

Il concetto di salute



**CORSO DI FORMAZIONE PER OSS
BIANCHI GIUSEPPINA**

LA SALUTE

Il concetto di salute formulato nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è ancora oggi alla base della definizione ufficiale del termine "salute". La definizione formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è da più di 50 anni la seguente: *"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità"*

La salute viene considerata un **diritto** e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla **salute collettiva**, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

Questa definizione ha portato in primo piano i fattori **culturali e psichici e l'ambiente sociale e politico.**

Nel corso degli anni il mondo scientifico ha avuto modo di ri-elaborare ed approfondire questo concetto.

.

Nel 1966 Alessandro Seppilli, igienista e politico italiano introduceva alcuni elementi che offrivano una chiave di lettura innovativa del concetto di salute:

*“La salute è una condizione di **armonico equilibrio**, fisico e psichico, dell’individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”.*

Le parole “**armonico equilibrio**” all’interno della definizione dà una dimensione dinamica alla salute.

L’equilibrio diventa una costante giocata tra interno, la capacità di controllo, ed esterno, la situazione favorevole o sfavorevole dell’ambiente reale o percepita

Il concetto di salutogenesi

Aaron Antonovski, nel 1979, nel definire il suo modello di salute, sostiene che la salute si presenta come **un continuum**, una proprietà del sistema vivente, che non è perfetto ed è soggetto a processi antropici e a inevitabile morte. Tutto individuabile nel continuum.

Il concetto di salutogenesi fu sviluppato già negli anni 60 in ambito anglosassone; ma solo in Germania, negli anni 90, esso ha cominciato a essere considerato negli ambienti accademici e nelle politiche sanitarie. In particolare alla fine degli anni 90 l'esplosione dei costi del sistema sanitario e le conseguenti difficoltà finanziarie, hanno favorito a livello internazionale la sensibilità verso un nuovo concetto di salute, la salutogenesi appunto. Secondo questo nuovo approccio la domanda fondamentale non è più: «Quali sono le cause della malattia, e come si possono prevenire?» Bensì: «**Quali sono le fonti della salute, come si crea, e come può essere rinforzata?**»

Il termine salutogenesi è formato dalla parola latina salus, salutis = salute, e dalla parola greca genesi = origine, inizio, derivazione.

La salutogenesi si occupa quindi delle “cause”, o meglio delle “fonti” della salute. Essa dà avvio ad un nuovo approccio alla salute, con l’obiettivo di andare oltre il modello patogenico imperante, che pensa la salute come assenza di malattia e si concentra sull’insorgenza, la cura e la prevenzione delle malattie.

Il pensiero salutogenico presuppone, infatti, che tutte le persone siano più o meno sane e più o meno malate: l'obiettivo è capire in che modo un individuo può diventare più sano o meno malato.

In questo paradigma la salute è concettualizzata come un continuum

salute-----malattia

in cui ciascuna persona si può collocare in un dato momento della sua vita.

Ciò significa che, in qualsiasi punto del continuum una persona si trovi, potrà disporre sempre di risorse e opportunità per spostarsi verso il polo della salute.

Stressori in atto

ad esempio: agenti infettivi eziopatologici,
stress psicologici, inquinamento ambientale

Stato di tensione

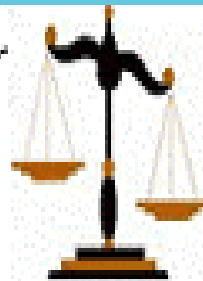
(Non-)Superamento

Salutogenesi

Patogenesi

Salute

Malattia



La promozione della salute

L'OMS a partire dal 1978 con la dichiarazione di Alma Ata dà il via ad una diversa e nuova prospettiva di sanità pubblica richