultazione 29/12/2020.
57. Darling-Hammond L. Teacher education around the world: What can we learn from international practice? *European Journal of Teacher Education* 2017;40(3):291-309.
58. Froment E. The European Higher Education Area: A new framework for the development of higher education. *Higher Education in Europe* 2003;28(1).
59. Selye H. A code for coping with stress. *AORN J* 1977;25(1):35-42.

ANALISI IN UN CONTESTO CHIAVE DELLA COMUNITÀ: IL *SETTING* SANITARIO

Cristina Aguzzoli
Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine

Cosa si intende con *setting* sanitario?

Il concetto di *setting*/contesto è essenziale per la comprensione del sistema di relazioni e ricadute che si instaurano in base alla visione biopsicosociale della salute e del benessere nel sistema dell'assistenza sanitaria. Un tema molto noto nell'ambito della promozione della salute riguarda il fatto che tale promozione agisce in un contesto specifico oltre che nei confronti dell'individuo. L'enfasi sul contesto si riconosce nella proliferazione di termini correlati dopo la Carta di Ottawa (WHO, 1986): per esempio, *setting* per la salute (Baric, 1991), sviluppo organizzativo per la salute (Grossman, 1993; Simnett, 1996), gestione della salute pubblica (Hunter, 1998), *policy* per la salute pubblica (Ziglio, 2000), sviluppo di comunità per la salute (Laverack, 2000). Una delle espressioni meglio sviluppate e più popolari riguarda il concetto delle attività basate sul *setting* di Leo Baric (Baric, 1991; Baric, 1993). A sostegno di questa definizione sono emersi dalle fonti internazionali (WHO, 1986; WHO, 1991; WHO, 1997; WHO, 1998) i movimenti basati sui *setting* (es. città, ospedali, scuole, luoghi di lavoro) e molta letteratura in merito (Chu, 1997).

Il Glossario per la promozione della salute definisce così il *setting for health*: il *setting* per la salute è il luogo in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere. Un *setting* è anche il luogo in cui le persone utilizzano attivamente e influenzano l'ambiente e, pertanto, creano o risolvono i problemi relativi alla salute. I *setting* normalmente si identificano in quanto presentano delimitazioni fisiche, una struttura organizzativa e una gamma di persone con ruoli ben definiti. Esempi di *setting* sono le scuole, i luoghi di lavoro, gli ospedali, i comuni e le città. (WHO, 1985).

Importanza della promozione della salute nel *setting* sanitario

Il *setting* sanitario, non va considerato come un posto di lavoro qualsiasi poiché, a differenza di qualsiasi altro contesto, ha a che fare quotidianamente con la vita e la morte delle persone. È un contesto in cui l'empatia è un ingrediente essenziale nella relazione di cura. Ecco perché per promuovere la sua salute non può delegare e attendere di applicare, al pari di un contesto produttivo, criteri e norme di sicurezza e basta. È l'attore protagonista che deve rendere la promozione della salute scientifica e misurabile per rendere conto alla comunità e chiedere assunzione di responsabilità ai cittadini. La questione è stata recentemente enfatizzata durante l'emergenza pandemica collegata alla pandemia COVID-19, ma è un dato di fatto che vale anche fuori dalle emergenze. Durante la prima fase dell'emergenza il mondo si è fermato, mentre la sanità ha dovuto accelerare per far fronte al "carico di malattia" (*burden of disease*).

La definizione che la *World Health Organization* (WHO) dà del “carico di malattia” fa riferimento alla misura dello scarto tra lo stato di salute osservato di una popolazione e lo stato di salute atteso, corrispondente a quello in cui tutta la popolazione raggiunge l’aspettativa di vita prevista per la stessa popolazione senza i più importanti problemi di salute. Il carico di malattia è quindi un parametro che permette ai decisori di identificare i problemi di salute più gravi ai quali è esposta una popolazione, stimare il contributo relativo dei fattori di rischio che aumentano le probabilità di patologia, investire sulla promozione della salute per creare le condizioni favorevoli alla salute ed evitare il più possibile che il carico aumenti.

Nonostante il carico di malattia fosse già molto alto a causa dell’aumentare delle malattie croniche non trasmissibili, il sistema sanitario è stato sottoposto a un’ulteriore pressione di grandi dimensioni rappresentata questa volta da una malattia trasmissibile. La questione drammatica è che il virus SARS-CoV-2 che genera la patologia COVID-19 trova nella cronicità un substrato che accelera la sua pericolosità e quindi i due agenti stressanti fanno un lavoro sinergico ai danni dell’organismo. Quindi se è sempre fondamentale monitorare il carico di malattia prima di allocare le risorse per far fronte ai bisogni di una comunità, in questi casi è urgente anticipare le ricadute di tale carico in prospettiva, pensando allo stato psicofisico di salute del personale sanitario attuale e futuro, all’impatto che la pandemia e il *lockdown* hanno avuto sui pazienti e sulla cittadinanza in generale. Per fare questo è necessario collegare le concause di tale carico, cercare e correggere i fattori di rischio presenti a livello individuale, individuare e promuovere i fattori di protezione. Il *setting* sanitario ha il compito di dare sicurezza, disegnare i percorsi multilivello più adatti alle varie fasi di salute e malattia di una popolazione, evitando il “fai da te” e al tempo stesso risvegliando la consapevolezza delle persone sul proprio ruolo attivo nei confronti del *lifestyle*.

Emerge che il contesto sanitario è un sistema complesso, entro un sistema di relazioni bidirezionali, intrecciate fra loro, con il sistema sociale, la natura esterna, la natura interna (patrimonio genetico) e i soggetti attivi e/o pazienti con i loro stili di vita e le loro aspettative. Esso deve differenziarsi dagli altri contesti di una comunità quando si parla di “Posto di lavoro sano”, ponendosi come Cabina di Regia in tema di salute. A oggi ci sono ancora troppe generalizzazioni e attori esterni che vedono nel sistema sanitario un gigante attraente e malato, in cui inserire iniziative più o meno tampone, secondo la logica dei progetti che nascono, muoiono e si ripropongono con lievi modifiche, senza tener conto dell’autovalutazione che il sistema stesso è chiamato a fare dal suo interno. E allora si ripetono le indagini di clima organizzativo, le *check list*, i questionari, tutto senza dare seguito a piani di miglioramento tangibili, rivolgendosi a un personale già soffocato all’inverosimile dalla burocrazia. L’appello è quindi di non considerare gli spazi dove si curano le persone (ospedali, ambulatori, servizi sul territorio e domiciliari) alla stregua di una qualsiasi catena di produzione. Va superata la frammentazione con cui le dimensioni del benessere e della salute del contesto sanitario vengono considerate in modo separato fra loro, per l’abitudine a modelli obsoleti di progettazione a compartimenti stagni, per consolidare la visione biopsicosociale del sistema nel suo complesso.

Valore del benessere del personale sanitario per la salute del contesto

Per fare il bene è necessario stare bene. Da anni si parla di *burnout* del personale sanitario, tant’è che dal 2008 il tema dello stress lavoro correlato è diventato legge e oggetto di valutazione del rischio. Purtroppo il limite è che si parla ancora solo di prevenzione specifica del danno da parte dell’azienda nei confronti dell’operatore, senza tener conto che il personale può essere

deteriorato da fattori stressogeni provenienti da altre innumerevoli fonti, con ricadute complessive che coinvolgono la sua forza terapeutica fino a trasformarlo in un malato esso stesso. Se l'obiettivo è una sanità sana, capace di assorbire emergenze e situazioni impreviste, va garantita la sicurezza del posto di lavoro ma va superata la ricerca unica del colpevole dello stress. Ciò non significa che l'ospedale si deresponsabilizza, anzi, si rende attore protagonista del percorso di miglioramento della resilienza allo stress da parte del suo personale che, al pari di un'atleta, è sempre in gara per aiutare i pazienti.

Troppo spesso si dà per scontato che il personale sanitario, per definizione, sia consapevole e assolutamente protetto dagli effetti che i sistemi di reazione allo stress attivano sul suo organismo. Si tratta di un luogo comune, poiché il terapeuta trascura molto spesso sé stesso per privilegiare l'aspetto assistenziale del suo ruolo. Inoltre la cultura accademica attuale è molto orientata alla patologia e all'utilizzo diagnostico e terapeutico della tecnologia, mediatori asettici della relazione con il paziente. Poco insiste sulla relazione proporzionale tra benessere del terapeuta, empatia, forza terapeutica e capacità di infondere fiducia nel paziente. Non è garantita una preparazione trasversale a tutte le discipline in merito alla relazione fra gli stili di vita e lo stress psicosociale.

La riflessione che segue si concentra su alcuni dati presenti in letteratura riguardanti il *burnout* di medici e infermieri, fermo restando che il fenomeno riguarda tutto il personale e va monitorato costantemente, con particolare attenzione alle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e al personale socio sanitario.

Burnout nei medici

La sindrome da *burnout* è definita da Maslach e Jackson come una sindrome tridimensionale che implica esaurimento emotivo, cinismo e pensieri negativi verso i pazienti e colleghi (depersonalizzazione) e un basso livello di realizzazione in merito alla propria *performance* (Maslach, 1981). L'indagine, organizzata da Medscape su 15.069 medici nel 2019, indica che il 44% dei professionisti della salute rientra tra i criteri di *burnout*, con un aumento del 2% rispetto all'anno precedente. L'11% dei medici si definisce depresso, il 14% dei medici ha pensato al suicidio. Gli urologi hanno riportato la più alta percentuale di *burnout* (54%) seguiti a ruota dai neurologi (53%). Per quanto riguarda il genere, sono le donne a soffrire di più di questo problema (50% delle donne rispetto al 39% degli uomini), per un carico doppio tra lavoro e famiglia o per propensione a riconoscere i segnali in modo più amplificato e a dichiararli. Tra le cause emergenti: il 59% attribuisce lo sfinimento al fatto di dover adempiere a troppe attività amministrative, il 34% al troppo tempo passato al lavoro, il 32% all'aumento di informatizzazione delle pratiche. Metà dei medici intervistati, che ha riferito di essere depresso, ha anche affermato di riconoscere le ripercussioni negative di questo aspetto sulla cura dei pazienti, ma nella maggior parte dei casi di non voler cercare aiuto (Kane, 2019). Un altro dato ci viene riportato da Rotenstein che ha effettuato una revisione sistematica di 182 studi per un totale di 109.628 medici in 45 Paesi e ha dimostrato una notevole variabilità nelle stime di prevalenza del *burnout*, con stime di *burnout* complessivo compreso tra 0% e 80,5% (Rotenstein, 2018). Un *range* così ampio riflette la marcata eterogeneità nei criteri utilizzati per definire e misurare il *burnout* in letteratura: sono state identificate almeno 142 definizioni. In Italia ci sono pochi studi che analizzano il tema del *burnout* e del benessere degli operatori sanitari in grado di dare una lettura simile a quella data da Medscape (Kane, 2019). Soler mette in evidenza che gli intervistati italiani oltre ad aver contribuito con il tasso di risposta più alto, hanno ottenuto un punteggio molto alto per il *burnout* (Soler, 2008).

I camici bianchi italiani hanno un livello di stress quasi doppio, il 43%, rispetto alla media dei colleghi europei che invece è al 22%. I motivi sono vari: notti in bianco per seguire da soli decine

di pazienti, carichi di lavoro eccessivi, tempi di recupero troppo brevi, mancato riconoscimento retributivo e paura di sbagliare. A tale situazione si aggiunge anche un sentimento di profonda insoddisfazione lavorativa.

Burnout nel personale infermieristico

Il personale sanitario è cresciuto costantemente negli ultimi dieci anni ma il rapporto sullo stato di salute 2017 riporta che la densità degli infermieri in Italia è relativamente bassa (6,1 per 1000 abitanti rispetto alla media europea di 8,4). Nel contesto assistenziale, il personale infermieristico risulta tra le professioni più affette da *burnout* (Canadas De La Fuente, 2015). A essere chiamati in causa molti fattori: sociodemografici (età, genere e stato civile), fattori psicologici, fattori legati al lavoro (anzianità di servizio o soddisfazione) e al tipo di servizio per il quale si esercita la propria attività. Mentre nell'assistenza primaria l'attività è gestita nel tessuto della comunità stessa e ha luogo in un lungo periodo, in ospedale il trattamento è considerato di breve termine e c'è un'elevata variabilità di pazienti assistiti. I dati presenti in letteratura danno un *range* di variabilità di prevalenza del fenomeno che va dal 5,2% (Navarro Gonzalez, 2015) al 31,3% (Vila Falgueras, 2015). Si comprende la difficoltà di accertare il reale impatto del *burnout* nel personale infermieristico dell'assistenza primaria. La dimensione più ampiamente presente nel *burnout* del personale infermieristico di tale settore, riguarda la bassa realizzazione personale. Questo dato è presente nel 31% dei campioni analizzati in 1430 articoli. Segue con il 28% l'esaurimento emozionale, mentre la depersonalizzazione ha una prevalenza del 15%. Tali dati sono attribuibili alla continua necessità di relazione con pazienti cosiddetti complessi, ad alto bisogno e alla ricerca di continue attenzioni assistenziali. L'importanza che l'assistenza primaria sta ricoprendo nell'ambito assistenziale, sommata alla grande domanda che viene fatta a quest'area assistenziale a causa dell'aumentata incidenza delle malattie croniche non trasmissibili, spinge di continuo il personale infermieristico a trovare nuove strade di gestione del lavoro. Da aggiungere il continuo contatto con la vulnerabilità della popolazione a domicilio, l'aumento del carico lavorativo e la mancanza di controllo sul proprio ambiente di lavoro, che risultano essere elementi che facilmente impattano sull'esaurimento emozionale e la bassa soddisfazione lavorativa (Monsalve-Reyes, 2018).

Benessere dei medici e la qualità dell'assistenza

Il benessere del medico impatta in modo importante anche sulla qualità dell'assistenza, al punto tale che lo stress del medico, il *burnout* o la sua insoddisfazione nel lavoro possono incidere pericolosamente nell'interazione medico paziente e risultare in una assistenza di basso livello qualitativo (Williams, 2007; Di Matteo, 1993). Inoltre anche i comportamenti di salute dei medici possono incidere in modo significativo sul consiglio che danno ai pazienti (Frank, 2000; Cornuz, 2000). Il benessere dei medici è un utile indicatore di qualità del sistema sanitario (Grossman, 1993). Nonostante l'importanza di questo parametro, i medici spesso pensano che la ricerca del loro benessere personale è in contrasto con la loro professionalità e che la cura dei pazienti viene prima di tutto. Per esempio molti medici lavorano anche quando sono ammalati (Uallachain, 2008) e alcuni si sono fissati sul fatto che mangiare quando si è in servizio è poco professionale e la stessa opinione l'abbiano anche i pazienti (Thompson, 2001; Lemaire, 2011).

Cosa si intende per benessere dei medici

Dare una definizione di benessere dei medici è un'impresa difficile per l'ampia varietà delle dimensioni che in letteratura si accostano a tale tema. Spesso l'enfasi massima viene data alla presenza/assenza di emozioni negative come nel *burnout*. Goldberg descrive il benessere come qualcosa che misura l'interesse nei confronti della salute fisica ed emozionale e tra i vari aspetti della graduazione del benessere arriva ad affrontare anche il *burnout* (Goldberg, 1996). Secondo Shanafelt però il benessere va oltre l'assenza di *distress* e include il fatto di sentirsi sfidati e con la voglia di prosperare e raggiungere il successo in vari aspetti della vita personale e professionale (Shanafelt, 2005). Uncu si focalizza sul concetto di benessere soggettivo e lo descrive come un'ampia categoria che comprende le risposte emotive dell'individuo, le soddisfazioni nei diversi settori e i giudizi globali sulla soddisfazione della vita (Uncu, 2007). Il lavoro è uno dei settori di soddisfazione che sono considerati sotto le componenti del benessere soggettivo. Il benessere secondo Wallace e Lemaire riflette la misura in cui un individuo trova significato, ed è in grado di esprimere autenticamente sé stesso, nella propria vita e lavoro (Wallace, 2007). Fang chiama in causa anche il benessere spirituale come importante settore della qualità di vita (Fang, 2011). Secondo Lebensohn il benessere è un processo attivo che guida le scelte nelle dimensioni multiple del corpo, mente, spirito e che porta verso modi di vivere più salutari (Lebensohn, 2013). Colón-de Martí analizza la situazione del ritmo circadiano nei medici che eseguono interventi chirurgici, e delle ricadute sulla qualità del sonno, parametro importante per garantire il benessere e la capacità di recupero dopo una fatica (Colón-de Martí, 2014). Thorndike definisce il benessere dei medici come la capacità di praticare per sé stessi comportamenti di promozione della salute, anche per facilitare il loro stesso lavoro di coinvolgimento dei pazienti ed essere credibili, mentre un calo di benessere fa credere loro di non avere tempo per prendersi cura di sé stessi (Thorndike, 2014). La *review* in cui sono riportate queste definizioni conclude con la proposta di sviluppare urgentemente un termine olistico che possa far superare la difficoltà di accordo su questa definizione così ricca di dimensioni, al fine di monitorare seriamente questo tema (Brady, 2018). L'obiettivo futuro è quello di riorientare la classica cultura organizzativa e politica in cui dai medici si attende spesso la negazione del loro stesso benessere in favore della continua erogazione di cure compassionevoli e competenti. In effetti tale cultura non è né benefica, né efficiente.

Qual è la percezione reale dei pazienti rispetto a questi aspetti?

Lo studio di Lemaire evidenzia la relazione reciproca tra il benessere del medico e il benessere della cura che viene erogata (Lemaire, 2018). I segnali che i pazienti notano riguardano l'aspetto fisico, il comportamento, il ritmo di lavoro e i segnali di stress. I partecipanti hanno descritto un senso di energia intangibile in particolare quando la relazione si è stabilita da molto tempo, dove i pazienti osservano cambiamenti nella stabilità emozionale del medico, del peso, del comportamento tra una visita e l'altra. Quando un paziente giudica negativamente i segnali che percepisce, avrà una visione negativa del suo percorso di cura. I pazienti notano lo scarso contatto con i colleghi, la tendenza a fare errori, hanno meno fiducia in un medico che non sta bene. I sentimenti di fiducia sono fortemente attaccati quando il paziente non si sente trattato come una persona intera, coinvolto empaticamente e con compassione nella scelta terapeutica. Se un paziente percepisce il malessere del medico, cerca di minimizzare i suoi sintomi per non sovraccaricare il medico, riduce il numero di problemi che ha. Questa sorta di reciprocità nell'assistenza è stata descritta da Ratanawongsa e il suo *team* come elemento che associa il *burnout* con la comunicazione del paziente con il medico (Ratanawongsa, 2008). I pazienti che vedono i medici affetti da *burnout* maggiore sono più propensi a usare parole di conforto e ottimismo rispetto a quelli che incontrano medici con un minor livello di *burnout*, quasi a

esercitare un ruolo empatico supportivo a loro volta. Inoltre i pazienti si rendono conto che a volte il malessere dei medici è dovuto al grande carico di lavoro che affrontano continuamente e le difficoltà del sistema sanitario.

Uno sguardo all'Italia

La maggior parte degli studi presentati in letteratura sono stati condotti su medici che lavorano nei dipartimenti di emergenza e nei servizi di emergenza e rianimazione e sui medici di famiglia. Il *burnout* in generale può colpire il meglio di infermieri e medici. La ricerca suggerisce che i migliori professionisti della salute, quelle “anime orientate ai dettagli, perfezioniste, profondamente compassionevoli tra noi”, sono a maggior rischio di esaurimento. Perché? Perché le loro realtà non sempre corrispondono ai loro alti standard e lo stress e la frustrazione che ne derivano nel tempo portano all'esaurimento fisico e mentale, che è caratteristico del *burnout*. Congestione, sovrappollamento, varietà e complessità dei casi, gravità delle situazioni cliniche, problemi sociali e familiari dei pazienti, impatto della morte, carico di lavoro, sono fattori di rischio specifici per gli operatori (Gnerre, 2017).

Si evidenzia che lo stress agisce soprattutto a livello fisico nei reparti di emergenza e a livello prevalentemente psicologico nei reparti della cronicità, portando entrambi a una sommatoria che incide in modo diverso in base alla capacità del soggetto, alle sue modalità di recupero, agli stili di vita che pratica e soprattutto in base alla rete sociale che lo sostiene.

Come si fa a promuovere salute in un contesto assistenziale?

Il concetto di un ospedale come promotore di salute non significa che l'ospedale abbia cambiato la sua funzione principale da quella curativa a quella di promuovere la salute, ma che ha incorporato nella propria cultura e nel lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie (Groene, 2005).

Il tema della promozione della salute negli ospedali è da sempre dibattuto, come se fosse un paradosso. Purtroppo il problema che stiamo affrontando da molto tempo è che i servizi assistenziali sanno curare molto bene, ma non riescono allo stesso tempo a guarire le persone, sempre più afflitte da patologia cronica. Dalla Carta di Ottawa in poi il tema è stato oggetto di un progetto pilota che nel 1992 ha dato l'avvio alla rete degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute: *Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) Network*. L'iniziativa è partita dalla WHO per integrare i principi e i valori della Carta di Ottawa nei confronti di pazienti, personale interno e cittadinanza. La rete HPH è quindi diventata la rete di riferimento per il contesto sanitario assistenziale. L'obiettivo era avere una visione più ampia della salute rispetto a quella della prevenzione della malattia. In particolare, la strategia fornisce alle istituzioni sanitarie l'opportunità di contribuire attivamente agli obiettivi di salute pubblica che, data la crescente prevalenza di malattie croniche, stanno diventando estremamente importanti per migliorare la salute delle popolazioni del mondo. La *mission* di questo movimento è sensibilizzare sul concetto di promozione della salute, contribuire alla sua propagazione negli ospedali e nei servizi sanitari e sostenerne l'attuazione su scala nazionale e internazionale. Questa strategia include dei passaggi fondamentali come:

- l'impostazione di una struttura di *governance* HPH specifica;
- l'informazione e il coinvolgimento dei clinici e di tutto il personale nella comunicazione della promozione della salute;

- lo sviluppo di piani d’azione annuali, compresi progetti specifici per l’attuazione e lo sviluppo di politiche specifiche in base alle problematiche o al target di popolazione;
- l’introduzione di procedure per misurare e monitorare nel tempo i risultati sulla salute;
- l’impatto sulla salute e gli incrementi di salute per i pazienti, il personale e le popolazioni della comunità.

La rete HPH promuove e diffonde principi, raccomandazioni e standard riconosciuti a livello internazionale per ospedali e servizi sanitari orientati alla salute definiti nella Carta di Ottawa (WHO, 1986), nella Dichiarazione di Budapest sugli ospedali per la promozione della salute (WHO, 1991), nelle Raccomandazioni di Vienna (WHO/Europe, 1997), nella Carta di Bangkok (WHO, 2006) e negli standard per la promozione della salute negli ospedali (WHO, 2005). La rete persegue valori di multiprofessionalità e multidisciplinarietà e guida il cambiamento attraverso un *set* di standard di autovalutazione e di indicatori per la promozione della salute, coerenti con il ciclo di miglioramento continuo della qualità secondo l’HPH (<https://www.hphnet.org/standards>). La rete internazionale comprende attualmente 20 reti HPH nazionali/regionali e 50 singoli membri HPH che collaborano per riorientare l’assistenza sanitaria verso la promozione della salute. In totale, quasi 600 ospedali e membri del servizio sanitario di 33 Paesi hanno aderito a questa comunità.

Rete HPH in Italia

In Italia attualmente si tratta di una rete di reti. La rete nazionale è guidata a rotazione da una delle reti regionali, le quali singolarmente siglano gli accordi quadriennali con la segreteria internazionale HPH.

Per attuare un’evoluzione coerente con il periodo storico che stiamo affrontando, l’evoluzione naturale che si attende è quella di rinforzare l’identità culturale e metodologica dell’approccio basato sui *setting* nei contesti sanitari a livello nazionale, in linea con il protocollo di intesa del 2019 fra il Ministero della Salute e il Ministero dell’Istruzione, dell’università e della ricerca, che riguarda il *setting* scolastico che promuove la salute (Conferenza Stato-Regioni, 2019). Tale protocollo, che invita le regioni alla costituzione di reti regionali in sinergia con la rete *Schools for Health in Europe*, auspica la produzione di un documento dedicato ai contesti sanitari assistenziali per la omogenea attivazione delle reti regionali aderenti alla rete internazionale HPH, in modo da attivare un linguaggio comune e superare la frammentazione dispersiva delle iniziative.

Approcci organizzativi e sostenibilità

Dopo aver esaminato gli approcci organizzativi di un certo numero di ospedali che promuovono la salute, Johnson e Baum hanno sviluppato quattro tipologie che ne descrivono vantaggi ed efficacia (Johnson, 2001). Di seguito si riporta il riepilogo.

- 1) Il primo tipo di approccio si concentra esclusivamente su progetti di promozione della salute *ad hoc* che possono essere orientati verso i pazienti e le loro famiglie, il personale, la struttura funzionale dell’istituzione, il suo ambiente fisico o la comunità.
- 2) Il secondo tipo riguarda uno o più gruppi e gli aspetti sopra elencati, ma di solito è delegato a una specifica divisione, dipartimento o membro del personale. Il potenziale impatto del progetto è quindi limitato.
- 3) Il terzo tipo prevede l’implementazione di un programma di promozione della salute che coinvolge l’intera istituzione. Attivando questo approccio, l’ente diventa *setting* di promozione della salute.

4) Infine, il quarto tipo combina il terzo tipo insieme ad azioni e *partnership* intese a promuovere la salute della comunità.

Secondo gli autori, i primi due approcci potrebbero essere appropriati per l'avvio sperimentale di un cambiamento organizzativo in favore della promozione della salute, mentre gli ultimi due tipi sono gli unici che possono veramente mobilitare l'intera organizzazione e garantire la sostenibilità della cultura della promozione della salute dell'ente.

Johnson e Baum sottolineano inoltre l'importanza di ottenere l'impegno e sostegno da tutti i livelli dell'organizzazione se l'istituzione vuole riuscire ad adottare e attuare una politica di promozione della salute.

Rete interna e autovalutazione

L'autovalutazione è un processo utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il livello di *performance* in relazione agli standard stabiliti e per implementare azioni finalizzate al miglioramento continuo. L'autovalutazione può riguardare tutte le attività ospedaliere o può focalizzarsi su aspetti specifici, come la promozione della salute. Ciò permette al personale di identificare le aree di buona pratica e le aree dove invece è richiesto un miglioramento. Il personale ospedaliero può quindi definire le priorità e pianificare le azioni necessarie o riproporre le buone pratiche in altri reparti dell'ospedale.

È importante evidenziare che la promozione della salute, che non può essere delegata a uno specifico ruolo o a una singola funzione all'interno dell'ospedale, è "responsabilità di tutti in un ospedale" e i pazienti e ogni membro del personale possono contribuirvi. Come elemento di qualità, le attività di promozione della salute dovrebbero essere valutate dagli standard e dagli indicatori, analogamente agli altri elementi di qualità clinica. In questo contesto le attività possono essere viste come "valore aggiunto" rispetto alle iniziative di qualità esistenti e l'autovalutazione delle attività di promozione della salute dovrebbe essere integrata all'interno del sistema di gestione della qualità.

È importante sottolineare come tutto il personale deve essere impegnato per il successo della strategia. L'impegno muterà in base all'interesse e alla motivazione, tuttavia il sostegno alla strategia e il senso di appartenenza sono due elementi chiave per il successo. Deve essere identificato il gruppo dedicato al progetto con ruoli e responsabilità chiaramente definiti. A titolo esemplificativo si cita il decreto regionale della rete del Friuli Venezia Giulia, che descrive nel regolamento della rete i compiti e i ruoli del personale coinvolto (Decreto n. 1100/SPS del 31 luglio del 2018) (Friuli Venezia Giulia, 2018).

Alleanze tra il contesto sanitario e gli altri *setting* di una comunità

Tra le alleanze, va considerato il potenziale di collaborazione fra la rete che identifica la promozione della salute nel contesto sanitario (HPH) e le altre reti di riferimento dei contesti extra-sanitari, come quella dedicata alla promozione della salute nei luoghi di lavoro (*Workplace Health Promotion*, WHP) o quella che promuove la salute nelle scuole (*Schools for Health in Europe*, SHE). In alcune realtà regionali italiane la rete dedicata alla promozione della salute nei luoghi di lavoro si fa promotrice di iniziative che riguardano anche il benessere e la promozione della salute del personale sanitario. Purtroppo però così facendo si esautorava il *setting* sanitario dalla responsabilità di essere il motore delle politiche strategiche di promozione della salute di

una comunità, in quanto colui che porta il carico delle ricadute dei mancati investimenti in termini di salute. Un contesto sanitario che si fa accreditare sui temi dalla salute da un sistema basato sul lavoro in senso generale, senza integrare un percorso di periodica autovalutazione e miglioramento guidato dall'interno, genera confusione sul suo mandato. Il personale sanitario *in primis* ha la necessità di capire la differenza fra il ruolo di promozione della salute che ha a livello extra-sanitario e quello che viene esercitato nella pratica assistenziale. E che i risultati per manifestarsi devono essere perseguiti con visione sistemica, con perseveranza e metodo. La popolazione assistita deve capire che ha un ruolo fondamentale nel preservare il capitale di salute che possiede. L'ambiguità della regia e il continuo cambiamento di rotta spesso dettato dai cambiamenti politici che si ripercuotono sulla *leadership* di una comunità, ostacola la responsabilità nei processi e a ogni cambio di rotta si azzerava tutto. In base agli approcci organizzativi descritti è auspicabile che le Direzioni dei *setting* sanitari riconoscano il valore di una regia unica e stabile per la promozione della salute, in cui pazienti, operatori e cittadini trovino strumenti comuni e possibilità di misurare i risultati. La rete degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute ha il compito di guidare la promozione della Salute di una comunità, generando cultura condivisa, alleanze con altre reti a partire da percorsi efficaci per il personale e i pazienti.

Carico di malattia ai tempi della pandemia COVID-19

Interpretare il “carico di malattia” in un periodo di emergenza, mantenendo attive le chiavi di lettura della promozione della salute, implica il fatto di saper valutare il carico allostatico. Quando si manifesta un attacco stressogeno di elevata intensità e durata, e il COVID-19 è a pieno titolo un attacco stressogeno nei confronti dei sistemi di difesa dell'organismo, esso avrà ricadute non solo sull'immediato, ma anche sul lungo periodo (Chrousos, 2009), nell'ambito della salute psicologica, fisica, sociale e relazionale del personale e degli assistiti e quindi sul carico di malattia della comunità.

In tale prospettiva sono da considerare interventi di breve, medio e lungo termine, da mettere in atto per promuovere la salute da subito, tenendo conto dei seguenti aspetti:

- la drammatica esperienza della pandemia COVID-19 testimonia il fatto che i fenomeni imprevedibili possono andare molto oltre la capacità previsionale di una comunità;
- i fenomeni legati all'emergenza possono essere i più diversi (virus, batteri, terremoti, catastrofi ambientali di natura chimica, da radiazioni, conflitti armati, ecc.) e per evitare di disperdere le forze quando un attacco si genera, è importante controllare la variabilità della modalità di reazione con cui l'organismo fa fronte a questi elementi, definiti *stressor*;
- la differenza nell'approccio, proattivo o difensivo, dipende dalla percezione di essere capaci di ridurre il carico stressogeno e di riparare il danno che si è reso manifesto piuttosto che ritenersi completamente indifesi nei confronti dello *stressor*. E questo vale sia per le persone che per le organizzazioni;
- per monitorare l'impatto della reazione durante l'evento stressogeno è fondamentale avere almeno un punto di riferimento delle condizioni preesistenti all'attacco: la fotografia dell'esistente. L'autovalutazione periodica del grado di implementazione della promozione della salute nel contesto sanitario può essere integrata nei percorsi di accreditamento aziendale, ma va comunque promossa anche a livello capillare a cura di ogni servizio;
- essere capaci di misurare l'impatto dello *stressor* su individui e organizzazioni è un fattore essenziale per avviare piani di miglioramento continui e verificarne l'efficacia nel produrre miglioramento;

- gli indicatori per le organizzazioni sono quantitativi e qualitativi, tra i quali le assenze per malattia, gli infortuni, i *near miss* (i quasi incidenti), le ferie non godute, i contenziosi, le non idoneità alla mansione, gli indici di fuga e di attrazione dei reparti, i fenomeni di violenza, le aggressioni e le molestie, la *malpractice*, la soddisfazione dei pazienti;
- per lo studio del livello individuale, oltre ai test psicometrici, sono disponibili test che misurano in modo oggettivo l'impatto dello stress sull'organismo, consentendo piani di intervento basati sulla promozione della salute e di corretti stili di vita. Si tratta di indicatori innovativi, rivoluzionari perché scientificamente validati ma non invasivi, che consentono un salto di qualità nel monitoraggio e nella proposta di miglioramento nei confronti della reazione allo stress oggettivabile nel tempo. Un'esperienza significativa è stata realizzata nel 2020 dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, ARCS, di Udine, per sostenere il personale sanitario coinvolto nell'emergenza COVID-19 (Aguzzoli et al., 2020).

Bibliografia

- Aguzzoli C, Portolan P, Camilli A, Lardieri G, Saccavini M, De Monte A, Gobbato CA, Conte A, Cussigh E, Piemontesi A, Channoufi L, La Diega A. *Aver cura di chi ci ha curato*. Udine: Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute; 2020. https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/11/10/All.%205_Benessere%20del%20personale%20_Progetto%20Aver%20cura%20di%20chi%20ci%20ha%20curato.pdf; ultima consultazione 04/01/2021.
- Baric L. Health Promoting Schools: evaluation and auditing. *Journal of the Institute of Health Education* 1991;29:114-20.
- Baric L. The settings approach-implications for policy and strategy. *Journal of the Institute of Health Education* 1993;31:17-24.
- Brady KJS, Trockel MT, Khan CT, Raj KS, Murphy ML, Bohman B, Frank E, Louie AK, Roberts LW. What do we mean by physician wellness? A systematic review of its definition and measurement. *Acad Psychiatry* 2018;42(1):94-108.
- Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud* 2015;52(1):240-9.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol* 2009;5(7):374-81.
- Chu C, Driscoll T, Dwyer S. The health-promoting workplace: an integrative perspective. *Aust N Z J Public Health* 1997;21(4 Spec No):377-85.
- Colón-de Martí LN, Martínez A, Gómez Y, Rivera-Colón I. Perceptions of a group of surgical and non-surgical residents at a Hispanic academic medical center of the impact of the night-float system. *P R Health Sci J* 2014;33(2):45-50.
- Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17(6):535-40.
- Di Matteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 1993;12(2):93-102.
- Fang CK, Li PY, Lai ML, Lin MH, Bridge DT, Chen HW. Establishing a 'physician's spiritual well-being scale' and testing its reliability and validity. *J Med Ethics* 2011;37(1):6-12.
- Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med* 2000;9(3):287-90.

- Gnerre P, Rivetti C, Rossi AP, Tesei L, Montemurro D, Nardi R. Work Stress and burnout among physicians and nurses in Internal and Emergency Departments. *Italian Journal of Medicine* 2017;11:740.
- Goldberg R, Wayne Boss R, Chan L, Goldberg J, Mallon W K, Moradzadeh D, Goodman A, McConkie M L. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine* 1996;3(12):1156-164.
- Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Leadership in Health Services* 2005; 18(4-5):300-7.
- Hunter DJ. Public health management. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(6):342-3.
- Johnson A, Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot Int* 2001;16(3):281-7.
- Kane LMA. *Medscape national physician burnout, depression & suicide report 2019*. Medscape: 16/01/2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056>; ultima consultazione 04/01/2021.
- Friuli Venezia Giulia. *Decreto n. 1100/SPS del 31/07/2018. Rete Health Promoting Hospitals & Health Services del Friuli Venezia Giulia (approvazione del Regolamento)*. FVG; 2018 Disponibile all'indirizzo: https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/08/31/Decreto_1100_Approvazione_Regolamento.pdf; ultima consultazione 11/01/2021.
- Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan* 2000;15(3):255-62.
- Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, Schneider C, Sroka S, Waxman D, Maizes V. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med* 2013;45(8):541-9.
- Lemaire JB, Ewashina D, Polachek AJ, Dixit J, Yiu V. Understanding how patients perceive physician wellness and its links to patient care: A qualitative study. *PLoS One* 2018 May 15;13(5):e0196888.
- Lemaire JB, Wallace JE, Lewin AM, de Grood J, Schaefer JP. The effect of a biofeedback-based stress management tool on physician stress: a randomized controlled clinical trial. *Open Med* 2011;5(4):e154-63.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981;2(2):99-113.
- Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2018;10;19(1):59.
- Navarro-González D, Ayeche-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalence of burnout syndrome and its associated factors in Primary Care staff. *Semergen* 2015;41(4):191-8.
- Conferenza Stato-Regioni. *Documento concernente "Indirizzi di 'policy' integrate per la Scuola che Promuove Salute"*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2019. (Atti n. 2/CSR del 17 gennaio 2019). <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2019&codLeg=67699&parte=1%20&serie=null>; ultima consultazione 11/01/2021.
- Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, Cooper LA. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *J Gen Intern Med* 2008;23(10):1581-8.
- Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA* 2018;320(11):1131-1150.

- Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2005;20(7):559-64.
- Simnett I. *Managing health promotion. Developing healthy organisations and communities*. Chicester: Wiley; 1996.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, Ozvacic Z, Desgranges JP, Moreau A, Lionis C, Kotányi P, Carelli F, Nowak PR, de Aguiar Sá Azeredo Z, Marklund E, Churchill D, Ugan M, european general practice research network burnout study group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25(4):245-65.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, Ozvacic Z, Desgranges JP, Moreau A, Lionis C, Kotányi P, Carelli F, Nowak PR, de Aguiar Sá Azeredo Z, Marklund E, Churchill D, Ugan M, european general practice research network burnout study group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25(4):245-65.
- Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001;323(7315):728-31.
- Thorndike AN, Mills S, Sonnenberg L, Palakshappa D, Gao T, Pau CT, Regan S. Activity monitor intervention to promote physical activity of physicians-in-training: randomized controlled trial. *PLoS One* 2014;9(6):e100251.
- Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Ir Med J* 2007;100(6):489-91.
- Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *Eur J Public Health* 2007;17(5):514-9.
- Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout and teamwork in primary care teams. *Aten Primaria* 2015;47(1):25-31.
- Wallace JE, Lemaire J. On physician well being-you'll get by with a little help from your friends. *Soc Sci Med* 2007;64(12):2565-77.
- Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev* 2007;32(3):203-12.
- WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Geneva: World Health Organization; 1986. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf; ultima consultazione 11/01/2021.
- WHO. *The Budapest Declaration of Health Promoting Hospitals*. Copenhagen: WHO/Europe Region; 1991. Disponibile all'indirizzo <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Budapest-Declaration.pdf>; ultima consultazione 28/03/2021
- WHO. *Sundsvall statement on supportive environments for health*. Report from the International Conference on health promotion. Sundsvall (Sweden): World Health Organization; 1991. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>; ultima consultazione 04/01/2021.
- WHO. *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization; 1997. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>; ultima consultazione 04/01/2021.
- WHO. *Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: World Health Organization; 1998 (series No. 5). Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf; ultima consultazione 04/01/2021.

- WHO. *Annex 5 glossary of terms in "health 21. The health for all policy framework for the WHO european Region"*. Copenhagen: World Health Organization; 1999. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272657/9289013494-eng.pdf>; ultima consultazione 11/01/2021.
- WHO. *Health promotion in hospitals: evidence and quality management*. Copenhagen: World Health Organization; 2005. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf; ultima consultazione 28/03/2021
- WHO. *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf; ultima consultazione 04/01/2021.
- WHO/Europe. *National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. Report on the Third Workshop. Vienna, Austria 16–17 April 1997*. Copenhagen: World Health Organization, European Regional Office; 1997. (EUR/HFA target 29). Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108045/E56785.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultima consultazione 04/01/2021.
- Ziglio E. Repositioning health promotion: research implications. In: Watson J, Platt S (Ed.). *Researching Health Promotion*. London: Routledge; 2000. Chapter 2.

PERCORSI FORMATIVI PER SOSTENERE IL CAMBIAMENTO INDIVIDUALE: LIFE SKILLS, INTELLIGENZA EMOTIVA E COGNITIVE BEHAVIORAL COACH

Anna De Santi (a), Giuliana Solinas (b), Carlo Pensavalle (c)

(a) Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Sassari

(c) Dipartimento di Chimica e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Competenze che migliorano la vita

In questo capitolo si evidenziano le *life skills* della *World Health Organization* (WHO) intese come abilità che concorrono alla costruzione della salute della persona dal punto di vista fisico, mentale, affettivo, cognitivo, economico, sociale, culturale e spirituale.

Tali competenze pongono attenzione all'alimentazione, a una sana attività fisica, alla prevenzione dei comportamenti a rischio, al vivere nell'ambito di un rapporto di sicurezza, affetto, supporto e comprensione e ancora allo sviluppo di interessi e relazioni sociali, conoscenze, creatività. Queste abilità si coltivano e maturano attraverso lo sviluppo della cultura, letteratura, arti, musica, confronto tra persone, tra sessi e culture diverse e infine con lo sviluppo di una vita sessuale e di coppia al cui interno siano presenti soddisfazione, conoscenza e consapevolezza dei meccanismi della relazione.

Se analizziamo la situazione di salute generale del nostro e degli altri Paesi del mondo e consideriamo le recenti analisi della WHO si evince che tutte queste competenze e capacità devono essere sviluppate maggiormente negli individui in quanto: attualmente il 70% delle malattie di tutto il mondo (malattie cardiovascolari, diabete, cancro, ipertensione arteriosa, obesità e depressione) originano da cattivi stili di vita come diete malsane, carenza di attività fisica e stress psicologico; evidenze scientifiche dimostrano che un numero limitato di comportamenti contribuisce in larga misura a determinare alcune tra le maggiori cause di morte che colpiscono la nostra società, come le malattie cardiocircolatorie, il cancro e gli incidenti; non si agisce abbastanza sulla modifica degli stili di vita, sulla promozione di condizioni di salute globali e sull'aumento di competenze che permettono le necessarie modifiche comportamentali e il pieno sviluppo delle potenzialità umane (Ministero della Salute, 2013).

Queste competenze, che devono fare riferimento alle caratteristiche psicosociali dell'ambiente, alle influenze della famiglia di origine, della scuola e del lavoro, sono fattori rilevanti che determinano il grado di sviluppo delle conoscenze, capacità e attitudini di ogni individuo. Non sempre quindi si è equipaggiati delle *skills* necessarie per affrontare le crescenti richieste e gli stress che si incontrano quotidianamente nel percorso di crescita e di vita quotidiano. Si rende quindi necessario approfondire tutte le modalità che possono aiutare a far fronte in modo resiliente a questo complesso problema.

Le *life skills* sono le abilità di base che mettono in grado gli individui di diventare protagonisti delle proprie scelte e di correggere cattive abitudini o comportamenti a rischio. La WHO le definisce sinteticamente competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana e che, per ogni *skill* sono definite come segue (De Santi, 2008; WHO, 1993):

- *Decision making*: competenza che aiuta ad affrontare in maniera costruttiva le decisioni nei vari momenti della vita. La capacità di elaborare attivamente il processo decisionale, valutando le differenti opzioni e le conseguenze delle scelte possibili, può avere effetti positivi sul piano della salute, intesa nella sua accezione più ampia.
- *Problem solving*: questa capacità, permette di affrontare i problemi della vita in modo costruttivo.
- *Pensiero creativo*: agisce in modo sinergico rispetto alle due competenze sopracitate, mettendo in grado di esplorare le alternative possibili e le conseguenze che derivano dal fare e dal non fare determinate azioni. Aiuta a guardare oltre le esperienze dirette, può aiutare a rispondere in maniera adattiva e flessibile alle situazioni della vita quotidiana.
- *Pensiero critico*: è l'abilità ad analizzare le informazioni e le esperienze in maniera obiettiva. Può contribuire alla promozione della salute, aiutando a riconoscere e valutare i fattori che influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti.
- *Comunicazione efficace*: sapersi esprimere, sia sul piano verbale che non verbale, con modalità appropriate rispetto alla cultura e alle situazioni. Questo significa essere capaci di manifestare opinioni e desideri, bisogni e paure, esser capaci, in caso di necessità, di chiedere consiglio e aiuto.
- *Capacità di relazioni interpersonali*: aiuta a mettersi in relazione e a interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale. Tale capacità può esprimersi sul piano delle relazioni con i membri della propria famiglia, favorendo il mantenimento di un'importante fonte di sostegno sociale; può inoltre voler dire esser capaci, se opportuno, di porre fine alle relazioni in maniera costruttiva.
- *Autoconsapevolezza*: ovvero riconoscimento di sé, del proprio carattere, delle proprie forze e debolezze, dei propri desideri e delle proprie insofferenze. Sviluppare l'autoconsapevolezza può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. Si tratta di un prerequisito di base per la comunicazione efficace, per instaurare relazioni interpersonali, per sviluppare empatia nei confronti degli altri.
- *Empatia*: è la capacità di immaginare come possa essere la vita per un'altra persona anche in situazioni con le quali non si ha familiarità. Provare empatia può aiutare a capire e accettare i "diversi"; questo può migliorare le interazioni sociali per es. in situazioni di differenze culturali o etniche. La capacità empatica può inoltre essere di sensibile aiuto per offrire sostegno alle persone che hanno bisogno di cure e di assistenza, o di tolleranza, come nel caso dei sofferenti di AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), o di disordini mentali.
- *Gestione delle emozioni*: implica il riconoscimento delle emozioni in noi stessi e negli altri; la consapevolezza di quanto le emozioni influenzino i comportamenti e la capacità di rispondere alle medesime in maniera appropriata.
- *Gestione dello stress*: consiste nel riconoscere le fonti di stress nella vita quotidiana, nel comprendere come queste ci "tocchino" e nell'agire in modo da controllare i diversi livelli di stress.

La mancanza di tali *skills* può causare l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress. L'apprendimento di tali abilità si può raggruppare in tre grandi aree:

- *imparare a sapere*: abilità cognitive inerenti alla presa di decisioni, soluzione di problemi e pensiero critico;
- *imparare a essere*: abilità personali che permettono di accrescere il *locus of control* interno, gestire le emozioni e lo stress;

- *imparare a vivere insieme*: abilità sociali inerenti alla comunicazione interpersonale, la capacità di negoziare e/o opporre un rifiuto, l’empatia, la cooperazione e il lavoro di gruppo, il dare appoggio.

Applicare le *life skills* nelle aree di rischio di salute

Data la molteplicità dei determinanti che agisce sulla salute mentale e quindi sulla motivazione a scegliere sani stili di vita, la responsabilità di promuoverla e di prevenire il disagio deve coinvolgere più attori, dentro e fuori il Servizio Sanitario Nazionale, con un approccio globale, integrato e coordinato. Diventa quindi fondamentale la collaborazione dell’intera comunità, del sistema sanitario con quello sociale e, in particolare se si parla di età evolutiva, con il sistema Scuola/Università. Come segnalato nell’ultimo Piano Sanitario Nazionale, l’approccio di promozione della salute e prevenzione del disagio mentale, come previsto dalla metodologia delle *life skills*, risulta fondamentale in quanto si combina bene a strategie multisettoriali integrate che uniscono interventi universali e interventi mirati su popolazioni specifiche allo scopo di rafforzare le capacità di resilienza. Le indicazioni relative all’applicazione delle *life skills* agli interventi di Educazione alla Salute in generale devono considerare:

- le caratteristiche biologiche dei soggetti (età, sesso, ecc.);
- le caratteristiche sociali (cultura di appartenenza, ambiente sociale, ecc.);
- il livello di autoefficacia del singolo e del gruppo;
- il luogo dove si svolge l’intervento;
- il tipo di area a rischio oggetto dell’intervento.

Il fattore più importante che determina la scelta di una strategia piuttosto di un’altra riguarda l’area a rischio oggetto dell’intervento (De Santi, 2008).

Il presupposto teorico alla base dell’insegnamento delle *life skills* è la “teoria dell’apprendimento sociale” sviluppata da Bandura secondo la quale l’apprendimento è un’acquisizione attiva che avviene attraverso la trasformazione e la strutturazione dell’esperienza (Bandura, 1996). Secondo questa teoria, gli individui non subiscono passivamente le influenze del proprio ambiente ma mantengono con esso un rapporto di interazione reciproca e possono migliorare il proprio livello di autoefficacia acquisendo nuove conoscenze e abilità per affrontare e gestire situazioni diverse e problematiche. L’apprendimento può verificarsi o attraverso l’esperienza diretta oppure indirettamente, osservando e modellando le proprie azioni su quelle di altri in cui ci si identifica, o attraverso la formazione di abilità legate alla situazione specifica, come l’autovalutazione, che rafforza la fiducia di essere in grado di attuare un determinato comportamento.

Applicare le *life skills* nel sistema Scuola/Università

Il sistema Scuola/Università rappresenta un luogo di confronto imprescindibile per qualunque serio e reale programma sanitario che voglia conseguire un vasto e positivo impatto sulla salute di tutto il Paese in quanto, più di qualsiasi altro sistema, può aiutare a vivere in modo più sano, soddisfacente e produttivo, contribuendo a far acquisire le conoscenze e le abilità necessarie a evitare comportamenti e stili di vita a rischio. Inoltre, può permettere lo sviluppo dell’autonomia e dei processi di *empowerment* aiutando nell’apprendimento di capacità, quali il saper prendere decisioni, comunicare in modo efficace e resistere alle influenze esterne facendo compiere scelte comportamentali salutari. In particolare:

- può promuovere la conoscenza dei comportamenti che hanno rilevanza per la salute;
- può intervenire sulle variabili psicologiche, relazionali, sociali, culturali e ambientali che influenzano i comportamenti a rischio e che rendono difficile l’acquisizione di comportamenti sani;
- può rimuovere i comportamenti a rischio per la salute, favorendo l’acquisizione di nuove conoscenze, atteggiamenti e capacità operative attinenti a stili di vita sani;
- può stimolare ad analizzare negli individui gli atteggiamenti, i valori e i comportamenti che consentano loro di sviluppare capacità di valutazione e di autonomia.
- rappresenta un luogo strategico di promozione della salute in età evolutiva in quanto: accoglie per un lungo periodo di vita soggetti in età evolutiva e offre la possibilità di osservare e monitorare il percorso di crescita e il modello di salute e benessere sul quale il singolo soggetto sta forgiando il suo personale concetto di “stare bene”;
- è abitato da figure adulte con una funzione educante che hanno a disposizione un metodo pedagogico in grado di potenziare il sapere, il saper fare e il saper essere degli individui;
- è promotore di una vera e propria rivoluzione pedagogica che ha consentito di affiancare a un approccio tradizionale disciplinare, un’ampia gamma di offerte formative dal taglio altamente educativo finalizzate a porre in risalto la risposta ai bisogni più profondi delle persone in formazione;
- vive e pulsa nel proprio territorio di riferimento e si connota per la propria capacità di costruire reti e connessioni con altre agenzie (educative e non) presenti nella comunità; (De Santi, 2008).

Già dal 1992 il Bollettino WHO *Skills for life* n. 1 riporta che per insegnare ai giovani ad adottare e a mantenere corretti stili di vita è necessario introdurre le *life skills* all’interno di specifici programmi nelle scuole, nelle università o in altri luoghi deputati all’apprendimento. Per questo, la WHO ha definito il nucleo fondamentale di *skills* che deve rappresentare il fulcro di ogni programma di prevenzione, mirato alla promozione del benessere della persona in formazione indipendentemente dal contesto. Accanto agli interventi universali, vanno quindi sviluppati interventi specifici, dentro e fuori dal sistema, rivolti a gruppi a rischio come per esempio quelli che vivono in particolari condizioni sociali o economiche. In particolare, i progetti formativi devono essere deputati allo sviluppo delle *life skills* e anche dell’intelligenza emotiva di Goleman allo scopo di promuovere il benessere psicofisico, la riduzione dello stress, dell’ansia e della depressione per attivare nei giovani percorsi di crescita personali che consentano l’accesso alle migliori informazioni scientifiche e alle più efficaci tecniche e pratiche utili per promuovere le discipline e gli stili di vita, che nutrono, curano e arricchiscono in maniera sinergica il corpo, la mente e lo spirito (Marmocchi, 2004) .

Le linee guida della WHO sulla promozione della salute nei sistemi educativi prevedono una serie di obiettivi di salute riguardanti la riduzione significativa dei comportamenti a rischio di salute dei giovani attraverso le *life skills* in tutti gli Stati membri. Questo concetto è stato ripreso anche nell’ultimo Piano Nazionale della Prevenzione che ha promosso la metodologia delle *life skills* in tutti gli ambiti di salute. Si è reso quindi necessario definire contenuti, metodologie e strumenti di intervento, basati su prove di efficacia e su esperienze di promozione della salute sperimentate e validate, da proporre quale riferimento operativo per i vari soggetti operanti in tale ambito. Tali interventi hanno finora dimostrato efficacia nell’indirizzare conoscenze e modificare comportamenti verso un corretto stile di vita. Le *life skills* all’interno del sistema Scuola/Università non si propongono come un pacchetto aggiuntivo per i docenti, ma come uno strumento in grado di valorizzare l’azione didattica, in quanto promuovono le competenze psicosociali degli studenti (Marmocchi, 2004).

A fronte di quanto proposto dalla WHO, occorre sottolineare che gli interventi di promozione della salute finora effettuati nel nostro Paese sono stati molto spesso caratterizzati da

frammentarietà e disomogeneità operative e non sempre è stato possibile la loro valutazione e riproducibilità (De Santi, 2008). La WHO considera che la fascia di età ottimale per l'apprendimento di tali competenze sia quella compresa tra i 6 e i 16 anni, in cui gli eventuali comportamenti a rischio di salute non sono ancora consolidati. Secondo gli ultimi gli elementi chiave di un intervento efficace sono:

- 1) il tempo come fattore importante nell'efficacia di un programma;
- 2) le sessioni: non ci possono essere interventi efficaci con meno di 10 sessioni (e almeno 45 minuti per sessione);
- 3) le strategie: gli approcci globali che si basano sulla combinazione di più strategie sono più efficaci di quelli che ne utilizzano solo una (Simone, 2016; Kempf, 2017).

Nel Riquadro 1 sono riportati gli interventi efficaci nella prevenzione (Davoli *et al.*, 2015).

Riquadro 1. Interventi efficaci nella promozione della salute nelle scuole

Gli interventi efficaci nella prevenzione sono quelli:

- effettuati nelle strutture preposte alla formazione;
- effettuati dagli insegnanti e dai pari;
- mirati ad aumentare le capacità di relazioni interpersonali;
- che utilizzano tecniche interattive;
- che utilizzano il modello dell'educazione emotiva, dell'influenza sociale e l'educazione alle *life skills* che prevedono l'effetto protettivo del sostegno sociale;
- che iniziano dalle scuole materne;
- che continuano nel tempo;
- che coinvolgono i genitori;
- che coinvolgono l'intero contesto territoriale.

Si riportano, di seguito, i principali benefici dell'applicazione dei programmi sulle *life skills* nei progetti di educazione alla salute nei sistemi educativi:

- promozione attiva dell'autostima nelle persone in formazione;
- miglioramento delle relazioni quotidiane;
- riduzione dei problemi comportamentali;
- miglioramento della *performance*;
- aumento della partecipazione attiva;
- riduzione dei comportamenti violenti;
- minor richiesta di consulenze specialistiche;
- miglioramento dei rapporti familiari;
- miglioramento delle relazioni tra sistema educativo famiglia e comunità territoriale;
- promozione della salute e del benessere della persona;
- maggiore collaborazione con esperti del territorio;
- sviluppo di servizi che promuovono salute e non solo (Faliva, 2016).

Data l'evidenza di benessere prodotta dalla metodologia efficace delle *life skills*, si presentano alcuni importanti programmi di promozione della salute che la utilizzano e adottati nel nostro Paese, a cui l'Istituto Superiore di Sanità ha aderito:

- *Unplugged*: progetto per la promozione del benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento e il potenziamento delle abilità personali e sociali allo scopo di gestire l'emotività e le relazioni sociali, e prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze.
- *Promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva a scuola*: questa dispensa presenta un programma di intervento rivolto ai ragazzi del primo biennio delle scuole secondarie superiori. Intende promuovere o migliorare le capacità di definire obiettivi, risolvere problemi, comunicare in modo assertivo, negoziare, cooperare e controllare gli

impulsi. Queste abilità possono aiutare a diventare più sicuri di sé stessi, più costruttivi nell'affrontare i problemi, più collaborativi con gli altri e al tempo stesso più capaci di difendersi da prepotenze e ingiustizie. Si tratta di abilità che fanno parte del concetto di intelligenza emotiva, ovvero di regolazione emotiva associata a benessere psicologico e soddisfazione per la vita (Gigantesco, 2015).

- *Heartbeat*: programma sulla prevenzione delle patologie cardiache dei giovani e la prevenzione dello stress effettuato nelle scuole di tre regioni italiane che ha previsto un intervento per la promozione della salute e la gestione dello stress attraverso la formazione degli insegnanti delle scuole partecipanti.
- Sistema *What's up*: programma di interventi sui contesti in cui i giovani studiano, fanno sport e vivono nel tempo libero, secondo l'approccio basato sul *setting* (<http://www.sistemawhatsup.org/>). Il progetto mira a radicare le *life skills* a tutti i livelli di un ambiente, coinvolgendo non solo i giovani ma anche gli adulti significativi che vi operano. Il percorso che si articola in continuità fra salutogenesi, gestione del rischio e piani di resilienza mette in evidenza la necessità di apprendere le *life skills* per aumentare il controllo sui determinanti della propria salute. Tra i fattori chiave del programma c'è l'implementazione di servizi funzionali all'integrazione delle *life skills* nel contesto scolastico attraverso l'attivazione di coordinamenti del benessere. Essi sono una sorta di regia che rappresentano il mandato della dirigenza nei confronti del valore del benessere e dell'ambiente sociale positivo, come primo veicolo di apprendimento sano.

Riassumendo potremo sottolineare come i programmi di *life skills* aiutano a: pensare criticamente, esprimere opinioni con sicurezza, essere motivati, assumersi responsabilità, avere valori e atteggiamenti chiari, saper cooperare con gli altri, instaurare e mantenere buone relazioni, avere uno stile di vita sano, essere consapevoli dei propri punti di forza e debolezza, essere consapevoli delle proprie aspettative, stabilire obiettivi a breve termine che siano misurabili, riconoscere i propri risultati, valutare il proprio apprendimento personale e professionale, riconoscere il proprio ruolo per la crescita personale, la motivazione, il coinvolgimento, l'impegno, l'assunzione di responsabilità.

Applicare le *life skills* nel mondo del lavoro

È sempre più evidente come il ruolo giocato dalle *life skills* non sia solo importante per migliorare il rendimento scolastico o accademico, sono anche determinanti per lo sviluppo personale e la partecipazione sociale e indispensabili nel promuovere occupazione e nel favorire il raggiungimento delle migliori condizioni lavorative ed economiche. Non a caso, infatti, il mondo del lavoro le richiede sempre più con maggiore insistenza, soprattutto tra i lavoratori a inizio carriera, dove si evidenzia un netto divario tra le conoscenze tecnico professionali e le *life skills*, indicando in queste ultime forti criticità. A causa della disomogeneità nelle definizioni e nelle misure utilizzate per valutare la forza lavoro, monitorarne i progressi, guidare gli investimenti per potenziarla, diventa arduo individuare quali siano le *skills* più utili per avere successo nel mondo del lavoro.

Da indagini condotte in varie regioni del mondo che hanno coinvolto aziende piccole (meno di 50 dipendenti), medie (tra 50-200) e grandi (oltre 200 dipendenti) nei diversi settori produttivi, si è posta l'attenzione sui lavoratori a inizio carriera e sulle competenze ritenute necessarie per gli *entry-level*, diplomati e neolaureati (Lippman, 2015). Da questo studio è emerso che le *life skills* che meglio si relazionano ai fattori chiave individuati come cause a favore del successo in tutti gli ambiti lavorativi (occupazione, prestazioni lavorative, salario e successo imprenditoriale)

sono: le abilità sociali, le capacità comunicative, il pensiero di ordine superiore, l'autocontrollo e una positiva percezione di sé.

Le *abilità sociali* si riferiscono a un gruppo di abilità necessarie per andare d'accordo con gli altri, comprendono il rispetto altrui, l'uso di comportamenti appropriati alle situazioni, la capacità di risoluzione di conflitti.

Le *capacità comunicative* comprendono espressione, trasmissione, comprensione e interpretazione efficace di conoscenze e idee (Character Lab, 2015).

Il *problem solving* consiste nella risoluzione di problemi, nel pensiero critico e nei processi decisionali, abilità che in letteratura di solito sono combinate insieme, come un unico costrutto. Similmente alle abilità comunicative e sociali, le capacità di *problem solving* sono coinvolte nell'esercizio di altre abilità complesse come la *leadership*, la compassione, l'empatia cognitiva, la *mindfulness*, cioè la capacità di prestare attenzione con intenzione, al presente e in modo non giudicante.

L'*autocontrollo* si riferisce alla propria capacità di ritardare la gratificazione, controllare gli impulsi, dirigere e focalizzare l'attenzione, gestire le emozioni e regolare i comportamenti. Avere un elevato autocontrollo permette di concentrarsi su compiti complessi e gestire il proprio comportamento nonostante i conflitti, le distrazioni o gli stimoli a fare diversamente. L'autocontrollo è fondamentale per le abilità sociali, la comunicazione, l'essere fattivo e affidabile, il lavoro di squadra, la *leadership*, la risoluzione di problemi, il pensiero critico e i processi decisionali (Rubin, 1992; Murray, 2014).

Una *percezione positiva di sé* include la fiducia in sé stessi, l'autoefficacia, la consapevolezza di sé e la motivazione, oltre a un senso di benessere e orgoglio. Queste competenze sono alla base di una sana identità e consapevolezza dei propri punti di forza, utili nel mondo del lavoro (Rubin, 1992).

Queste cinque *life skills* sono legate l'una all'altra. L'autocontrollo e la percezione positiva di sé contribuiscono entrambe a migliorare le abilità sociali, la comunicazione e le capacità di pensiero di ordine superiore. Le capacità di comunicazione diventano più importanti quando si comunica sul posto di lavoro, dove le incomprensioni possono condurre a una inadeguata *performance* e a scarsi risultati sia per i dipendenti sia per i datori di lavoro. È stato anche rilevato che l'autocontrollo è correlato all'autostima, in quanto comporta un aspetto della percezione positiva di sé (Rubin, 1992). È anche importante riconoscere le interazioni tra abilità sociali, comunicazione e capacità di pensiero di ordine superiore.

Per interagire con successo con gli altri, sono necessarie adeguate capacità di comunicazione utili per trasmettere idee in modo efficace, ascoltare, rispondere e personalizzare lo stile di comunicazione. In particolare, occorre essere in grado di gestire le emozioni, al fine di saper risolvere possibili conflitti comunicativi in modo efficace. Queste *skills* influenzano positivamente, oltre ai comportamenti lavorativi, anche quelli di vita di una persona, includendo l'educazione, l'impegno civico e più in generale il benessere soggettivo di ogni individuo.

Esistono prove della loro efficacia nell'implementazione di percorsi utili allo sviluppo lavorativo e trovano nell'adolescenza e nella giovane età in generale, i periodi di vita ottimali per rafforzarsi e potenziarsi. Mentre le revisioni sistematiche della letteratura si concentrano sulle *skills* generalizzabili ai diversi contesti occupazionali, formali e informali, si rendono necessarie indagini *ad hoc* per una maggiore comprensione delle relazioni tra *life skills* e successo lavorativo.

In particolare, restano in sospeso alcuni quesiti:

- come le *life skills* contribuiscono a migliorare i risultati sul lavoro;
- come le *life skills* si relazionano con le competenze accademiche e tecniche e come possono essere integrate nella formazione scolastica e accademica;

- come i fattori individuali quali: genere, stato socioeconomico, ambiente di lavoro, cultura, differenze geografiche e presenza di conflitti, influenzano l'importanza di specifiche *life skills* per il successo sul lavoro;
- come le *life skills* possono essere migliorate e sviluppate nelle prime fasi della vita, durante l'adolescenza e nei giovani adulti;
- come possono essere misurate, considerando definizioni e scale comuni e come possono essere associate a fattori di successo nel mondo del lavoro;
- come possono essere misurate in studi longitudinali e in valutazioni di percorsi di formazione per giovani provenienti da diverse culture e parti del mondo;
- come possono essere potenziate attraverso misure oggettive e tramite piattaforme digitali per il trattamento e lo scambio d'informazioni.

Riassumendo, si potrebbe affermare che queste abilità sono cruciali nella carriera lavorativa di ogni individuo. “Un bravissimo medico che non dimostri intelligenza emotiva nei confronti del proprio paziente difficilmente riuscirà a instaurare con quest'ultimo una comunicazione efficace; allo stesso modo, il responsabile delle relazioni con i clienti che non sia abile nel *problem solving* come affronterà la critica rivolta al servizio dell'azienda sui social media? E cosa potrebbe accadere al giovane avvocato, laureato a pieni voti, se non sapesse negoziare? Ancora, quali sarebbero le conseguenze della promozione di un professionista, tecnicamente ineccepibile, a manager di un *team* che dimostra in questo nuovo ruolo di non essere in grado di gestire le relazioni con i colleghi?” (Bertani & Contardi, 2017).

Life skills e Cognitive Behavioral Coach: una nuova figura di intervento

Per rispondere alle richieste formative e a eventi come l'attuale pandemia COVID-19, diventa sempre più pressante la necessità di una riforma del sistema Scuola/Università su larga scala delle sue funzioni di formazione, a livello internazionale. Gli istituti d'istruzione devono fornire ai giovani, oltre alle conoscenze e competenze tecnico accademiche, anche le capacità e le competenze necessarie per avere successo nella vita, nel lavoro e per prosperare in un mondo globalizzato in rapido cambiamento. Il modello educativo tradizionale non può più essere ritenuto sufficiente, così come non lo possono essere gli obiettivi e i risultati formativi dell'attuale sistema educativo. Il rendimento scolastico e accademico nonostante debba rimanere un aspetto importante della formazione, dovrà essere accompagnato da un approccio più olistico (Cohen, 2006).

Poiché il *coaching* è un approccio olistico multiforme all'apprendimento e al cambiamento, diventa evidente il ruolo chiave che può svolgere nel mondo della formazione a ogni livello: in classe, nello sviluppo professionale degli attori nel sistema educativo e nella creazione di culture di apprendimento nelle scuole e nelle università, al fine di favorire il passaggio dal mondo della formazione a quello dell'occupazione (Skiffington, 2003).

Sulla base di una revisione critica degli approcci di *coaching*, dagli studi condotti in merito a questa nuova figura dal Regno Unito, dagli Stati Uniti d'America e dall'Australia, si evince il ruolo che esso esercita nel favorire sia l'apprendimento scolastico che il miglioramento delle prestazioni personali.

Al centro di questi approcci si colloca l'approccio socratico di *coaching*, la facilitazione dell'apprendimento tramite l'ascolto attivo e l'osservazione, in cui il docente, che esercita un'azione di facilitatore piuttosto che di istruttore, aiuta gli studenti a imparare facendo (Griffiths, 2005). Il *coaching* mira infatti a sostenere sia lo sviluppo della persona (studenti, insegnanti,

dirigenti scolastici, impiegati, manager, professionisti in generale), sia quello delle istituzioni educative o dei sistemi produttivi di cui le persone fanno parte. Esistono diversi approcci di *coaching*, tutti utilizzabili con successo e che possono essere utilizzati assieme (approccio misto).

Coaching comportamentale

Gli approcci comportamentali sono caratterizzati da una particolare attenzione agli obiettivi orientati all'azione con uso di modelli di *problem solving*, ampiamente utilizzati in contesti educativi. Questo tipo di *coaching* è il favorito dal sistema d'istruzione britannico (Creasy, 2005; De Santi & Geiger, 2018). Il *coaching* comportamentale è facile da insegnare e da apprendere ed è quindi implementabile da studenti *tutor*, insegnanti e dirigenti scolastici. Vi sono prove che il *coaching* comportamentale riduca l'ansia da esame, aumenti le prestazioni ai test negli studenti e aiuti gli universitari a gestire lo stress correlato alle richieste del percorso di studi intrapresi. Le principali criticità dell'approccio comportamentale sono dovute al fatto che non tiene sufficientemente conto dei fattori cognitivo-emotivi e delle caratteristiche sistemiche che incidono sull'apprendimento. Alcuni autori sostengono la validità di un approccio misto che includa approcci cognitivi e/o cognitivo-comportamentali, poiché l'apprendimento può essere spesso bloccato da convinzioni o pensieri negativi (Palmer, 2007).

Coaching centrato sulla soluzione dei conflitti

Il *coaching* centrato sulla soluzione dei conflitti, di solito utilizzato con successo per lo sviluppo delle *life skills*, può essere facilmente appreso e ampiamente esercitato da tutti gli attori di un sistema educativo. Sebbene permette di attingere alle proprie risorse al fine di sviluppare soluzioni nella gestione di un conflitto, questo tipo di *coaching* è criticabile perché superficiale e semplicistico in caso di gestione di problematiche complesse. Tuttavia, combinato con altri approcci, ha dimostrato di migliorare negli studenti le capacità di *problem solving*, di *coping*, di recupero didattico, di studio e di raggiungimento di obiettivi di apprendimento, oltre alla riduzione della depressione e alla promozione del benessere soggettivo (Campbell, 2005).

Coaching cognitivo e cognitivo-comportamentale

Il *coaching* cognitivo, che enfatizza la riflessione, l'autoanalisi e l'autovalutazione, è utilizzato per favorire negli insegnanti atteggiamenti metacognitivi di riflessione sui processi d'insegnamento/apprendimento (Costa, 1994). Il *coaching* cognitivo-comportamentale si concentra su emozioni e comportamenti, osserva i collegamenti e le causalità, promuove la resilienza psicologica, migliora le prestazioni, aumenta il benessere e riduce lo stress (Palmer, 2007).

Coaching didattico

Il *coaching* didattico è un approccio specialistico, che si basa su contenuti disciplinari. Si è dimostrato efficace nel supportare la crescita professionale degli insegnanti e potenziare i risultati di apprendimento degli studenti più dotati (Cornett, 2009). È di uso comune negli Stati Uniti d'America dove risulta efficace, anche se complesso da implementare poiché la sua efficacia è garantita da un coinvolgimento attivo di diversi stakeholder, per esempio del governo nazionale e regionale, delle politiche scolastiche, dei dirigenti e degli insegnanti coinvolti (Rebora, 2012). I

coach didattici richiedono una formazione approfondita, in genere di almeno un anno, e un aggiornamento continuo; la sua implementazione risulta piuttosto costosa (Fullan, 2011).

Coaching per la leadership educativa

È utilizzato in tutto il mondo a supporto di dirigenti, docenti, *tutor* e insegnanti nel passaggio a ruoli dirigenziali. Di solito si attua attraverso interventi singoli o integrati in più ampi programmi di sviluppo professionale continuo.

Peer coaching

Il *coaching* tra pari è presente anche negli ambienti educativi e si realizza in due principali approcci. Il *peer coaching* reciproco tra coppie d'insegnanti che si osservano a vicenda, e quello simile a un *coaching* didattico dove diversi insegnanti collaborano tra loro nell'implementazione di pratiche d'insegnamento basate sulla ricerca/azione. Questi approcci si focalizzano nell'osservazione, nel *feedback*, nel dialogo riflessivo e nelle attività pratiche in classe (Kowal, 2007).

Coaching per docenti

Le pratiche didattiche proposte dagli insegnanti in classe sono il principale fattore predittivo del successo scolastico degli studenti. Nel Regno Unito, il *National Framework* fa riferimento al *mentoring*, *coaching* specializzato e *coaching* collaborativo come modalità utili ad attivare collaborazioni tra piccoli gruppi di docenti che si riuniscono per condividere esperienze d'insegnamento, riflessioni, supporto, *feedback* e incoraggiamenti. Promuove la condivisione di nuovi approcci educativi, interiorizza conoscenze ed esperienze, favorisce il dialogo e la sperimentazione in classe, azioni vitali per costruire culture di apprendimento supportate dall'assunzione di responsabilità a favore dell'innovazione, ricerca competenze specialistiche per estendere le capacità e le conoscenze utili per personalizzare le *good practice* (Cordingley, 2005). Il *coaching* specializzato rafforza questi aspetti, supporta e attua nella classe lo sviluppo di competenze e strategie di insegnamento specifiche.

Coaching per le governance del sistema Scuola/Università

Sono molti i Paesi in cui i livelli di responsabilità, per chi si trova in posizione di *leadership*, sono in forte aumento. Le attese del governo centrale, delle comunità locali, delle famiglie e di un pubblico più ampio aumentano la complessità della *leadership* nei contesti educativi. Solo i manager dotati d'idonei strumenti per gestire un ambiente complesso e in rapida evoluzione, sono quelli che possono attuare le riforme utili per un miglioramento duraturo e sistematico della *performance*. La *leadership* nel sistema Scuola/Università ha le sue specificità e, come per lo sviluppo professionale degli insegnanti, anche il *coaching* per i dirigenti scolastici e universitari richiede approcci di *coaching* evolutivi, specializzati e collaborativi. Vi sono prove emergenti che una *leadership* di alta qualità fa la differenza nella *performance* di un sistema educativo collocandosi al secondo posto dopo la qualità dell'insegnamento. Non a caso sta diventando un imperativo strategico lo sviluppo del talento di *leadership* negli enti di formazione a tutti i livelli (Hill, 2005).

Coaching per gli studenti

È noto il successo del *coaching* applicato agli studenti da *coach*, insegnanti, insegnanti *tutor*, e anche da studenti *tutor* che guidano altri studenti. Il progetto Sandwell nel Regno Unito è un esempio particolarmente positivo (Passmore, 2006). In Australia è stato realizzato un intervento di *life coaching* cognitivo-comportamentale orientato alla soluzione di conflitti e rivolto a studenti frequentanti il triennio di scuola secondaria superiore. Tale intervento ha consentito agli studenti di migliorare le loro strategie di *coping* per contrastare lo stress associato all'apprendimento, aumentare la resilienza, la percezione del benessere soggettivo, le proprie capacità cognitive e le proprie aspettative, la riduzione dei livelli di depressione e il miglioramento delle capacità di studio al fine di raggiungere più facilmente gli obiettivi di apprendimento e migliorare la propria *performance*. È stato anche dimostrato che il *peer coaching* esercitato da studenti *tutor*, concorre a migliorare le capacità e lo sviluppo personale degli studenti apprendisti e li aiuta a gestire l'alto livello di stress presente negli studenti della scuola secondaria e dell'università, influenzando positivamente sul rendimento scolastico e accademico (Green, 2007).

Tutti questi approcci rientrano nella sfera della psicologia positiva che fornisce il quadro teorico di riferimento più idoneo nel quale cercare aiuto per migliorare i sistemi educativi. L'obiettivo è quello di identificare e alimentare ciò che gli studenti apprezzano e sono bravi a fare, aiutandoli a trovare modi per ottimizzare i loro punti di forza e spazi in cui possano far vivere le abilità fondamentali per la vita e per il loro successo. Il *coaching* è forse lo strumento più idoneo per applicare i risultati della ricerca in psicologia positiva, che punta a migliorare il benessere soggettivo, facilitare il raggiungimento degli obiettivi e favorire costruttivi cambiamenti comportamentali. Il *coaching* mette in atto azioni che fanno uso intelligente e coscienzioso delle migliori abilità nel prendere decisioni per migliorare il processo di insegnamento/apprendimento.

Bibliografia

- Bandura A (Ed.). *Il senso di autoefficacia*. Gardolo (TN): Erickson; 1996.
- Bertani A, Contardi F. «Life skills», l'abilità preziosa di interagire con gli altri. *Il Sole 24 Ore* online 2/8/2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ilsole24ore.com/art/life-skills-l-abilita-preziosa-interagire-gli-altri-AEnORMwB>
- Campbell MA, Gardner S. A pilot study to assess the effects of life coaching with Year 12 students. In: Cavanagh M, Grant A, Kemp T (Ed.). *Evidence-based coaching brisbane*. Samford: Australian Academic Press; 2005. p. 159-69.
- Davoli M, Amato L, Clark N, Farrell M, Hickman M, Hill S, et al. The role of Cochrane reviews in informing international guidelines: a case study of using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system to develop World Health Organization guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. *Addiction* 2015;110(6):891-8.
- Cohen J. Social, emotional, ethical, and academic education: creating a climate for learning, participation in democracy, and well-being. *Harvard Educational Review* 2006;76(2): 201-37.
- Cordingley P. The role of mentoring and coaching in teachers' learning and development. *Education Review* 2005;18:68-74.
- Cornett J, & Knight J. Research on coaching. In: J. Knight (Ed.). *Coaching: approaches and perspectives*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2009. p. 192-216.
- Costa AL, Garmston RJ. *Cognitive coaching: A foundation for renaissance schools*. Massachusetts: Christopher-Gordon; 1994.
- Creasy J, Paterson F. *Leading coaching in schools*. Nottingham: National College; 2005.

- De Santi A, Geiger G. *100 domande sul Coaching in sanità*. Torino: SEEd Medical Publisher; 2018.
- De Santi A, Guerra R, Morosini P (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/1). Disponibile all'indirizzo: https://www.iss.it/documents/20126/45616/08-1_WEB.1204719565.pdf/8f0a0d06-30e2-022c-4224-db30743dca59?t=1581094917673; ultima consultazione 29/12/2020.
- Duckworth A. *What does self-control look like?* Philadelphia: Character Lab; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://characterlab.org/character/self-control/>; ultima consultazione 07/01/2021.
- Faliva C. *Tra normalità e rischio*. Roma: Feltrinelli; 2016.
- Fullan M, Knight J. Coaches as system leaders. *Educational Leadership* 2011;69:50-53.
- Gigantesco A, Morosini P. *Promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva a scuola: un manuale per definire obiettivi e risolvere problemi*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Dispense per la scuola 15/1). Disponibile all'indirizzo: https://www.iss.it/documents/20126/1773424/dispensa_scuola_15_1.pdf/76386421-f983-c7d8-90e9-247c7d33ad8c?t=1576431593384; ultima consultazione 07/01/2021.
- Green S, Grant A, Rynsaardt J. Evidence-based life coaching for senior high school students: Building hardiness and hope. *International Coaching Psychology Review* 2007;2:24-32.
- Griffiths K. Personal coaching: a model for effective learning. *Journal of Learning Design* 2005;1:55-65.
- Hill L. *Leadership development: a strategic imperative for higher education*. Boston: Harvard Business School; 2005. Disponibile all'indirizzo: <https://library.educause.edu/media/files/library/2005/1/ffp0506s-pdf.pdf>; ultima consultazione 07/01/2021.
- Kowal J, Steiner L. *Principal as instructional leader: designing a coaching program that fits*. Washington, DC: The Center for Comprehensive School Reform and Improvement. 2007. Disponibile all'indirizzo: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED499255.pdf>; ultima consultazione 07/01/2021.
- Lippman LH, Ryberg R, Carney R, Moore KA. *Key soft skills that foster youth workforce success: toward a consensus across fields*. 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.youthpower.org/sites/default/files/YouthPower/resources/Workforce_Connections_Key_Soft_Skills_and_Appendices.pdf; ultima consultazione 07/01/2021.
- Marmocchi P, Dall'Aglio C, Tannini M. *Educare le Life Skills*. Gardolo (TN): Erickson; 2004.
- Ministero della Salute. Lo stato di salute della popolazione. In: *Relazione sullo stato sanitario del paese 2012 -2013*. Roma: Ministero della Salute; 2014. p. 39-191. Disponibile all'indirizzo: http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneRelazione_10_listaSezioni_sezioniItemName_3_scarica.pdf; ultima consultazione 29/12/2020.
- Palmer S, Szymanska K. Cognitive behavioural coaching: an integrative approach. In: Palmer S, Whybrow A (Ed.). *The handbook of coaching psychology*. Hove: Routledge; 2007. p. 86-117.
- Passmore J. Coaching psychology: applying an integrated approach in education. *Journal of Leadership in Public Services* 2006;2(2):27-33.
- Rebora A. Turning teachers into coaches. *EducationWeek* February 29, 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.edweek.org/tsb/articles/2012/03/01/02litcollab.h05.html>; ultima consultazione 07/01/2021.
- Rubin KH, Rose-Krasnor L. Interpersonal problem solving and social competence in children. In Van Hasselt VB, Hersen M (Ed.). *Perspectives in developmental psychology. Handbook of social development: a lifespan perspective*. Washington, DC: American Psychological Association; 1992. p. 283-323.
- Skiffington S, Zeus P. *Behavioural coaching*. Sydney: McGraw Hill; 2003.

Unplugged Italia. *Programma scolastico per la prevenzione l'uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>; ultima consultazione 07/01/2021.

WHO. *Life Skills Education for children and adolescents in schools*. Geneva: World Health Organization WHO; 1993.

BENESSERE ED EQUITÀ NELLA SALUTE: UN APPROCCIO DI GENERE

Eloise Longo (a), Paola De Castro (b), Patrizia Popoli (c), Anna Maria Giammarioli (d)

(a) *Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Servizio Comunicazione Scientifica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Centro Nazionale Ricerca e Valutazione preclinica e clinica dei farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Centro Nazionale Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Evoluzione del concetto di salute e benessere

Nel corso degli ultimi anni il dibattito sul concetto di salute e benessere ha subito numerose modifiche e ampliamenti ancora in continuo divenire. Alcuni avvenimenti storici hanno segnato le principali tappe di questa evoluzione: il primo risale al 1948 quando, in seguito agli eventi traumatici vissuti durante la seconda guerra mondiale, la *World Health Organization* (WHO) ridefinisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale abbandonando il concetto di salute come assenza di malattia (WHO, 1948). La definizione della WHO del 1948 diviene il punto cardine di molte discipline e correnti di pensiero filosofico (orientali e occidentali) che, ponendo l'accento su aspetti non solo medici, stimolano una valutazione globale della qualità della vita orientata al benessere (anni '80) e portano a un coinvolgimento attivo dei cittadini nella valutazione degli interventi sanitari (anni '90). Solo in seguito, la WHO introducendo il concetto di assistenza sanitaria primaria con la conferenza d'Alma Ata prima (1978) e promozione della salute poi, con la Carta d'Ottawa (1986) ribadisce il concetto di salute e di benessere nella sua dimensione globale laddove la promozione della salute si sofferma soprattutto sul raggiungimento dell'equità nelle condizioni di salute (WHO, 1978; WHO, 1986). Dalla Carta di Ottawa in poi, il dibattito, che ruota intorno alla definizione di salute e benessere, indirizza le varie correnti di pensiero in due principali modelli concettuali oppositivi che si differenziano nello stabilire una gerarchia di valore tra i fattori (biologici o non biologici) che influenzano lo stato di salute e di benessere di un individuo e, più estesamente, di una comunità o di una popolazione. La distinzione non è solo concettuale, dal momento che i diversi modelli propongono antitetiche strategie di sanità pubblica e un diverso approccio sociale. Nelle diverse fasi che hanno contraddistinto il panorama socioeconomico globale del XX secolo, i due modelli hanno incontrato altalenanti fortune.

Alla fine degli anni '90 l'evoluzione dello stato di salute nel mondo (contraddistinto dall'allungamento della vita media, dall'aumento delle malattie croniche e dal radicale cambiamento del quadro nosologico) spinse la classe medica mondiale a chiedere alla WHO una revisione della definizione di salute e di benessere del 1948, che ponesse l'accento non più sulla globalità dei fattori, ma su caratteristiche individuali della persona. È nella pratica clinica che per ottenere il raggiungimento del completo e simultaneo benessere fisico-mentale-psicologico-emotivo i medici erano stati costretti a una medicalizzazione eccessiva, a un consumo esagerato

di risorse (con il rischio di non poter sostenere la spesa farmaceutica) senza per altro ottenere un miglioramento dello stato di salute. Tra le definizioni proposte nell'ampio dibattito, raccolte maggiori consensi quella che definiva la salute e il benessere come la "capacità dell'individuo di adattamento e di auto gestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive". La nuova definizione poneva l'accento sulla capacità resiliente delle persone di convivere con la malattia nelle sue varie fasi, ma trascurava completamente i principi di equità sociale dichiarati nella Carta di Ottawa e, sebbene la nuova formulazione avesse raccolto il voto favorevole della maggior parte dei rappresentanti della WHO, non arrivò all'approvazione dell'Assemblea Generale e attualmente è ancora in vigore il testo originario del 1948.

Salute disuguale

Partendo da analoghe osservazioni, i sostenitori di un concetto globale di salute e benessere arrivano a considerazioni diametralmente opposte a quelle della classe medica mondiale. Essi sostengono che, sebbene sia indubbio che gli individui vivano in media più a lungo e in condizioni di salute migliore, si possono tuttavia riscontrare notevoli differenze in termini di speranza di vita, probabilità di ammalarsi o di cadere in disabilità tra individui appartenenti a gruppi con posizioni socio-economiche diverse (Dahlgren, 1991). Le differenze in salute vengono anche osservate a livello territoriale tra individui all'interno di una stessa popolazione o tra popolazioni appartenenti a Stati con diversi livelli economici di sviluppo. In particolare è all'inizio del XXI secolo che nonostante un diffuso e generalizzato sviluppo economico nella maggior parte degli Stati Europei si registra un progressivo aumento delle disuguaglianze con evidenti ricadute sulla salute umana.

All'interno di questo scenario la WHO nel 2005 istituisce la Commissione europea sui Determinanti Sociali di Salute (*Social Determinants of Health*, SDH) con il compito di raccogliere informazioni ed evidenze sul possibile impatto dei fattori sociali sulla salute e benessere degli individui nei diversi Stati europei. Gli SDH sono tutti i fattori "NON" biologici che influenzano in senso positivo o negativo lo stato di salute di un individuo e, più estesamente, di una comunità o di una popolazione. Nel 2008, la Commissione Europea pubblica il *report* finale dello studio i cui risultati mostrano scenari addirittura più preoccupanti di quelli ipotizzati (Marmot, 2008; Marmot, 2010; WHO, 2010). Dal *report* scaturisce come le persone che si trovano negli strati inferiori della piramide sociale abbiano un rischio almeno doppio di essere colpiti da malattie e

morte prematura rispetto a chi si trova vicino al vertice. Le disuguaglianze nella salute si manifestano non solo nel *gap* esistente tra i più poveri e i più ricchi, ma i livelli di mortalità della popolazione crescono "gradualmente" man mano che ci spostiamo dai gruppi di popolazione benestanti a quelli più svantaggiati. Tale effetto viene chiamato "gradiente sociale di salute" ed è un fenomeno universale che coinvolge tutti i Paesi a prescindere da quale che sia il loro reddito (Marmot, 2008; Marmot, 2010; WHO, 2010). Ovunque le condizioni socio-economiche possono influire sulle condizioni di vita che, a loro volta possono ripercuotersi sulla salute. Le differenze di salute, se non giustificate da un punto di vista biologico, sono giudicate inique perché potrebbero essere evitate attraverso politiche sociali e strategie adeguate (Marmot, 2010; Marmot, 2016).

Responsabilità individuale e responsabilità sociale dello stato di salute

Come già accennato, i diversi modelli concettuali di salute e benessere si contraddistinguono nello stabilire una diversa gerarchia di valori tra i determinanti di salute. Secondo l'approccio individualistico, per lo più focalizzato sulla prevenzione delle singole malattie, la maggior parte delle patologie e la conseguente mortalità prematura è attribuibile a cause complesse che riguardano fattori di rischio genetici, ambientali e comportamentali come, per esempio, gli stili di vita insalubri (alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, fumo, alcool). Lo stato di salute delle persone è condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita mentre gli altri fattori hanno un'importanza relativa e meno marcata: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%), assistenza sanitaria (10%). Si tratta di un modello che rispecchia l'enfasi culturale statunitense nel porre in primo piano la responsabilità individuale nei confronti della salute e delle malattie. Numerosi studi epidemiologici hanno tuttavia mostrato come i fattori di rischio comportamentali e gli stili di vita scorretti (es. fumo, abuso di alcol, sedentarismo o obesità), possono spiegare solo in parte la maggiore incidenza di malattie croniche come tumori, disturbi cardiovascolari e diabete (Kreatsoulas, 2010; Spadea, 2010; Stringhini, 2017; Di Girolamo, 2020; Vineis, 2020).

Per le correnti di pensiero che si richiamano a un approccio globale di salute, la speranza di vita alla nascita, la frequenza con cui ci si ammala e la longevità sono determinati (oltre che dai fattori di rischio genetici, ambientali e comportamentali) dal livello educativo, dalla posizione lavorativa, dal reddito e dallo status sociale dell'individuo e della famiglia di appartenenza. I cittadini in condizioni di svantaggio sociale hanno la tendenza ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria vita/salute e a morire prima (Marmot, 2010; WHO, 2010; Marmot, 2016). Lo stato di salute e benessere dipende dalla complessità delle condizioni di vita e di lavoro, ossia da tutti quegli elementi che determinano l'aria che respiriamo, il cibo che ci alimenta, l'istruzione che abbiamo ricevuto, la casa e l'ambiente in cui viviamo, il lavoro che svolgiamo, lo stipendio che riceviamo, il reddito che possediamo, la possibilità di curarci se ci ammaliamo oppure di essere assistiti quando non lo possiamo più fare autonomamente (per esempio quando l'età avanza). La posizione socio-economica determina il "controllo" che l'individuo ha sulla propria vita e sulla possibilità di scegliere le condizioni più idonee per sé e la sua famiglia. Il "NON" controllo rende l'individuo più incline ad assumere stili di vita non corretti e a essere maggiormente soggetto ai fattori di rischio per la salute e il benessere fisico e mentale. Le persone che, nella gerarchia sociale, occupano una posizione lavorativa apicale hanno minore probabilità di ammalarsi e di morire prematuramente (Di Monaco, 2014; Stringhini, 2017). Il gradiente sociale che accompagna il benessere della popolazione all'interno dei Paesi e le differenze nell'assistenza sanitaria sono il risultato di una distribuzione ineguale, a livello mondiale e nazionale, del potere, della distribuzione delle risorse economiche e di ogni altro tipo di risorsa che influisca in maniera immediata e visibile sulle condizioni di vita e benessere. Questo modello si va sempre più affermando in Europa dove, basandosi su importanti evidenze scientifiche, l'ufficio Europeo della WHO sta intraprendendo importanti azioni per contrastare le disuguaglianze di salute in collaborazione con la maggior parte degli Stati Europei. Tra queste assume particolare rilievo l'analisi delle differenze tra i due sessi (sia biologiche, che socio-culturali) su cui si incentra la tematica delle disuguaglianze di salute tra uomini e donne.

Disuguaglianze di salute tra uomini e donne

L'approccio di genere in medicina (sinteticamente definito come "medicina di genere") tenta di analizzare le differenze che portano alle disuguaglianze di salute tra uomini e donne, analizzando sia i limiti posti da un'errata comprensione delle differenze fisiologiche tra i due sessi, sia dai condizionamenti culturali che portano uomini e donne ad approcciarsi alla salute e al benessere in maniera diversa.

Prima di addentrarci nell'analisi delle disuguaglianze di salute declinate sulle differenze tra uomo e donna, è utile porre attenzione alla terminologia: il termine "sesso" definisce le caratteristiche biologiche dell'essere maschio o femmina, mentre il termine "genere" si riferisce alle caratteristiche e ai comportamenti che una determinata cultura dominante attribuisce all'essere femmina o maschio. Lo squilibrio di genere in salute è dimostrato da differenze nell'aspettativa di vita, dagli anni di vita in buona salute, dalla mortalità e dai rischi di morbilità. L'interazione tra fattori biologici e sociali è alla base del cosiddetto "paradosso di genere": le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono meno anni in buona salute (Oksuzyan, 2008; Gordon, 2017). Acquisire conoscenze sesso/genere-specifiche in merito sia al manifestarsi delle patologie che agli effetti delle cure farmacologiche sull'organismo maschile e femminile, dovrebbe andare di pari passo con il potenziamento della formazione medica e di tutti gli operatori della salute; questo servirebbe a rendere più efficace l'identificazione, la diagnosi e la cura delle patologie che affliggono donne e uomini e di conseguenza a non creare una salute disuguale tra sessi.

Approccio di genere in medicina: differenze di sesso

È solo tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta del secolo scorso che la letteratura scientifica evidenzia come uomini e donne, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentino significative differenze riguardo l'insorgenza, la progressione, la risposta ai trattamenti e la prognosi per vari tipi di patologie che interessano, a differenti livelli, organi come il cuore, i vasi, il cervello, il fegato, il polmone e il rene (Legato, 2004). Fino ad allora il concetto di differenza di genere era stato trascurato nella ricerca preclinica e la maggior parte degli studi che stanno alla base delle attuali strategie mediche, era stata condotta su uomini per poi essere tralata alle donne. La scelta preliminare di escludere le donne dalle indagini cliniche parte da diversi fattori, primo fra tutti quello di soffermarsi sulle similarità (non sulle differenze) tra i due sessi facendo supporre che i risultati delle ricerche ottenute sugli uomini potessero essere estesi alle donne (*Committee on Women's Health Research*, 2010). L'altro fattore (di natura etica) cercava di escludere eventuali interferenze del trattamento sperimentale sulla fertilità e sulla gravidanza. Ultimo, ma non per importanza, riguardava il contenimento dei costi della ricerca; la fisiologia femminile è molto più complessa di quella maschile e la sperimentazione clinica avrebbe richiesto test aggiuntivi come, per esempio, il verificare l'efficacia del trattamento nelle diverse fasi del ciclo vitale di una donna (pubertà, età fertile, menopausa). Purtroppo la non inclusione delle donne nella sperimentazione clinica ha creato parzialità nelle conoscenze mediche penalizzando principalmente le donne. Ulteriori pregiudizi avevano portato a ritenere che determinate patologie fossero tipicamente maschili o tipicamente femminili, escludendo le donne e gli uomini dall'eventuale percorso di prevenzione. È solo negli ultimi decenni che è divenuto chiaro come uomini e donne possano presentare disparità nei determinanti patogenetici e di progressione e quindi, nella presentazione di alcune malattie. Caso emblematico è rappresentato dalle Malattie Cardiovascolari (*CardioVascular Disease*, CVD) dove la mancata inclusione delle donne negli studi clinici (i primi *trial* clinici su malattie CVD con inclusione delle

donne sono osservati in America nella prima metà degli anni '90) ha comportato un ritardo nella comprensione dei fattori di rischio fisiologici per le patologie CVD nelle donne (Kannel, 2002; Mosca, 2011). È ora evidente che il divario di incidenza tra uomini e donne si accorcia con l'avanzare dell'età quando gli eventi CVD diventano la principale causa di morte nelle donne (Greiten, 2014). Quella che potrebbe sembrare un'anomalia è facilmente spiegabile dalle caratteristiche fisiologiche femminili. La donna risulta "protetta" dall'assetto ormonale fino alla menopausa quando la diminuzione dei livelli ormonali può indurre un complessivo aumento dei fattori di rischio CVD tra cui l'aumento dell'indice di massa corporea e un'alterazione del metabolismo glucidico e lipidico (Legato, 2006; Vitale, 2009; Straface, 2011). Parlare dei fattori di rischio CVD permette di introdurre un altro aspetto che, sottovalutato o non considerato, porta a disparità di cura tra uomini e donne. Nell'uomo il rischio CVD è prevalentemente associato con alti livelli di colesterolo LDL (*Low Density Lipoproteins*), nella donna si associa principalmente con un aumento dei trigliceridi (Jónsdóttir, 2002). È evidente che le strategie terapeutiche atte ad abbassare il colesterolo totale e il colesterolo LDL saranno più efficaci negli uomini mentre nelle donne avrà maggior successo una scelta terapeutica volta ad abbassare i trigliceridi. In seguito a studi clinici, condotti esclusivamente sugli uomini, le statine (farmaci che agiscono sul colesterolo) sono entrati nella pratica clinica in tutto il mondo. Le statine sono, in effetti, molto efficaci nella prevenzione primaria, ma soprattutto nell'uomo, mentre nelle donne possono indurre notevoli effetti avversi.

In ambito farmacologico, la quasi totalità delle scelte terapeutiche e soprattutto dei dosaggi farmacologici fanno riferimento a un modello standard rappresentato da un maschio ideale, giovane e di circa 70 kg di peso. Le donne generalmente hanno un peso medio e statura inferiori rispetto all'uomo, una percentuale di grasso più elevata, una minore secrezione gastrica, ridotta motilità intestinale, minore biotrasformazione epatica e ridotta velocità di filtrazione glomerulare (Franconi, 2007; Franconi, 2010). Queste caratteristiche biologiche portano a differenti capacità di metabolizzare i principi attivi contenuti nei farmaci. Le differenze nell'assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione dei farmaci (diversa farmacocinetica) possono variare la relazione dose/effetto producendo un maggiore accumulo o un'eliminazione più lenta dell'agente farmacologico. Come conseguenza le donne hanno generalmente maggiore vulnerabilità agli effetti avversi dei farmaci principalmente dovuti a somministrazioni inappropriate (Franconi, 2007).

Approccio di genere: aspetti culturali e consapevolezza di genere

La ricerca antropologica ha contribuito notevolmente ad ampliare le questioni riguardanti il sesso e il genere (*gender studies*). Il tema della sessualità e del ruolo riproduttivo delle donne è strettamente connesso con quello dell'ineguaglianza fra i generi (Ember, 1999).

Sebbene il concetto di *gender* compaia nella letteratura anglo-sassone soltanto a partire dagli anni Settanta del secolo scorso, questo ambito di studi trova i suoi prodromi nelle opere di Mead e, in particolare, nelle etnografie di tre culture primitive (le adolescenti samoane, i bambini di Manus, gli Arapesh, Mundugumor e Ciambuli) che costituiscono il primo lavoro sistematico di carattere socio-antropologico sulle differenze tra i sessi (Mead, 1977). L'antropologa americana Margaret Mead mostra come esistano culture presso le quali l'identità sessuale di una persona può non essere legata al suo sesso anatomico. Questi casi non sono frutto di inclinazioni personali, bensì fatti socialmente costruiti, legittimati e riconosciuti dalla società (Mead, 1977). Le differenze sessuali sarebbero, quindi, quelle legate alle caratteristiche anatomofisiologiche di una persona, mentre quelle di genere sono il prodotto di costruzioni sociali e culturali. È in considerazione di questa nuova prospettiva che si afferma una nuova cultura di genere di cui le

donne sono autrici. Grazie all'approccio interdisciplinare rappresentato dai *gender studies* si chiarisce come il rapporto tra sesso e genere sia culturalmente orientato, dinamico e storicizzato.

Evidenze scientifiche hanno mostrato l'esistenza di un'asimmetria di potere in molte sfere sociali a svantaggio delle donne, ovvero quella che efficacemente Françoise Héritier ha chiamato "un'asimmetria delle relazioni di genere" che attraverso la divisione di ruoli predeterminati culturalmente insiste sul carattere asimmetrico e diseguale della dicotomia sessuale. L'antropologa francese parla di una divisione nella quale "tutto sarà diviso in due e attribuito a un sesso o all'altro secondo due poli che saranno stabiliti come opposti" (Héritier, 2006). In ogni cultura, dunque, si trova sempre un'assegnazione di parti tra i due sessi. È proprio su tale asimmetria che si è fondata, radicalizzandosi nelle società, una divisione dei ruoli che affida alla donna la sfera privata e all'uomo quella pubblica-sociale (Di Cristofaro Longo, 2019). L'ingresso delle donne poi nei vari ambiti della vita sociale e lavorativa, unitamente alla presa di coscienza di una discriminazione fondata esclusivamente sull'appartenenza di genere ha comportato altresì una ridefinizione dell'identità di genere. Il cambiamento profondo che ha investito le donne nella percezione del sé ha avuto ricadute importanti nella vita sociale e politica nei vari Paesi del mondo. Il lento processo di ridefinizione dell'identità di genere femminile, per certi aspetti ancora in atto, ha riguardato la messa in discussione del sistema di vita pubblico e privato. Il movimento delle donne esploso negli anni Settanta ha criticato le condizioni culturali nelle quali si esplica la vita familiare, divenuto luogo di "sfruttamento e oppressione delle donne". Alle donne vengono riconosciuti nuovi *status* e conseguentemente ruoli, in coerenza con il mutato scenario sociale. Il lento percorso culturale di ridefinizione dell'identità di genere avvenuto attraverso rotture e resistenze, ha visto affermarsi nel corso degli anni a livello politico-legislativo, sociale, culturale ed economico una "cultura dell'equivalenza" intesa come riconoscimento dell'eguale valore nella differenza tra uomo e donna (Di Cristofaro Longo, 2019).

Questo breve inquadramento storico-antropologico sul tema sesso e genere e sulle asimmetrie di potere nelle sfere sociali ha importanti ricadute sullo stato di salute delle donne. Se è vero, infatti, che le donne vivono più a lungo degli uomini (in Italia l'aspettativa di vita femminile è di 85,3 rispetto a quella maschile pari a 81 anni) (ISTAT, 2020) è altresì vero che vivono con maggiori sofferenze e problemi di salute (Pilutti, 2016). La complessa relazione tra le differenze biologiche e le disuguaglianze sociali può spiegare ed essere causa delle differenze di salute tra uomini e donne.

Secondo la WHO le disuguaglianze di sesso-genere sono profondamente radicate nelle società a livello socio-politico di potere, di risorse, di diritti, di norme e valori e le organizzazioni sociali che ne derivano sono strutturate in modi che danneggiano solitamente la salute di ragazze e donne. (WHO, 2010). Per comprendere la complessa dinamica e l'intreccio tra determinanti socioeconomici e stato di salute è importante avere consapevolezza di quanto siano radicati i modelli culturali dominanti, spesso maschili e ritenuti neutri che vengono applicati indifferentemente a uomini e donne. Si tratta di superare visioni omologanti e stereotipate relative alle donne e agli uomini ricostruendo il significato profondo che determinati comportamenti connotati per genere hanno sulla salute. Le differenze socio-comportamentali sono importanti: le donne hanno, infatti, una diversa percezione del dolore e della sintomatologia che le porta a sottovalutare gli esiti clinici e, conseguentemente, ad avere un ridotto accesso alle cure. Evidenze scientifiche dimostrano come le caratteristiche che sono alla base del sesso e del genere coinvolgono fattori sia endogeni che esogeni che cambiano nel corso della vita. Tali differenze vedono interagire tra loro diversi domini relativi a: genetica, modificazioni epigenomiche, ambiente ormonale, funzione immunitaria, processo di invecchiamento neurocognitivo, salute vascolare ecc., che influiscono sulle risposte alle terapie.

Non meno importante è la componente psicologica generata in specifici contesti sociali che gioca un ruolo chiave nella definizione dello stato di consapevolezza dei singoli individui. Anche

in presenza di disuguaglianze oggettive (un esempio noto a chiunque è quello relativo alla divisione del lavoro domestico tra donne e uomini) può non emergere la percezione di iniquità se l'individuo (donna e uomo) riconosce la propria esperienza coerente con i valori, le tradizioni culturali della rete sociale di riferimento (solitamente a vantaggio maschile) (Todesco, 2013; Barbera, 2008). Così il malessere psicologico che affligge prevalentemente le donne a fronte di un'oggettiva diseguale distribuzione dei carichi di cura in famiglia, può avere gradi di intensità e significati differenti in base a quanto sia da loro percepito come iniquo.

La presenza nelle donne di sintomi vaghi e aspecifici come, per esempio, tachicardie, vertigini, frequenti mal di testa, astenia, dolori addominali, malattie croniche (ipertensione, diabete, asma che non reagiscono alle terapie corrette) possono indicare uno stress eccessivo (Brown, 2004) e/o rappresentare un indicatore di sospetto di violenza. Al riguardo è significativo osservare come lo spazio domestico sia anche sede di violenze sulla donna. Senza entrare nel merito dell'argomento, basti notare come le conseguenze sullo stato di salute delle donne che hanno subito violenza assumono diversi livelli di gravità che possono avere esiti fatali (femminicidio) o gravi (interruzione di gravidanza); condizioni di morbosità fisica (conseguenze di trauma, ustione avvelenamento o intossicazione) e psicologica (disturbo da stress post-traumatico – *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), depressione, abuso di sostanze e comportamenti auto-lesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali, ecc.) (Longo, 2020). Tali conseguenze possono perdurare lungo tutto l'arco della vita e affliggere anche i bambini che assistono alla violenza sulla propria madre o sono essi stessi vittime di abusi e maltrattamenti (Longo, 2019; Longo, 2020). Anche in questo caso la disuguaglianza di genere è al contempo causa e conseguenza della violenza e le misure di prevenzione adottate puntano a ottenere un cambiamento culturale negli atteggiamenti e comportamenti maschili e femminili finalizzati a eradicare pregiudizi, atteggiamenti, condotte e abitudini basati sugli stereotipi negativi di genere.

Utilizzare la lente del genere per interpretare gli esiti di salute significa assumere una prospettiva equa e culturalmente orientata, tenuto conto dei fattori culturali e delle diverse aspettative sociali che influenzano lo stato di salute di donne e uomini. I processi di costruzione sociale hanno, quindi, un ruolo rilevante nella riduzione delle disuguaglianze di salute. Le disparità salariali e pensionistiche di genere, per esempio, mettono le donne anziane, in particolare, a rischio di povertà ed esclusione sociale e creano ostacoli ai servizi sanitari. Inoltre, i conflitti di genere, il carico di lavoro totale e il lavoro non retribuito hanno potenziali effetti negativi sul benessere delle donne e sulla salute a lungo termine.

Da ultimo è bene rilevare come l'epidemia da COVID-19 e le misure di isolamento hanno avuto pesanti ricadute in tutti i livelli della vita sociale accentuando disuguaglianze sociali e ricadute sulla salute delle donne. Secondo il Rapporto annuale 2020 dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), l'epidemia ha avuto un forte impatto sull'organizzazione familiare con riflessi sui carichi di cura, sugli equilibri di convivenza e sulle opportunità di apprendimento dei bambini, aspetti importanti della qualità del lavoro che hanno penalizzato soprattutto le donne (ISTAT, 2020). L'epidemia da COVID-19 ha messo in luce la mancanza di pari opportunità tra i due sessi che sono precluse o ostacolate da stereotipi di genere.

Esempi di implementazione e attivazione delle politiche di genere

In accordo con le misure in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, l'adozione della prospettiva *gender sensitive* in politiche non prettamente sanitarie può generare vantaggi sulla salute di donne e uomini, nella misura in cui agire sulle asimmetrie sociali di genere significa

incidere sul funzionamento dei meccanismi sociali che determinano il benessere e i rischi per la salute.

L'eliminazione delle differenze di genere e delle conseguenze svantaggiose che queste generano sulla salute, sono elementi fondamentali della strategia di *gender mainstreaming* che negli ultimi decenni ha spinto l'Unione Europea a emanare direttive comunitarie per la promozione delle pari opportunità. Il ruolo di promozione svolto dall'Unione Europea ha sollecitato i Paesi membri (tra cui l'Italia) a legiferare per la promozione dell'uguaglianza di genere e delle pari opportunità. Un esempio è il recepimento della direttiva europea che ha portato all'istituzione del Comitato Unico di Garanzia nelle pubbliche amministrazioni italiane (Unione Europea, 2006).

Comitato unico di garanzia

L'adozione della prospettiva *gender sensitive* in politiche non prettamente sanitarie può generare vantaggi sulla salute di donne e uomini, poiché agire sulle asimmetrie sociali di genere significa incidere sul funzionamento dei meccanismi sociali che determinano il benessere e i rischi per la salute.

In tal senso, un importante tassello nell'assicurare condizioni di parità e benessere nei luoghi di lavoro è rappresentato dall'istituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) in ottemperanza alla Legge n. 183 del 4 novembre 2010. Questa legge, innovando il DL.vo 165/2001, all'art. 57 dispone che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

Il CUG è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative (artt. 40 e 43 del DL.vo 165/2001) e da un numero paritetico di rappresentanti dell'amministrazione. Ogni tre anni il CUG elabora un Piano di Azioni Positive (PAP) (specifiche per ogni singola amministrazione) che viene poi approvato dalle organizzazioni sindacali e adottato mediante delibera dalla Direzione Generale.

In un contesto come quello italiano – caratterizzato da bassi livelli di partecipazione delle donne nel mercato del lavoro e da differenze di retribuzione a sfavore della componente femminile – il monitoraggio, la promozione e il sostegno alle pari opportunità diventano strategici. Oltre a quello di assicurare parità e pari opportunità nell'ambiente lavorativo, il CUG ha il compito di accrescere la *performance* organizzativa dell'amministrazione favorendo l'adozione di misure che implementino il benessere lavorativo.

L'attenzione al benessere lavorativo in Italia è frutto di un lungo processo che, sulla scorta di indirizzi europei, è stata recepita a livello legislativo favorendo la capacità da parte delle amministrazioni di promuovere e tutelare il più alto livello di benessere e di salute psicofisica e sociale di alcune categorie di lavoratori che subiscono disparità dovute al sesso, all'età, all'etnia e alla diversa abilità fisica. Il ricorso a modalità flessibili di lavoro, la promozione, il riconoscimento e valorizzazione delle relazioni umane e delle competenze, il rispetto delle pari opportunità sono tutte azioni volte alla costruzione di una nuova "cultura del lavoro" che tenga conto delle differenze. Cultura del lavoro, quindi, attenta alle differenze di genere e improntata all'abbattimento di quei fattori "stressogeni" che contribuiscono in maniera determinante alla comparsa di una serie di disturbi (depressione, insonnia, disturbi cardiovascolari, ipertensione, ecc.) che incidono sul benessere delle persone nonché sui livelli di efficienza, efficacia e produttività dell'organizzazione nel suo complesso.

La promozione del benessere organizzativo deve necessariamente tenere conto della difficile conciliazione tra tempi di vita e di lavoro che è da sempre un'area critica per le donne pur nel rispetto delle differenze di genere. Alle donne è chiesto di organizzarsi tra orari di entrata/uscita

dei figli dalla scuola, orari di apertura/chiusura degli uffici pubblici e dei negozi e nella gestione di familiari bisognosi di particolari cure assumendo il ruolo di *caregiver*. Negli ultimi anni stiamo anche imparando che le misure adottate per affrontare le lacune di genere potrebbero in qualche caso addirittura risultare peggiorative per la condizione femminile se non vengono pensate con un approccio integrato che consideri l'interdipendenza di più fattori.

Un esempio per tutti è rappresentato dall'introduzione dello *smart working* o Lavoro Agile (LA) che dovrebbe rappresentare uno degli strumenti principali di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro ma si è rivelato spesso meno efficace per le lavoratrici rispetto ai lavoratori. Mentre, infatti, in molti casi gli uomini che lavorano in *smart working* hanno una maggiore possibilità di concentrarsi solo sul lavoro, le donne in *smart working* si trovano spesso a dover esercitare contemporaneamente anche il ruolo di *caregiver*. Nel 2020 l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 hanno imposto un ricorso generalizzato (e nella maggior parte dei casi improvvisato) a forme di *smart working* o LA, identificato quale modalità di lavoro idonea a gestire e contenere tale emergenza. Tale modalità che prima della pandemia poteva apparire come una opportunità per coniugare produttività ed efficienza in associazione a un migliore livello di benessere delle lavoratrici e dei lavoratori, è tuttavia risultata particolarmente sfavorevole per le donne impegnate anche nel lavoro di cura e di gestione familiare. La situazione emergenziale rischia di impattare in modo determinante sulla condizione femminile nel nostro Paese, evocando un ritorno al passato sul piano occupazionale ed economico che, con l'aumento della disoccupazione e del lavoro di cura non retribuito, aggrava di fatto disuguaglianze di genere preesistenti (Giammarioli, 2019; Giammarioli, 2020).

Equità di genere nella produzione di pubblicazioni scientifiche

L'era moderna è caratterizzata dall'evoluzione degli strumenti di informazione e comunicazione e da una loro sempre maggiore diffusione e accessibilità. L'uso consapevole di tali strumenti assume un ruolo centrale per decostruire e ricostruire criticamente le rappresentazioni delle identità di genere. In particolare, il ruolo delle riviste scientifiche assume particolare rilevanza nel promuovere articoli che garantiscano l'equità di genere nella ricerca.

Ruolo degli editori per promuovere equità di genere nella ricerca: linee guida SAGER

La libera circolazione delle informazioni è oggi molto facile per tutti attraverso i siti internet e i diversi canali *social*, tuttavia il ruolo degli editori scientifici quali certificatori di contenuti rimane ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica che aspira da sempre a vedere pubblicati i propri lavori in prestigiose riviste internazionali. Gli editori dunque hanno una grande responsabilità nel far pubblicare contenuti scientifici di valore nelle proprie riviste e, a garanzia della qualità, sottopongono gli articoli ricevuti al giudizio della comunità dei pari (*peer review*), dettando loro stessi le "regole del gioco". In questo contesto, gli editori possono anche influenzare le scelte degli autori che, per farsi pubblicare un lavoro, debbono necessariamente rispettare quanto da loro richiesto. Lo stesso dicasi per quanto riguarda il rapporto tra editori e *referee*, anch'essi tenuti a rispondere a quanto richiesto dagli editori, secondo standard codificati. Dunque gli editori giocano un ruolo davvero importante nella gestione delle informazioni scientifiche avvallandone la circolazione o rifiutandole.

È stato proprio un gruppo di editori della *European Association of Science Editors* (EASE) che, riconoscendo l'importanza delle differenze di sesso e genere nella ricerca e la generale sottovalutazione del problema nella gran parte degli articoli scientifici, si è attivato, a partire dal 2014, per cercare di contrastare il fenomeno dell'*under-reporting* attraverso lo sviluppo e la

successiva implementazione di linee guida editoriali, le *SAGER Guidelines* (Heidari, 2016).* SAGER, acronimo di *Sex and Gender Equity in Research*, è oggi inteso come un *framework* di riferimento per autori, *referee* ed editori, con l'obiettivo di ridurre il *gap* di ricerca dovuto alla mancata valutazione delle differenze di sesso e genere. In sintesi le SAGER raccomandano di pubblicare dati disaggregati per sesso e genere, ogni volta questo sia possibile e di giustificarne l'assenza qualora la disaggregazione non sia applicabile.

Attraverso l'applicazione dei principi contenuti nelle *SAGER guidelines*, si raccomanda a editori, autori, *referee* di prestare maggiore attenzione alle differenze di sesso e genere in tutte le fasi della ricerca, dal disegno dello studio alla pubblicazione di un articolo scientifico e a rifiutare il lavoro qualora la mancata espressione delle differenze non sia opportunamente giustificata.

In effetti, la ricerca biomedica non sempre tiene conto dell'effetto delle differenze di sesso e di genere nello studio delle malattie con conseguenze anche serie nell'applicabilità dei risultati ottenuti, anche a fronte di grossi investimenti. È già stato sottolineato come le differenze di sesso e genere rappresentano importanti determinanti di salute che, se non vengono considerate adeguatamente sin dalle prime fasi del progetto di uno studio, possono influenzare in modo negativo i risultati della ricerca rendendola addirittura inutile e causando terribili sprechi di risorse, sia umane che finanziarie.

Le linee guida SAGER agiscono principalmente attraverso gli editori di riviste scientifiche che richiedano la disaggregazione dei dati in tutte le sezioni di cui si compone un articolo scientifico, incluso il titolo e l'*abstract*. Poiché tutti i ricercatori hanno interesse a pubblicare (*publish or perish*) e poiché gli editori, come *gatekeeper* della scienza, dettano le regole per la pubblicazione degli articoli nelle proprie riviste, le linee guida SAGER sono destinate ad avere un impatto importante nella ricerca. Rappresentano di fatto un utile strumento per gli editori, ma anche gli autori e i *referee*, in quanto prevedono raccomandazioni generali (relative al corretto uso della terminologia) e raccomandazioni specifiche per ogni sezione dell'articolo e includono anche una *check list* per gli autori per verificare, ad esempio, quando uno studio include solo un sesso, se questo è riportato nel titolo e nell'*abstract*; come sono stati considerati sesso e genere nel disegno dello studio; se i dati sono presentati in modo disaggregato nei risultati; se nella discussione sono opportunamente considerate le implicazioni di sesso e genere.

Le linee guida coinvolgono gli editori delle riviste sin dal momento della ricezione del manoscritto quando decidono se dare avvio al processo editoriale, oppure, se sia preventivamente necessario richiedere agli autori una modifica del testo, con disaggregazione dei dati nel rispetto di quanto raccomandato nelle linee guida stesse. Anche i *referee* dovranno considerare quanto stabilito dalle SAGER nella revisione dell'articolo, al pari degli altri elementi di valutazione di un articolo.

Dopo la loro pubblicazione nel 2016, le linee guida sono state ampiamente discusse dalla comunità scientifica producendo un interessante dibattito su importanti riviste internazionali (De Castro, 2016; Clayton, 2016; The Lancet Psychiatry, 2016; Lundine, 2018; Heidari, 2018) ed essendo anche incluse in corsi di formazione su scrittura scientifica e metodologia della ricerca in diversi ambiti disciplinari.

* Le Linee Guida SAGER sono presenti nel sito di Equator, <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines>, il principale portale di linee guida che ha l'obiettivo di promuovere trasparenza e integrità nella ricerca biomedica. Le SAGER, prodotte in inglese, sono state tradotte in spagnolo, portoghese, turco, cinese, vietnamita e coreano. Maggiori informazioni (incluse presentazioni e pubblicazioni), sono accessibili dal sito dell'EASE (disponibile all'indirizzo <http://www.ease.org.uk/about-us/gender-policy-committee>) dove è anche possibile firmare l'*endorsement* ufficiale, il primo passo verso l'adozione di un approccio più consapevole alle differenze di genere nella ricerca.

Conclusioni

La persistenza delle disuguaglianze di salute scaturisce da relazioni asimmetriche di potere e da modelli culturali tradizionali che hanno profonde radici e resistono al cambiamento sociale. La speranza di vita alla nascita e la frequenza con cui ci si ammala sono determinati non solamente da stili di vita non salutari, da fattori di rischio genetici e ambientali ma soprattutto dal livello educativo, dalla posizione lavorativa, dal reddito e dallo status sociale dell'individuo e della famiglia di appartenenza. Le persone in condizioni di svantaggio sociale hanno la tendenza ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria vita/salute e a morire anticipatamente. Prendendo in considerazione uomini e donne nella medesima posizione socio-economica, l'asimmetria di potere è a svantaggio delle donne, in tutti i Paesi del mondo. La corretta osservazione delle disuguaglianze di genere in salute risulta spesso inficiata dall'utilizzo di chiavi interpretative "neutre" dove le differenze tra uomini e donne sono nascoste tra le pieghe delle statistiche. Come la ricerca medica ha effettuato sperimentazioni cliniche solo su uomini, producendo parametri ritenuti generalizzabili e quindi assumendoli come "neutri", anche nell'analisi delle disuguaglianze sociali e di salute si rischia di operare sulla base di criteri standard che vengono poi generalizzati e considerati "neutri". Le traiettorie dei percorsi di vita, differenti tra donne e uomini, contribuiscono a moltiplicare la complessità che dovrebbe essere analizzata. Sarebbe interessante reinterpretare gli elementi che entrano in gioco verificando il diverso peso dei fattori sessuali e biologici da un lato e delle differenze di genere dall'altro, analizzando le ricadute sulle circostanze materiali di vita quotidiana che generano disuguaglianze.

In conclusione, la sfida dei prossimi decenni non sta solo nell'osservare gli eventi per genere ma nella capacità di individuare processi differenziati per genere e promuovere un paradigma biopsicosociale in grado di contrastare le iniquità e promuovere più salute nel rispetto delle differenze di genere.

Bibliografia

- Barbera F, Negri N. *Mercati, reti sociali, istituzioni: una mappa per la sociologia economica*. Bologna: Il Mulino; 2008.
- Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin* 2004;130(5):793-812.
- Clayton JA, Tannenbaum C. Reporting sex, gender, or both in clinical research *JAMA* 2016;316(18):1863-64.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991.
- De Castro P, Heidari S, Babor TF. Sex and Gender Equity in Research (SAGER): reporting guidelines as a framework of innovation for an equitable approach to gender medicine. Commentary. *Ann Ist Super Sanita* 2016;52(2):154-7.
- Di Cristofaro Longo MG. *Cultura dei diritti umani*. Roma: Aracne; 2019.
- Di Girolamo C, Nusselder WJ, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Costa G, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Pacelli B, Rubio Valverde J, Mackenbach JP. Progress in reducing inequalities in cardiovascular disease mortality in Europe. *Heart* 2020;106(1):40-9.
- Di Monaco R, Pilutti S. Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie. In: Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N. *L'equità nella salute in Italia*. Milano: Fondazione Smith Kline presso Franco Angeli; 2014.
- Ember RC, Ember M. *Antropologia culturale*. Bologna: Il Mulino; 1999.

- Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo V. Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res* 2007;55(2):81-95.
- Franconi F. *Sex and gender analysis in medical and pharmacological research*. United Nations Division for the Advancement of Women (DAW, part of UN Women) United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) EGM/ST/2010/EP. 12 September 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.364.7273&rep=rep1&type=pdf>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Giammarioli AM, Ferrelli RM, Falzano L, De Castro P, Venerosi V, Medda E, Mattioli B, Bucciardini R. The story from Italy: COVID-19 and inequity. *EuroHealthNet Magazine*. 19/6/2020. Disponibile all'indirizzo: <https://eurohealthnet-magazine.eu/the-story-from-italy-covid-19-and-inequity/>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Giammarioli AM. Working Conditions and Health Inequalities. In: IntechOpen (Ed.). *Safety and health for workers – Theory and applications*; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.intechopen.com/books/safety-and-health-for-workers-research-and-practical-perspective/working-conditions-and-health-inequalities>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Gordon EH, Peel NM, Samanta M, Theou O, Howlett SE, Hubbard RE. Sex differences in frailty: a systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol* 2017;89:30-40.
- Greiten LE, Holditch SJ, Arunachalam SP, Miller VM. Should there be sex-specific criteria for the diagnosis and treatment of heart failure? *J Cardiovasc Transl Res* 2014;7(2):139-55.
- Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curmo M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev* 2016;1:2.
- Heidari S, Bachelet VC. Sex and gender analysis for better science and. *Lancet* 2018 27;392(10157):1500-502.
- Héritier F. *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*. Bari: Laterza; 2006.
- Institute of Medicine. National academies of sciences, engineering, and medicine. Committee on women's health research. Methodologic issues in women's health research. In: Institute of Medicine. National academies of sciences, engineering, and medicine (Ed). *Women's health research: progress, pitfalls, and promise*. Washington (USA): National Academies Press; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK210137/>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese*. Roma: ISTAT; 2020.
- Italia. DL.vo 30 marzo 2001, n. 165. Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 106 del 9 maggio 2001 – Suppl. Ordinario n. 112.
- Italia. DL.vo 4 novembre 2010, n. 183. Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 262 del 9 novembre 2010 – Suppl. Ordinario n. 243.
- Jónsdóttir LS, Sigfússon N, Gudnason V, Sigvaldason H, Thorgeirsson G. Do lipids, blood pressure, diabetes, and smoking confer equal risk of myocardial infarction in women as in men? The Reykjavik Study. *J Cardiovasc Risk* 2002;9(2):67-76.
- Kannel WB. The Framingham Study: historical insight on the impact of cardiovascular risk factors in men versus women. *J Gend Specif Med* 2002;5(2):27-37.
- Kreatsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2010;26(Suppl C):8C-13C.

- Legato MJ, Gelzer A, Goland R, Ebner SA, Rajan S, Villagra V, Kosowski M. Writing Group for the partnership for gender-specific medicine. gender-specific care of the patient with diabetes: review and recommendations. *Gen Med* 2006;3(2):131-58.
- Legato MJ. Gender-specific medicine: the view from Salzburg. *Gen Med* 2004;1(2):61-3.
- Longo E. Accompagnamento del minore vittima di abuso e maltrattamento. In: Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, gruppo di lavoro progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). *Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29). p. 48-52.
- Longo E. Audizione dell'Iss su violenza e abuso sui minori. Camera dei Deputati, 16 gennaio 2020. *Not Ist Super Sanità* 2020;33(1):16-17.
- Longo E, De Castro, P. De Santi A. Scaravelli G. Convegno. Violenza di genere. Riconoscere per prevenire, contrastare e assistere le donne che hanno subito violenza. *Not Ist Super Sanità* 2020;33(6):28-31.
- Lundine J, Bourgeault IL, Clark J, Heidari S, Balabanova D. The gendered system of academic publishing. *Lancet* 2018;391(10132):1754-56.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Commission on social determinants of health. closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661-9.
- Marmot M. *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: UCL Institute of Health Equity; 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Marmot M. *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
- Mead M. *Sesso e temperamento in tre società primitive*. Milano: Il Saggiatore; 1977.
- Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. *Circulation* 2011;124(19):2145-54.
- Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res* 2008;20(2):91-102.
- Pilutti S, Costa G, D'Enrico A, Di Monaco R. *Prospettive di genere e salute. Dalle disuguaglianze alle differenze, Policy brief. Strumenti di Health Equity Audit di genere*. Grugliasco (TO): DORS Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/1612090/263356/Policy%20brief%20-%20Genere%20e%20Salute.pdf>; ultima consultazione 20/01/2021.
- Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. *Prev Med* 2010;50(4):159-64.
- Straface E, Gambardella L, Mattatelli A, Canali E, Boccacini F, Agati L, Malorni W. The red blood cell as a gender-associated biomarker in metabolic syndrome: a pilot study. *Int J Cell Biol* 2011;2011:204157.
- Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F, d'Errico A, Barros H, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Clavel-Chapelon F, Costa G, Delpierre C, Fraga S, Goldberg M, Giles GG, Krogh V, Kelly-Irving M, Layte R, Lasserre AM, Marmot MG, Preisig M, Shipley MJ, Vollenweider P, Zins M, Kawachi I, Steptoe A, Mackenbach JP, Vineis P, Kivimäki M; LIFEPAATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017;25;389(10075):1229-37.
- The Lancet Psychiatry. Sex and gender in psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2016;3(11):999.

- Todesco L. *Quello che gli uomini non fanno. Il lavoro familiare nelle società contemporanee*. Roma: Carocci; 2013.
- Unione Europea. Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 luglio 2006. Attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego. *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* del 26 luglio 2006, L204/23.
- Vineis P, Avendano-Pabon M, Barros H, Bartley M, Carmeli C, Carra L, Chadeau-Hyam M, Costa G, Delpierre C, D'Errico A, Fraga S, Giles G, Goldberg M, Kelly-Irving M, Kivimaki M, Lepage B, Lang T, Layte R, MacGuire F, Mackenbach JP, Marmot M, McCrory C, Milne RL, Muennig P, Nusselder W, Petrovic D, Polidoro S, Ricceri F, Robinson O, Stringhini S, Zins M. Special Report: The biology of inequalities in health: the lifepath consortium. *Front Public Health* 2020;8:118.
- Vitale C, Mendelsohn ME, Rosano GM. Gender differences in the cardiovascular effect of sex hormones. *Nat Rev Cardiol* 2009;6(8):532-42.
- WHO. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2*. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf; ultima consultazione 20/01/2021.
- WHO. *Constitution*. Geneva: World Health Organization; 1948. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>; ultima consultazione 20/01/2021.
- WHO. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on primary health care. Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization; 1978 (Health for All Series N° 1). Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf; ultima consultazione 20/01/2021.
- WHO. *Ottawa charter for health promotion. First International Conference on health promotion*. Geneva: World Health Organization. 1986. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf; ultima consultazione 20/01/2021.

CURE INTEGRATE PER MIGLIORARE IL BENESSERE PERCEPITO

Andrea Geraci

Centro Nazionale Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

La *World Health Organization* (WHO) definisce le Medicine Tradizionali (*Traditional Medicine*, TM) come somma di conoscenze, abilità e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze appartenenti a differenti culture, usate per il mantenimento della salute, come pure per la prevenzione, la diagnosi e la cura di malattie fisiche o mentali (1).

Al giorno d'oggi esse rappresentano un enorme bagaglio di esperienza e conoscenza su molti degli aspetti che hanno a che fare col benessere e la salute delle persone. Approcci quali la fitoterapia o metodiche terapeutiche quali l'agopuntura, i massaggi, le ginnastiche fanno parte di antiche tradizioni che vengono studiate con metodi moderni, e su *Pubmed*, uno dei motori di ricerca gratuito più diffuso di letteratura scientifica biomedica, possiamo osservare l'enorme mole di pubblicazioni presenti sulle più prestigiose riviste scientifiche.

I cosiddetti sistemi medici strutturati, quelli cioè che presentano una propria base epistemologica, oltre a concrete prescrizioni terapeutiche, fatte soprattutto di sostanze naturali, si basano anche su tutta una serie di consigli e di indicazioni che riguardano la persona nel suo insieme: equilibrio del corpo, della mente e dello spirito, il cosiddetto approccio olistico.

Una grossolana classificazione dei trattamenti integrati può essere quella che suddivide i numerosi ed eterogenei approcci in cinque grandi gruppi (2):

- *sistemi medici strutturati*, quelli con specifiche basi epistemologiche, come la medicina tradizionale cinese, l'ayurveda, la medicina antroposofica o la medicina omeopatica;
- *terapie biologiche*, con uso di particolari diete, vitamine, minerali;
- *manipolazioni fisiche e ginnastiche*, come la chiropratica, l'osteopatia, il *Qi Gong* (*Chi Kung*) e il *Tai Ji Quan* (*Tai Chi Chuan*), i massaggi, l'agopuntura;
- *medicina energetica*, come il reiki, la magnetoterapia, la cromoterapia;
- *interventi sulla connessione mente-corpo*, come yoga, meditazione, preghiera.

Se facciamo riferimento a questo ultimo gruppo possiamo considerare un pensiero che ha radici nell'antica medicina ippocratica: "Curare lo spirito per curare la mente e il corpo". Quasi sempre la medicina moderna cura la malattia conclamata e non la persona nel suo aspetto globale e spesso l'evento morboso è il risultato della perdita, per tutta una serie di cause e concause, dell'equilibrio personale. Filosofie millenarie, maestri spirituali hanno nei secoli tramandato conoscenze profonde che in qualche modo gli studi scientifici moderni stanno via via confermando. Sono approcci diversi ma ovviamente integrabili.

Si potrebbe ipotizzare un approccio globale e multidisciplinare alla salute e al benessere grazie a una medicina che considera la persona da diversi punti di vista, in base alla gravità della malattia o dello squilibrio. Ad esempio, in caso di mal di schiena, il cosiddetto *low back pain*, e in base alla gravità o alla durata nel tempo o alla ricorrenza, si può intervenire con la psicoterapia ("Ho il peso del mondo addosso!") o con l'agopuntura, lo yoga o con farmaci di sintesi come ibuprofene o diclofenac. È possibile poi che, se si è realizzati nella vita magari non lo si avrà mai oppure soltanto se si va a giocare a calcetto senza allenamento. In questo caso si potrebbe fare un

massaggio o usare la fitoterapia cioè una pomata a base di arnica oppure *Arnica montana* o di *Harpagophytum procumbens* (Artiglio del diavolo). Se si dovesse scoprire invece un problema di schiacciamento vertebrale impegnativo si interverrà possibilmente con la chirurgia e, in caso di patologia tumorale in sede vertebrale, si potrà utilizzare la chemio o la radioterapia. Nello schema seguente si vuole evidenziare che il benessere e la salute della persona sono determinati da fattori personali (interni), cioè dalla presa di coscienza di perseguire il giusto approccio alla vita, e da interventi esterni quali i diversi trattamenti integrati e quelli convenzionali della medicina classica. In base a questo concetto possiamo distinguere 3 aree (Figura 1):

1. *Giusto approccio alla vita*. In questo gruppo prevalgono i fattori personali, la volontà personale. Da qui alcune indicazioni: perseguire il bello, il buono, il giusto cioè impostare la propria vita su una sana moralità che a sua volta rappresenta la base dell'equilibrio interiore; individuare il proprio percorso di vita in relazione al talento personale; avere interessi artistici, creativi; evitare gli eccessi in generale e rispettare il ritmo sonno-veglia, oltre naturalmente seguire i canonici stili di vita cioè una dieta sana (la nostra dieta mediterranea è considerata l'ideale), il giusto movimento fisico, evitare il fumo di tabacco e limitare, o meglio, abolire gli alcolici.
2. *Trattamenti integrati*. Tra i più conosciuti accenniamo a yoga, agopuntura, meditazione, mindfulness, trattamenti manuali come shiatsu, osteopatia, chiropratica, alle ginnastiche come il Pilates, il Qi Gong, il Tai Ji Quan e soprattutto all'utilizzo di sostanze naturali, specialmente la fitoterapia o herbal medicine. In questo gruppo potrebbe essere inserita anche la psicoterapia come approccio mente-corpo.
3. *Medicina classica* (o occidentale). La cosiddetta medicina basata sull'evidenza, o *evidence based medicine*, o medicina convenzionale, il cui approccio terapeutico è fondato sul farmaco, quasi sempre di sintesi, sulla chirurgia e la radioterapia.

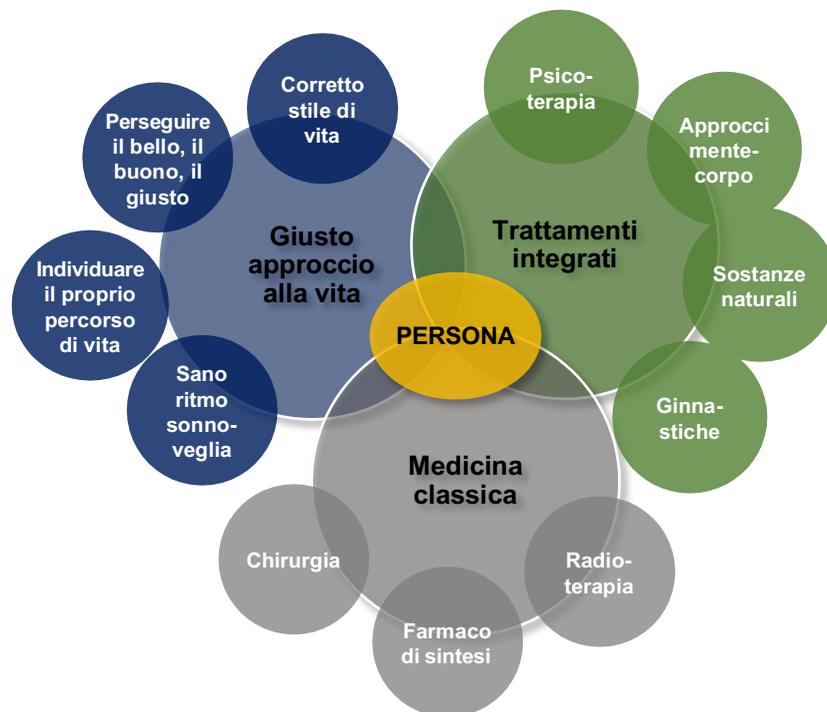


Figura 1. Indicazioni per il benessere e la salute della persona

Dai conflitti allo stress cronico

Ogni giorno ciascuno di noi vive una vera e propria battaglia con gli eventi interiori, quelli ambientali e quelli relazionali: siamo spesso in balia di emozioni che ci fanno stare in un continuo stato di allarme, di tensione e di questo raramente ci si rende conto. Il principale rimedio per far fronte a queste ondate, che a volte sono veri e propri tsunami emotivi, è quello di rinforzare la nostra interiorità. Siamo noi stessi gli artefici della nostra salute, in positivo o in negativo. La salute è spesso un fatto legato alla personale volontà di stare bene (3). Noi plasmiamo giorno dopo giorno momenti di salute o di malattia: ci adriamo, consumiamo tante sigarette, cerchiamo consolazione in cibi ipercalorici, sprofondiamo durante lunghe notti insonni su divani in compagnia di superalcolici o cibi spazzatura, evitiamo accuratamente la bilancia o lo specchio che ci metterebbero di fronte a una realtà che spesso vogliamo ignorare. Ecco, questi sono i primi passi per arrivare all'obesità, all'ipertensione, alla cardiopatia ischemica, al cancro. Se fossimo costantemente presenti a noi stessi, se ci volessimo bene veramente, sapremmo riconoscere in tempo gli errori comportamentali ed evitare così squilibri e percorsi nocivi per la nostra salute. Proprio di equilibrio parla la WHO fin dalla sua costituzione firmata a New York il 22 luglio 1946 e approvata dal nostro capo provvisorio dello stato col DL.vo del 4 marzo 1947: "La Salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in una assenza di malattia o d'infermità... Per raggiungere il più alto grado di sanità è indispensabile rendere accessibili a tutti i popoli le cognizioni acquisite dalle scienze mediche, psicologiche e affini". Di equilibrio, di "un piano integrato di cura e assistenza alla persona" si parla anche nel modello biopsicosociale introdotto da Engel (4) ma anche nei modelli riguardanti la connessione psico-neuro-endocrino-immunologica introdotta da Ader nel 1981 (5). Le antiche tradizioni mediche non conoscevano gli ormoni o le citochine ma sicuramente prevedevano nelle loro prescrizioni dei sani consigli relativi alla vita emozionale, le stesse indicazioni che David Golemann ha divulgato negli ultimi decenni attraverso i suoi libri (6). Nell'ottuplice sentiero buddista di circa 2500 anni fa, ripreso e ampliato nel secolo scorso da Rudolf Steiner secondo il modello antroposofico, vi sono indicazioni sul benessere che coincidono quasi totalmente con le *life skills* di cui parla la WHO, che nel 1994, suggerisce come migliorare la vita di relazione in età scolare. Ovviamente queste *skills* valgono per tutti, anche per i novantenni (vedi capitolo sui percorsi formativi per sostenere il cambiamento individuale: *life skills* e intelligenza emotiva).

Salute è anche un fatto morale

L'equilibrio interiore crea pace animica, controllo delle emozioni e questo è un punto di partenza. Il padre dello yoga, Patanjali descrisse nel 150 a.C. il percorso yogico attraverso otto fasi mettendo ai primi due punti le regole morali e le virtù come la base per una vita da vivere in piena salute (2). Qui di seguito le parole chiave su cui ciascuno di noi dovrebbe riflettere e renderle parte vivente di ogni singolo momento della propria giornata: è un compito difficile ma non impossibile cercando semplicemente di fare del nostro meglio.

Regole morali (*yama*)

Le regole morali sono:

- *Non violenza (ahimsa)*: nelle intenzioni (pensiero), nelle parole, nelle azioni.
- *Sincerità (satya)*: propensione a dire la verità in ogni occasione.

- *Onestà (asteya)*: non rubare oggetti, merito, tempo di altri, rifuggire da invidia e gelosia.
- *Continenza sessuale (brahmacharya)*: equilibrio sessuale, ma anche di sonno e cibo.
- *Non avidità nel possedere (aparigraha)*: non attaccamento, vivere nella semplicità.

Virtù (niyama)

Le virtù sono:

- Purificazione (*saucha*): di corpo e spirito, (no orgoglio, rabbia, disonestà, giudizi ecc.).
- Accontentarsi (*santosha*): gioia incondizionata, accettazione di tutto, vivere il presente.
- Austerità (*tapas*): mettere in pratica la forza di volontà.
- Studio e conoscenza di sé (*svadhyaya*): studio e contemplazione della natura spirituale.
- Abbandono alla volontà divina (*ishvarapranidhana*): desiderio di Unione con l'Assoluto.

Gli altri sei punti del percorso yogico sono costituiti da posture (*asana*), canalizzazione del respiro (*pranayama*), interiorizzazione dei sensi (*pratyahara*), concentrazione (*dharana*), meditazione (*dhyana*), controllo mentale o illuminazione (*samadhi*), rara, ma che porta alla consapevolezza che siamo una scintilla divina, che siamo in grado di guarire, di stare bene se lo vogliamo. Questi concetti furono ripresi nell'Europa del primo medioevo da una benedettina illuminata, Ildegarda di Bingen, una vera pioniera della medicina integrata che oltre a dare consigli dietetici e di fitoterapia, consigliava di praticare le "virtù" che guariscono, che bilanciano i "vizi" che portano alla perdita dell'equilibrio interiore e quindi alla malattia (7).

Lavoro come missione

Che siano virtù, che sia un percorso morale, sta di fatto che il segreto per una vita con poco stress cronico sta nell'equilibrio interiore, quell'equilibrio che ci fa dire, per esempio:

- "Sono un sanitario, mi prendo cura di te e contemporaneamente sei tu che regali qualcosa a me".
- "Sono un insegnante, mi prendo cura di te, della tua educazione e contemporaneamente sei tu che insegni qualcosa a me".

Si dice che chi ama il proprio lavoro non si stanca mai e si diverte. Purtroppo sono rari i casi in cui ci si realizza completamente nella propria attività: spaccare pietre non è il massimo, ma se anche in questo caso riusciamo a vedere un senso, un giusto fine, allora forse siamo sulla strada giusta. Un aneddoto racconta di tre persone che spaccavano le pietre e a loro fu chiesto cosa stessero facendo.

- Il primo rispose: "fatico per sopravvivere".
- Il secondo: "lavoro per mantenere la mia famiglia".
- Il terzo: "partecipo alla costruzione di una cattedrale".

Essere centrati sul valore morale della propria attività e di come si possa interagire con le persone di cui ci si occupa, in questo caso pazienti e studenti, oltre ad avere interazioni con colleghi e superiori, ecco questo è un sano punto di partenza per riuscire a gestire tutte le problematiche che hanno a che fare con lo stress cronico lavoro-correlato, un tipo di stress psicosociale di cui oggi tanto si parla. Bisognerebbe essere consapevoli di questo, giorno per giorno, momento per momento.

Approcci mente-corpo migliorano la consapevolezza

In un recente articolo apparso sul *New England Journal of Medicine* (8) si evidenzia lo stato dell'arte degli approcci mente corpo e viene suggerita una prospettiva futura di un mondo alle prese con dei cambiamenti epocali. Si afferma che tali metodi possono fare molto per migliorare il benessere e ridurre i sintomi e gli effetti fisiologici dello stress e allo stesso tempo ci si chiede fino a che punto queste pratiche possano spostare il decorso della malattia e ridurre la necessità di farmaci, costosi test e procedure.

In generale possiamo dire che questi metodi ci fanno stare più attenti nell'osservazione di noi stessi, visto che è noto che durante la nostra giornata più del 95% del tempo lo impieghiamo in automatiche attività fisiche e di pensiero.

Saper riconoscere le nostre tensioni fisiche non è qualcosa che facciamo normalmente, ma se diventiamo consapevoli di una contrazione prolungata nel tempo nella zona dei muscoli del collo o di una respirazione superficiale, allora questo potrebbe essere il primo passo per capire di essere "stressati". Il programma di rilassamento proposto nell'era moderna da Herbert Benson riprende concetti antichi delle medicine tradizionali, quali, ad esempio, la consapevolezza della corporeità da cui poter partire per identificare tensioni muscolari quali conseguenza di conflitti emotivi (9-11).

Mindfulness, la consapevolezza del qui e ora

Anche Jon Kabat-Zinn riprende i concetti dell'antica India utilizzando la meditazione Vipassana (di origine Buddista, detta auto-regolazione intenzionale dell'attenzione) inserita nell'ormai famosissimo programma di *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (12-14). Tale metodo prevede 8 incontri di gruppo, 1 a settimana di circa 2 ore e mezza, più 4 incontri di follow-up. Vi sono poi momenti di condivisione di gruppo sul vissuto dei partecipanti, attività fisica (yoga, *stretching*) e consapevolezza del movimento, oltre a insegnamenti teorici relativi a stress, attenzione, connessione mente-corpo e compiti a casa giornalieri di circa un'ora. Il principio di questo metodo ben strutturato è quello di vivere il presente in maniera consapevole. Le parole chiave sono: *attenzione deliberata al presente, non giudicante*. Significa porre la volontà nel vivere attentamente un presente nel quale ci immergiamo totalmente, avendo la pazienza di allontanare pensieri inopportuni, distraenti quali possono essere, ad esempio, i rumori ambientali, il pensiero di una bolletta da pagare o una sensazione fisica di prurito. Vivere il presente ponendo l'attenzione, ad esempio, a una foglia di menta o alla degustazione di una tazza di caffè attraverso i nostri cinque sensi per un tempo di 30 o 40 minuti; ecco che per quel determinato periodo noi abbiamo dilatato il presente allontanando il ricordo di un passato carico di pensieri pesanti o l'angoscia per un futuro pieno di dubbi e incertezze. Vivere il qui e ora, ridimensionando la relatività del tempo.

Questa metodica viene utilizzata in molti campi di ricerca, in ambito della gestione dello stress e quindi anche in ambito clinico, nei reparti di patologie cardiovascolari, nelle cure palliative presso molti *hospice*.

Esiste un numero crescente di lavori scientifici sulla *mindfulness*. Ad esempio, studi elettroencefalografici su chi pratica questa metodica attestano la presenza di uno stato di "allerta rilassata" che favorisce la salute mentale (15). Altre ricerche indicano benefici sul sistema immunitario confermati dal miglioramento di parametri relativi allo stress (16, 17). Le qualità umane che vengono affinate con la *mindfulness* sono la pazienza, la fiducia, la gratitudine, la

generosità. In qualsiasi ambito lavorativo tale metodo può dare frutti su più versanti e qui di seguito si riassumono alcuni punti fondamentali:

- ottimale equilibrio psicofisico, assenza di sintomi vaghi e aspecifici, maggiore vitalità;
- ottimale prestazione lavorativa, piena concentrazione, ascolto, creatività, curiosità, ecc;
- solide relazioni sociali basate su empatia, cooperazione, gentilezza, autenticità.

Ritrovare il proprio nucleo interiore: la meditazione

Meditare deriva dal latino “meditari”, derivato di “mederi”, che significa curare. Nell’antichità la meditazione era un’attività terapeutica, sia per il corpo che l’anima. La radice “med” è comune ai termini medicare, medicina, meditazione. Come accennato prima, la meditazione era uno degli otto passi del percorso dello yoga, che attualmente rappresenta una delle sei medicine ufficiali praticate in India. Le altre cinque sono: l’ayurveda, l’allopatia o medicina occidentale, l’omeopatia, la naturopatia, la unani e la siddha che è una variante dell’ayurveda (2). Esistono varie tipologie di meditazione in rapporto a tradizioni, scuole, insegnanti e qui di seguito riportiamo alcuni esempi e relative caratteristiche.

- *Buddhista*: secondo la retta consapevolezza dell’ottuplice sentiero;
- *Vipassana*: compassione come concetto base;
- *Zen*: allontanare la mente per vedere senza di essa;
- *Taoista*: non agire, assecondare la natura;
- *Trascendentale*: secondo Maharishi Maesh Yogi;
- *Antroposofica*: secondo le indicazioni steineriane;
- *Ebraica*: secondo la Cabala;
- *Islamica*: secondo il Corano;
- *Cristiana*: la preghiera meditativa.

Alcuni requisiti generali per meditare:

- un ambiente tranquillo;
- una postura comoda;
- focalizzazione dell’attenzione/ del pensiero;
- annullamento del pensiero.

Studi neurofisiologici e neuroanatomici dimostrano che la meditazione può avere effetti di lunga durata sul cervello, con conseguenze benefiche sullo stato fisiologico basale e sul rischio cardiovascolare. Gli studi sugli effetti della meditazione rispetto al rischio cardiovascolare hanno incluso quelli che studiano la risposta fisiologica allo stress, la cessazione del fumo, la riduzione della pressione arteriosa, la resistenza all’insulina e la sindrome metabolica, la funzione endoteliale, l’ischemia miocardica. Questi risultati sono stati evidenziati dalla *American Heart Association* (18, 19). Viene osservato che chi medita a lungo ha potenziali cerebrali coerenti, cioè è più concentrato nel quotidiano e presenta migliori indicatori di salute (20), mentre chi pratica la meditazione *SO HAM* (suono naturale del respiro) presenta alcune aree cerebrali più dense, vi è una vera e propria modificazione cerebrale morfo-funzionale. Il termine *SO HAM* corrisponde al ritmo del respiro e per la filosofia vedica rappresenta il ponte che unisce l’uomo al divino e si può tradurre, in questa prospettiva, con la frase “Io sono Lui” (21). Secondo Rudolf Steiner (1861-1925), padre dell’antroposofia, “chi si eleva per mezzo della meditazione a ciò che congiunge l’uomo allo Spirito, comincia a dar vita in sé all’elemento eterno, che non è limitato né dalla nascita né dalla morte. La meditazione è dunque la via che conduce l’uomo anche alla conoscenza, alla visione del nocciolo eterno indistruttibile del proprio essere, e soltanto per mezzo di essa

l'uomo può arrivare a tale visione" (22). L'antroposofia è definita da Steiner, come "... una via della conoscenza che vorrebbe condurre lo spirituale che è nell'uomo allo spirituale che è nell'universo" (23).

Sanitari al lavoro

Recenti studi scientifici confermano che praticare attività fisica, mentale ed emotiva sono fattori importanti per evitare il *burnout* dei sanitari. Le prove attuali dimostrano che l'esercizio fisico può migliorare l'umore, migliorare la capacità di affrontare lo stress e promuovere un sonno di alta qualità. Una nuova ricerca nel campo della psichiatria nutrizionale sostiene l'associazione tra dieta sana e salute mentale. Uno studio recente ha affermato che il rischio di depressione è più basso nelle persone che seguono una dieta ricca di frutta, verdura, cereali non trasformati e basse quantità di proteine animali e prodotti caseari. Inoltre, vi è un crescente numero di studi che confermano che la pratica della meditazione consapevole può aiutare a ridurre i sintomi del *burnout* del medico attraverso la riduzione dello stress e migliorando il benessere fisico ed emotivo (24-26). Anche un approccio alla spiritualità si è rivelato uno strumento essenziale per la relazione medico-paziente e il piano di trattamento terapeutico condiviso (27). Fondamentale si è rivelata la componente "ascolto" che viene nutrita da una empatia accresciuta (28). Esistono degli approcci "brevi" della *mindfulness* con cui, grazie a un modesto investimento di tempo e di risorse per apprendere la metodica, si può influenzare positivamente il benessere degli operatori sanitari (29). Una categoria di sanitari stressati è sicuramente quella dei chirurghi e per loro la *mindfulness* può essere particolarmente utile perché sono tenuti a mantenere la loro presenza mentale e la concentrazione nel contesto di impegnativi compiti fisici e mentali. Questo metodo può influenzare positivamente quei tratti della personalità come il perfezionismo e la competizione, così come l'intolleranza e l'impazienza, la frustrazione e l'aggressività. Una pratica di meditazione consapevole può aiutare a ridurre la tendenza a reagire a queste emozioni, consentendo comunque ai chirurghi di rimanere motivati a eccellere (30). Una variante del programma MBSR è la *mindful-compassion art therapy* che rappresenta l'integrazione della *mindfulness* con l'arte terapia: si tratta di una consapevolezza riflessiva che integra l'espressione emotiva. Ciò rappresenta un immenso potenziale per la cura di sé in rapporto con l'ambiente di lavoro. È un intervento innovativo, altamente strutturato che mira a ridurre lo stress legato al lavoro, a coltivare la resilienza e a promuovere il benessere (31). Esistono delle applicazioni per dispositivi mobili che permettono in modo molto pratico di praticare la meditazione consapevole. I risultati preliminari forniscono informazioni importanti che possono essere applicate alla progettazione di studi futuri o a piani innovativi nell'ambito della salute mentale in ambito universitario (32, 33).

Gestione dello stress degli insegnanti

Gli approcci mente-corpo validati soprattutto per gli operatori sanitari possono ovviamente essere utilizzati anche in ambito della scuola, dalle elementari all'università, per docenti e per studenti. In ambito scolastico e universitario sono pochi gli studi scientifici sull'argomento, ma recentemente sono in aumento i tentativi di introdurre nella scuola e nell'università momenti utili per gestire lo stress. Fornire occasioni formative sulla consapevolezza potrebbe essere una componente efficace di una più ampia strategia di salute mentale degli studenti e, di conseguenza

degli insegnanti. Questo è il risultato di una ricerca fatta nel Regno Unito che ha evidenziato, tra l'altro, l'aumento della resilienza dei ragazzi (34).

Altri studi hanno dimostrato come la meditazione consapevole aiuta gli insegnanti a gestire lo stress e a promuovere ambienti di apprendimento di supporto, con conseguente miglioramento dei risultati educativi e quindi con implicazioni significative per le politiche educative riguardanti gli insegnanti (35). Anche la Meditazione Trascendentale si è rivelata efficace nel ridurre il disagio psicologico negli insegnanti e nel personale di supporto che lavora in una scuola per studenti con problemi comportamentali. Questi risultati hanno importanti implicazioni per le prestazioni lavorative dei dipendenti e per la loro salute fisica e mentale (36). Anche nel caso di studenti poco attenti, o impegnativi, quelli con diagnosi di deficit di attenzione e iperattività (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, ADHD), ad esempio, possono trarre beneficio da esercizi di meditazione con conseguente alleggerimento dell'impegno lavorativo degli insegnanti (37, 38).

Benessere e attitudini positive

La gestione dello stress si può avvalere anche di pensieri, azioni, comportamenti, attitudini molto semplici per migliorare tanti aspetti legati al *burnout* e alla resilienza (39, 40). La gratitudine è un elemento importante in qualsiasi ambiente lavorativo e ringraziare spesso fa bene. Fare un bilancio di eventi gratificanti è un approccio efficace per ridurre lo stress e i sintomi depressivi tra gli operatori sanitari (41, 42). Per risollevare l'umore basta essere gentili e cordiali con chi ci sta intorno per appena 12 minuti. Essere gentili con gli altri riduce l'ansia e aumenta la felicità (43). Una rilassante respirazione diaframmatica migliora la pressione sanguigna e la frequenza cardiaca nei soggetti emotivamente e fisicamente sensibili ed è utile nell'ottimizzazione della prevenzione delle condizioni subcliniche e nel trattamento efficace dei pazienti clinici (44). Perdonare ci alleggerisce emotivamente ma anche fisicamente: si può ottenere una riduzione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, dello stress, di sintomi legati alla depressione o ansia, una minore ostilità, un minor rischio di abuso di alcool o sostanze, una migliore capacità di gestione della rabbia (45). Lewis B. Smedes ci dice che “perdonare è liberare un prigioniero e scoprire che quel prigioniero eri tu”. Si è accennato prima allo yoga di Patanjali. In occidente si tende a praticare a livello di massa più la parte relativa alle posizioni e alla respirazione. Della meditazione che è uno dei punti dello yoga ne abbiamo accennato prima. In ambito lavorativo lo yoga è potenzialmente praticabile e molti sono i lavori scientifici che ne attestano l'efficacia nel momento in cui una persona si prende cura di sé dal punto di vista fisico, mentale e spirituale agendo al meglio sulla gestione dello stress e del *burnout* (46, 47). In generale si può ritenere che per questa disciplina ci siano dei limiti organizzativi se si proponesse una attuazione in ambiente lavorativo. Infine ricordiamo che numerosi lavori scientifici si sono focalizzati sull'approccio spirituale, sulla preghiera la cui efficacia nel dare sollievo in ambienti “stressanti” è stata ampiamente dimostrata (48-50). Anche l'utilizzo dell'arte come terapia del *burnout* è ampiamente diffuso: essa fornisce un mezzo creativo per ridurre lo stress dei *caregiver* permettendo così che i pazienti possano ricevere cure di alta qualità (51-53). La gestione dello stress cronico lavoro correlato può essere favorita anche dalla pratica della meditazione guidata associata all'ascolto di musica rilassante (54). Un'altra attitudine che migliora i rapporti sociali a tutti i livelli e certamente anche in quello lavorativo è l'altruismo: alcuni autori si sono occupati di sviluppare approcci come la meditazione consapevole per aumentare la cooperazione sociale, specialmente tra soggetti con una bassa disponibilità (55). L'argomento altruismo è stato spesso trattato, in ambito scientifico e dai più diversi punti di vista, anche dalle più prestigiose riviste come *Nature* e *Science* (56, 57) così come la compassione che rappresenta il frutto della presenza mentale nel

momento in cui, attraverso le diverse forme meditative, si arriva come già si è detto, al nostro nucleo interiore, quello che alcuni Maestri chiamano Sé Superiore o nucleo Spirituale (58).

Attenzione come strumento di consapevolezza durante la pandemia da SARS-CoV-2

Recentemente l'intero pianeta è stato messo alla prova duramente da una pandemia particolarmente impegnativa sotto tanti punti di vista. Tanto si è detto, forse troppo. Un aspetto su cui riflettere e che ciascuno di noi porterà con sé per molto tempo è quello che dobbiamo fare attenzione. Dobbiamo aumentare la capacità di essere presenti in ogni momento della nostra giornata, specialmente quando ci relazioniamo con gli altri. Un mantra attuale potrebbe essere: "Portare attenzione a tutto ciò che facciamo e a come lo facciamo". È questo il senso di questa esperienza che ha coinvolto tutti. Attenzione alle distanze fisiche, a chi ci sta vicino, agli oggetti potenzialmente veicoli dell'infezione, al corretto uso dei dispositivi di protezione individuali: la distrazione ci fa dimenticare di mettere anche sul naso "la mascherina". Abbiamo poi avuto l'occasione di rivedere lo strumento tempo e come utilizzarlo al meglio. Abbiamo assistito a un sovraccarico di messaggi, notizie, informazioni, verità, menzogne, la cosiddetta infodemia che ci ha stimolato quantomeno a riflettere, a porre attenzione e a capire cosa veramente risuona nel nostro intimo, al di là delle paure e delle contraddizioni. Abbiamo potuto osservare da nuovi punti di vista i nostri automatismi e, quelli errati o non più attuali, rielaborarli. In questo periodo, che ci ha visto cambiare alcune nostre abitudini, abbiamo potuto fare esperienze lavorative nuove e qualche autore si è anche ritrovato a studiare l'implicazione degli approcci mente corpo nel settore sanitario e dell'istruzione. In una ricerca sulla meditazione consapevole e la terapia cognitivo-comportamentale sono state superate le limitazioni imposte dagli ostacoli geografici e sono state utilizzate competenze localizzate e gli strumenti delle connessioni web sono diventati veicoli per la fornitura su larga scala di benefici a costi modesti. La cosiddetta *Mindfulness Virtual Community* (MVC), un programma basato sul web e dotato di video online, forum di discussione e videoconferenza, è stata sviluppata per affrontare la depressione, l'ansia e le esperienze di stress eccessivo tra gli studenti universitari. Le conclusioni hanno descritto una significativa riduzione dei sintomi di ansia e depressione ma nessun effetto significativo sullo stress percepito. In generale questa tipologia di interventi di consapevolezza online possono essere efficaci nell'affrontare le condizioni di salute mentale, riducendo contemporaneamente l'attuale onere sui servizi di consulenza tradizionali (59). La pandemia e le successive misure di salute pubblica hanno dimostrato di avere un impatto negativo sulla salute mentale delle persone. In particolare, un recente studio italiano (60) ha riportato che le donne erano a maggior rischio rispetto agli uomini di sviluppare sintomi di stress/ansia/depressione e la resilienza era considerata un fattore chiave per risultati positivi sulla salute mentale. Nello stesso studio sull'utilizzo della *mindfulness* su un campione di docenti italiane, sono stati misurati con strumenti di autovalutazione, un mese prima e un mese dopo l'inizio del *lockdown*, alcuni parametri: capacità di consapevolezza, empatia, i profili di personalità, la consapevolezza interocettiva (ovvero la sensibilità nei confronti delle informazioni e degli stimoli interni quali il respiro, la peristalsi gastrointestinale, il senso di fame e sazietà), il benessere psicologico, il disagio emotivo e i livelli di *burnout*. Sono stati evidenziati miglioramenti significativi per quanto riguarda l'ansia, la depressione, l'empatia affettiva, l'esaurimento emotivo, il benessere psicologico e la consapevolezza interocettiva con l'utilizzo della meditazione consapevole (60). Per approfondire questo argomento si veda anche il capitolo successivo riguardante l'interocezione e il benessere digitale.

Conclusioni

Lo stress cronico psicosociale, attraverso l'innesco dell'inflammatione cronica di basso grado, detta anche silente, è uno dei fattori coinvolti nell'insorgenza di molte malattie croniche, le cosiddette "pandemie del terzo millennio", che vanno dall'ipertensione alla sindrome metabolica, dalla disfunzione endoteliale all'aterosclerosi, dall'osteoporosi all'infertilità di coppia, dalle malattie neurodegenerative al cancro (61). La migliore gestione dello stress lavoro correlato dovrebbe basarsi su una costante consapevolezza della persona riguardo a sé stessa dal punto di vista fisico, mentale e spirituale (62). Esistono prove evidenti che l'uso della pratica della consapevolezza può realmente ridurre il *burnout* lavorativo tra gli operatori sanitari e gli insegnanti (63). Essere consapevoli significa osservare sé stessi, quasi come in un film, e vedere se i nostri comportamenti, la nostra vita di sentimenti, passioni, emozioni ci soddisfano nella relazione con noi stessi, con l'ambiente lavorativo, cioè coi colleghi, i superiori, ma soprattutto con l'"oggetto" del nostro lavoro: gli studenti nel caso degli insegnanti, i pazienti, nel caso degli operatori sanitari. Per concludere, due spunti di riflessione, che fanno riferimento a saggezze antiche, che dovremmo sentire profondamente nell'animo quando entriamo in relazione con gli altri, a qualsiasi livello:

- il termine sanscrito *Namastè*, usato come saluto associato al capo chinato e le mani giunte al cuore, significa: "lo spirito che è in me riconosce lo spirito che è in te";
- ogni persona che incontri sta combattendo una battaglia di cui non sai nulla. Sii gentile, sempre! (Platone).

Bibliografia

1. WHO. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization; 2000. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf; ultima consultazione 11/01/2021.
2. Geraci A. Terapie non convenzionali. In: Vella L (Ed.). *Enciclopedia medica italiana*. Torino: UTET Scienze Mediche; 2008. p. 3936-55. (II ed. Aggiornamento III, Tomo II).
3. Geraci A. Voglia di salute: approcci non farmacologici in medicina integrata. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2013;26(7-8):7-10.
4. Engel GL. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
5. Ader R. *Psychoneuroimmunology*. New York (USA): Academic Press; 1981.
6. Goleman D. *Emotional Intelligence*. New York (USA): Bantam; 1995.
7. Geraci A. L'attualità di Ildegarda di Bingen. In: Guarrera PM (Ed.). *Convegno scientifico Le piante e l'uomo, medicina integrata ed etnobotanica. Atti* (7 marzo 2019). Roma: Museo delle Civiltà – Museo delle arti e tradizioni popolari "L. Loria"; 2020. p.53-59. Disponibile all'indirizzo: https://museociviltà.beniculturali.it/wp-content/uploads/catalogo_piante_e_uomo.pdf; ultima consultazione 11/01/2021.
8. Dossett ML, Fricchione GL, Benson H. A New era for mind-body medicine. *N Engl J Med* 2020 9;382(15):1390-91.
9. Benson H, Greenwood MM, Klemchuk H. The relaxation response: psychophysiological aspects and clinical applications. *Int J Psychiatry Med* 1975;6:87-98.

10. Hoffman JW, Benson H, Arns PA, Stainbrook GL, Landsberg GL, Young JB, Gill A. Reduced sympathetic nervous system responsivity associated with the relaxation response. *Science* 1982; 215:190-2.
11. Beary JF, Benson H. A simple psychophysiological technique which elicits the hypometabolic changes of the relaxation response. *Psychosom Med* 1974;36:115-20.
12. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982;4:33-47.
13. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living*. New York: Delta Publishing; 1990.
14. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med* 1985;8:163-90.
15. Lomas T, Ivtzan I, Fu CH. A systematic review of the neurophysiology of mindfulness on EEG oscillations. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;57:401-10.
16. Reich RR, Lengacher CA, Kip KE, Shivers SC, Schell MJ, Shelton MM, Widen RH, Newton C, Barta MK, Paterson CL, Farias JR, Cox CE, Klein TW. Baseline immune biomarkers as predictors of MBSR(BC) Treatment Success in off-treatment breast cancer patients. *Biol Res Nurs*; 2014.
17. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun* 2008;22(6):969-81.
18. Brook RD, Appel LJ, Rubenfire M, Ogedegbe G, Bisognano JD, Elliott WJ, Fuchs FD, Hughes JW, Lackland DT, Staffileno BA, Townsend RR, Rajagopalan S. American heart association professional education committee of the Council for high blood pressure research, Council on cardiovascular and stroke nursing, Council on epidemiology and prevention, Council on nutrition, physical activity. Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the american heart association. *Hypertension* 2013;61(6):1360-83.
19. Levine GN, Lange RA, Bairey-Merz CN, Davidson RJ, Jamerson K, Mehta PK, Michos ED, Norris K, Ray IB, Saban KL, Shah T, Stein R, Smith SC Jr. American heart association Council on clinical cardiology; Council on cardiovascular and stroke nursing, Council on hypertension. Meditation and cardiovascular risk reduction: a scientific statement from the american heart association. *J Am Heart Assoc* 2017;6(10).
20. Hankey A. Studies of advanced stages of meditation in the tibetan buddhist and vedic traditions. I: a comparison of general changes. *Evid Based Complement Alternat Med* 2006;3(4):513-21.
21. Kumar U, Guleria A, Kishan SS, Khetrpal CL. Effect of SOHAM meditation on human brain: a Voxel-Based Morphometry Study. *J Neuroimaging* 2013.
22. Steiner R. *L'Iniziazione*. Milano: Editrice Antroposofica; 1996.
23. Steiner R. *Massime antroposofiche*. Milano: Editrice Antroposofica; 1983.
24. Karr S. Avoiding physician burnout through physical, emotional, and spiritual energy. *Curr Opin Cardiol* 2019;34(1):94-7.
25. Rees C, Craigie M, Slatyer S, Heritage B, Harvey C, Brough P, Hegney D. Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR): protocol for a pilot trial of a brief mindfulness intervention to promote occupational resilience in rural general practitioners. *BMJ Open* 2018;30;8(6):e021027.
26. Askey-Jones R. Mindfulness-based cognitive therapy: An efficacy study for mental health care staff. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018;25(7):380-9.
27. Kopel J, Habermas GR. Neural buddhism and christian mindfulness in medicine. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2019;32(2):308-310.

28. Ramakrishnan P. “You are here”: locating “spirituality” on the map of the current medical world. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28(5):393-401.
29. Barnhill JL, Gerkin JS, Moura VL, Weil AB. Mindful opportunity to reflect on experience: interdisciplinary mind-body medicine skills training for health-care professionals. *Glob Adv Health Med* 2020;9:2164956120907876.
30. Stephen AE, Mehta DH. Mindfulness in surgery. *Am J Lifestyle Med* 2019;13(6):552-5.
31. Ho AHY, Tan-Ho G, Ngo TA, Ong G, Chong PH, Dignadice D, Potash J. A novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting resilience for end-of-life care professionals: a waitlist RCT protocol. *Trials* 2019;20(1):406.
32. Huberty J, Green J, Glissmann C, Larkey L, Puzia M, Lee C. Efficacy of the mindfulness meditation mobile app “calm” to reduce stress among college students: randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7(6):e14273.
33. Clarke J, Draper S. Intermittent mindfulness practice can be beneficial, and daily practice can be harmful. An in depth, mixed methods study of the “Calm” app’s (mostly positive) effects. *Internet Interv* 2019;19:100293.
34. Galante J, Dufour G, Vainre M, Wagner AP, Stochl J, Benton A, Lathia N, Howarth E, Jones PB. A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Public Health* 2018;3(2):e72-e81.
35. Berkovich-Ohana A, Jennings PA, Lavy S. Contemplative neuroscience, self-awareness, and education. *Prog Brain Res* 2019;244:355-85.
36. Elder C, Nidich S, Moriarty F, Nidich R. Effect of transcendental meditation on employee stress, depression, and burnout: a randomized controlled study. *Perm J* 2014;18(1):19-23.
37. Evans S, Ling M, Hill B, Rinehart N, Austin D, Sciberras E. Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(1):9-27.
38. Crescentini C, Capurso V, Furlan S, Fabbro F. Mindfulness-oriented meditation for primary school children: effects on attention and psychological well-being. *Front Psychol* 2016;7:805.
39. Chesak SS, Khalsa TK, Bhagra A, Jenkins SM, Bauer BA, Sood A. Stress management and resiliency training for public school teachers and staff: A novel intervention to enhance resilience and positively impact student interactions. *Complement Ther Clin Pract* 2019;37:32-38.
40. Guidetti G, Viotti S, Badagliacca R, Colombo L, Converso D. Can mindfulness mitigate the energy-depleting process and increase job resources to prevent burnout? A study on the mindfulness trait in the school context. *PLoS One* 2019;14(4):e0214935.
41. Wong YJ, Owen J, Gabana NT, Brown JW, McInnis S, Toth P5, Gilman L. Does gratitude writing improve the mental health of psychotherapy clients? Evidence from a randomized controlled trial. *Psychother Res* 2018;28(2):192-202.
42. Cheng ST, Tsui PK, Lam JH. Improving mental health in health care practitioners: randomized controlled trial of a gratitude intervention. *J Consult Clin Psychol* 2015;83(1):177-86.
43. Douglas A, Gentile, Dawn M. Sweet, Lanmiao He. Caring for others cares for the self: an experimental test of brief downward social comparison, loving-kindness, and interconnectedness contemplations. *J Happiness Stud*; 2019.
44. Lee JS, Lee MS, Lee JY, Cornélissen G, Otsuka K, Halberg F. Effects of diaphragmatic breathing on ambulatory blood pressure and heart rate. *Biomed Pharmacother* 2003;57(Suppl 1):87s-91s.
45. Friedberg JP, Suchday S, Shelov DV. The impact of forgiveness on cardiovascular reactivity and recovery. *Int J Psychophysiol* 2007;65(2):87-94.
46. Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace Health Saf* 2015;63(10):462-70. (Quiz 471).

47. Cocchiara RA, Peruzzo M, Mannocci A, Ottolenghi L, Villari P, Polimeni A, Guerra F, La Torre G. The use of yoga to manage stress and burnout in healthcare workers: a systematic review. *J Clin Med* 2019;8(3).
48. van der Walt F, de Klerk JJ. Workplace spirituality and job satisfaction. *Int Rev Psychiatry* 2014;26(3):379-89.
49. Zhang Y, Wu X, Wan X, Hayter M, Wu J, Li S, Hu Y, Yuan Y, Liu Y, Cao C, Gong W. Relationship between burnout and intention to leave amongst clinical nurses: The role of spiritual climate. *J Nurs Manag* 2019;27(6):1285-93.
50. Chirico F, Sharma M, Zaffina S, Magnavita N. Spirituality and prayer on teacher stress and burnout in an Italian cohort: a pilot, before-after controlled study. *Front Psychol* 2020;10:2933.
51. Phillips CS, Becker H. Systematic Review: Expressive arts interventions to address psychosocial stress in healthcare workers. *J Adv Nurs* 2019.
52. Martin L, Oepen R, Bauer K, Nottensteiner A, Mergheim K, Gruber H, Koch SC. Creative arts interventions for stress management and prevention-a systematic review. *Behav Sci (Basel)* 2018;8(2).
53. Kaimal G, Carroll-Haskins K, Mensinger JL, Dieterich-Hartwell RM, Manders E, Levin WP. Outcomes of art therapy and coloring for professional and informal caregivers of patients in a radiation oncology unit: A mixed methods pilot study. *Eur J Oncol Nurs* 2019;42:153-61.
54. Beck BD, Hansen ÅM, Gold C. Coping with work-related stress through Guided Imagery and Music (GIM): randomized controlled trial. *J Music Ther* 2015;52(3):323-52.
55. Iwamoto SK, Alexander M, Torres M, Irwin MR, Christakis NA, Nishi A. Mindfulness meditation activates altruism. *Sci Rep* 2020;10(1):6511.
56. Fehr E, Fischbacher U. The nature of human altruism. *Nature* 2003;425:785-91.
57. Alexander M, Christia F. Context modularity of human altruism. *Science* 2011;334:1392-94.
58. Paul C, Gaëlle D, Willa BM, David D. Meditation increases compassionate responses to suffering. *Psychological Science* 2013;24:2125-27.
59. El Morr C, Ritvo P, Ahmad F, Moineddin R, MVC Team. Effectiveness of an 8-week web-based mindfulness virtual community intervention for university students on symptoms of stress, anxiety, and depression: randomized controlled trial. *JMIR Ment Health* 2020;7(7):e18595.
60. Matiz A, Fabbro F, Paschetto A, Cantone D, Paolone AR, Crescentini C. Positive impact of mindfulness meditation on mental health of female teachers during the COVID-19 Outbreak in Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(18):6450.
61. Gessani S, Geraci A (Ed.). *Pandemie del terzo millennio*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/36).
62. Rohleder N. Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress. *Psychosom Med* 2014;76(3):181-9.
63. Luken M, Sammons A. Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *Am J Occup Ther* 2016;70(2):7002250020p1-7002250020p10.

TECNOLOGIA DIGITALE E BENESSERE DELLA PERSONA: UNA STORIA COMPLESSA DI VANTAGGI E SVANTAGGI

Marco Mirra (a), Cristina Aguzzoli (b)

(a) Centro Nazionale Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, Udine

Introduzione

Sono ormai passati più di 50 anni da quando fu realizzata la prima tratta di rete Internet utilizzata per collegare tra loro alcune università americane (1969) derivata dalle ricerche in ambito militare statunitense. La modalità di comunicazione ebbe una tale evoluzione finché nel 1991, Tim Berners Lee, ricercatore inglese del *Conseil Européen Pour la Recherche Nucléaire* (CERN) di Ginevra, creò il primo sito web (*World Wide Web*) guadagnandosi così l'appellativo di "padre" del web. Anche se parliamo di un lasso temporale relativamente piccolo, va notata la grande trasformazione avvenuta: mentre nel periodo 1969-1990 la rete era utilizzata per scopi militari o scientifici riservati a pochi addetti ai lavori, dalla nascita del web (1991) la fruizione delle informazioni diventa accessibile a tutti. Quindi possiamo ben distinguere un "prima" e un "dopo" Internet, fino ad arrivare ai giorni nostri che in molti definiscono di "benessere digitale". Benessere dovuto alla miniaturizzazione dell'hardware (smartphone, tablet, ecc.) e al potenziamento della rete di comunicazione, reso possibile grazie all'aumento della copertura di trasmissione dati. Di fatto siamo in piena iperconnessione. In questa nuova fase, le comunicazioni sottostanno alle regole dei tempi e modalità tipiche del digitale, totalmente diverse da quelle biologiche. Una continua erogazione di informazioni che facilmente ci mette nelle condizioni di un rapporto molto più ansiogeno, sopraffatti dal bisogno di essere sempre online. Il fatto che sia possibile avere immediatamente a disposizione un accesso comunicativo così facilitato e capillare ha impattato notevolmente sulla gestione e dominio del nostro tempo nel quale lo spazio vitale, all'interno del nostro normale ciclo circadiano, viene praticamente sostituito con uno spazio dedicato al digitale. Siamo inevitabilmente dentro a una serie di processi tipici dell'approccio *multitasking*. Questo termine che in italiano vuol dire processo multiplo, in ambito informatico sta a significare la capacità di un software di eseguire contemporaneamente più programmi. La comunità scientifica ancora oggi è aperta a interpretazioni diverse sulla capacità del cervello umano a processare più informazioni in parallelo. Uno studio interessante per verificare l'effettiva capacità del cervello a svolgere più attività in parallelo è quello che è stato condotto su pazienti con morbo di Parkinson in un gruppo misto di soggetti anziani, per valutare il deterioramento delle funzioni cognitive causato dalla malattia. Il gruppo in questione era formato da un gruppo clinico e uno di controllo, composto da persone senza malattia, ai quali è stato richiesto di svolgere alcune attività cognitive (più o meno complesse) mentre pedalavano sulla *cyclette*. È stato dimostrato che durante l'esecuzione dei vari compiti, la loro velocità di pedalata subiva addirittura accelerazione, potendo così ipotizzare una sorta di stimolo alla neurogenesi (Altmann, 2015). In altri studi invece è stato possibile dimostrare il nesso tra *multitasking* e mutazioni nella struttura del cervello in maniera negativa. Si è scoperto che i soggetti che facevano un utilizzo frequente del *multitasking* attraverso l'uso dei media, presentavano minore densità di materia grigia nell'area cerebrale coinvolta nel pensiero e nel controllo emotivo, rispetto a coloro che invece

utilizzavano un solo dispositivo per volta. Le conclusioni della ricerca hanno evidenziato una ridotta capacità di attenzione, con conseguenze ancora più gravi legate al rischio di depressione e ansia (Ophir, 2009).

Stato dell'arte

La diffusione dei dispositivi mobili (smartphone, tablet), l'impiego dei *social network* e dei servizi di messaggistica evoluti, ci permette di "abitare" in un mondo digitale parallelo rendendoci inconsapevolmente anche attori (il più delle volte passivi), con ruoli a volte molto diversi dalla realtà. A livello inconscio, anche se nella gran parte dei casi si tratta di una idealizzazione virtuale, ci si predispone a un atteggiamento inter-relazionale tipico dei meccanismi sociali tradizionali. Una specie di sfinge, nella quale coesiste sia una natura fisiologica che una digitale, i cui risvolti sociali e di benessere non sono valutabili subito, ma nel tempo. Anche se gli elementi oggi a nostra disposizione ci danno alcuni orientamenti di tipo comportamentale su come si svilupperanno le interazioni uomo-digitale, in maniera inconsapevole, esattamente come accade con gli animali da addestrare, siamo sottoposti a una serie di condizionamenti che includono l'attesa di una forma di ricompensa. Nella Tabella 1 vengono messe a confronto le vari fasi di un sistema classico di comando-azione-ricompensa utilizzato per addestrare gli animali e il nostro modo di mettere in atto le stesse fasi attraverso l'uso di uno smartphone.

Tabella 1. Confronto tra addestramento animale e comportamento umano

Fasi	Addestramento animale	Comportamento umano
Comando/Richiamo	Comando vocale addestratore	Bip – Suoneria – Vibrazione
Azione	Azione da compiere	Visione sul <i>display</i>
Ricompensa	Piccolo pasto	Ricompensa a seguito della visione

Come si evince dalla Tabella 1, il sistema di ricompensa per l'animale è dovuto al fatto di aver eseguito un'azione (il comando dell'addestratore) di cui probabilmente non ha consapevolezza, ma che di sicuro è collegato a una ricompensa. Quindi poco importa all'animale cosa debba specificatamente fare, perché il suo cervello ha collegato la ricompensa direttamente al comando. Diversamente ecco cosa succede per il comportamento umano: al richiamo (il bip o la suoneria) già attiviamo un sistema di controllo/verifica (vedo chi mi cerca e quale contenuto mi è arrivato da leggere), e solo dopo scatta la ricompensa "eventualmente". Ma siamo così sicuri di avere questo controllo? Se andiamo meglio ad analizzare le fasi del nostro comportamento (es. quando ci arriva una notifica), dobbiamo prendere atto che, in modo automatico, inseriamo una sorta di pausa obbligatoria in quello che in quel momento stavamo facendo, una particolare interferenza a un'attività (qualsiasi essa sia), a seguito della quale si sott'intendeva una ricompensa (valeva la pena verificare chi fosse). È facile in questo senso applicare la seconda legge di Newton che in sintesi ci ricorda: quando un corpo esercita un'azione su un altro corpo, ciò comporta una reazione. Ma se sostituiamo ai 2 corpi noi, come essere viventi e lo *smartphone* le cose si complicano. Infatti, partendo dal presupposto che indipendentemente da chi esercita l'azione, ci sarà comunque una reazione, i ruoli (azioni) che possiamo assumere tra noi e lo *smartphone* non sono prestabiliti. Posso agire inviando un messaggio o posso reagire rispondendo a uno che mi è stato inviato. Inoltre si instaura una sorta di allarme continuato: c'è bisogno di me per un'emergenza? Se non rispondo subito mi perdo qualcosa o dimentico qualcosa? Se accade

durante l'attività lavorativa si configura come frammentazione cronica del lavoro, una delle cause di distrazione e stress cronico più frequenti. Per questo possono venirsi a creare dei veri e propri cortocircuiti comportamentali che inesorabilmente vanno a impattare in maniera consistente sulla gestione della nostra qualità della vita.

Possiamo a ragione asserire che il “benessere digitale è tale soltanto se possiamo avere la facoltà di gestire i tempi”.

Questa gestione però comporta il fatto di essere padroni di passare dalla fase di richiamo/comando a quella di ricompensa in un lasso di tempo diluito, senza sovrapposizioni, forzandosi di interrompere l'azione ripetitiva senza coazione a ripetere. Minore è il tempo che intercorre tra i vari *step*, maggiore è la probabilità di aver innescato uno stato di stress (Tabella 1), una sorta di *overlapping* tra chi decide e chi esegue, situazione che va a predisporre una serie di precursori di carico allostatico. Oltre a non concludere ciò che stiamo facendo, perché perdiamo continuamente la concentrazione, “distratti” a rispondere ai messaggi sul telefono non ascoltiamo i messaggi che il nostro corpo ci invia e perdiamo il contatto con noi stessi.

Impiego delle nuove tecnologie digitali come ausilio all'interocezione

L'interocezione è la capacità di percepire le informazioni come il respiro, la peristalsi gastrointestinale, il dolore di fondo e tutto ciò che interagisce con il nostro corpo. Si tratta di informazioni automatiche che il nostro filtro globale (connettoma) silenzia, finché non ci sono alterazioni disfunzionali che devono richiamare la nostra attenzione. A parte le capacità individuali caratteriali o condizionate da aspetti come la meditazione e particolari pratiche specifiche di rilassamento (es. *mindfulness*), la soglia di ascolto di noi diminuisce sempre di più se il nostro cervello è impegnato in altro. Il non dominio di questo aspetto lascia spazio a una serie di atteggiamenti compulsivi (la continua interrogazione del nostro *smartphone*) che, come già più volte ripetuto, interferiscono con il nostro tempo biologico. Una forma di incapacità nel capire quando fermarci e per quanto, ci rende vulnerabili a farci consumare tutta una serie di piccole porzioni di tempo che in qualche modo irrigidiscono la nostra capacità di adattamento. Come ormai è dato per assunto, esiste una profonda correlazione tra mente e corpo (psicosomatica, dal greco psiche: animo; soma: corpo) e come gli stati emotivi possano influire sul corpo, facendolo ammalare. Ma la buona notizia è che quello che fino a ieri era una percezione (opinabile e individuale) dello stress, oggi è possibile utilizzare parametri rapidi e non invasivi per avere una visione scientifica dell'impatto che lo stress ha sul nostro sistema nervoso autonomo. Questo è possibile grazie a un parametro, l'*Heart Rate Variability* (HRV) che analizza la variazione della frequenza cardiaca (Chen, 2020). Nel pensare comune si è sempre portati a credere che una condizione di salute ottimale sia collegata a una frequenza cardiaca regolare. In realtà gli studi sulla variabilità della frequenza cardiaca dicono proprio l'opposto. Maggiore è il dato che misura la variabilità della frequenza cardiaca, maggiore è la capacità del nostro organismo di adattarsi agli stimoli e sollecitazioni a cui è sottoposto. Vale a dire che la variabilità della frequenza cardiaca è un indicatore di resilienza complessiva del sistema nervoso, che descrive la capacità di adattamento nel momento che stiamo vivendo. I parametri che descrivono l'HRV nelle sue sotto-componenti ci danno preziose informazioni indirette sull'equilibrio fra il sistema nervoso simpatico (che mette in circolo energie e procura lo stato di allerta tipico dello stress acuto) e il sistema parasimpatico che predispone alla fase di riposo e recupero (Shaffer, 2017; Laborde, 2017). È proprio a causa dell'alterazione di questo equilibrio che iniziano i problemi. Quando cioè il nostro cervello percepisce un pericolo, anche immaginario e ci si predispone all'azione, ma l'azione non si può realizzare e la percezione rimane attivata nel

pericolo, l'attivazione del sistema nervoso diventa persistente nella sua prevalenza di tipo simpatico, quindi con alto consumo di energia e mancanza della fase di recupero delle energie. È attraverso la rilevazione della frequenza cardiaca e delle sue impercettibili pause e accelerazioni che è possibile ricevere tutte le informazioni necessarie per conoscere il nostro stato di resilienza e di capacità di affrontare lo stress efficacemente. La respirazione d'altra parte incide in modo molto significativo su questi valori e può essere oggetto di *training* per riequilibrare la situazione. Tutto questo grazie all'impiego di sensori che rilevano la vasodilatazione periferica dei capillari sanguigni e inviano un segnale a un software che li classifica sotto forma di un parametro chiamato *Root Mean Square of Successive Differences* (RMSSD), che genera un valore compreso tra 0 e 100. Un valore basso di RMSSD è indice di scarso adattamento, che può essere determinato da uno *stressor* acuto (come una lesione fisica) ma anche da uno *stressor* cronico come il rimuginio mentale che perdura. In questo contesto si richiama l'attenzione a tali parametri per dimostrare che essere continuamente distratti dall'ambiente esterno, essere privi di filtro rispetto alle informazioni che arrivano alla nostra elaborazione emotiva con una esposizione esagerata a sollecitazioni emotivamente pesanti (morte, incidenti, catastrofi, delinquenza, crisi) mette a dura prova l'equilibrio percettivo, senza concedere le necessarie pause di recupero, con uno sbilanciamento che può generare patologia.

Conclusioni

È fuori dubbio che dovremmo sempre tutelare e rispettare la nostra salute mentale, attraverso la consapevolezza di ciò che accade dentro e fuori di noi. Un processo questo che nella maggior parte delle persone non è stato mai avviato o che per svariati motivi viene messo da parte e a volte dimenticato. L'elemento di monitoraggio principale, come abbiamo visto, è il tempo, accompagnato dalla capacità di stabilire cause ed effetti. La tecnologia digitale ha un grande potenziale e allo stesso tempo rappresenta un grande pericolo. La differenza la fa l'utilizzatore e la sua consapevolezza. La pandemia da SARS-CoV-2 ci ha spinto in un modo obbligato ad accelerare i consulti a distanza con la Telemedicina, le conferenze online, le riunioni virtuali, obbligandoci a relazioni bidimensionali con effetti a volte salvavita. Ciò non compensa la relazione reale, indispensabile per gli esseri umani, ma per brevi periodi dona relazioni altrimenti impossibili. Il fattore chiave è non credere che siano elementi sostitutivi del rapporto reale. Ecco che si ripropone il ciclo dell'alternarsi delle cose, affinché non si instauri una via senza ritorno, ma sia sempre l'equilibrio a governare l'evoluzione del progresso.

Bibliografia

- Altmann LJ, Stegemöller E, Hazamy AA, Wilson JP, Okun MS, McFarland NR, Wagle Shukla A, Hass CJ. Unexpected dual task benefits on cycling in Parkinson disease and healthy adults: a neuro-behavioral model. *PLoS One* 2015;10(5):e0125470.
- Chen Y, Zhang L, Zhang B, Chan CA. Short-term HRV in young adults for momentary assessment of acute mental stress. *Biomed Signal Process Control* 2020;57:101746.
- Laborde S, Mosley E, Thayer JF. Heart rate variability and cardiac vagal tone in psychophysiological research – Recommendations for experiment planning, data analysis, and data reporting. *Front Psychol* 2017;8:213.
- Ophir E, Nass C, Wagner AD. Cognitive control in media multitaskers. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009;106(37):15583-7.
- Shaffer F, Ginsberg JP. An overview of heart rate variability metrics and norms. *Front Public Health* 2017;5:258.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di marzo 2021, 1° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, marzo 2021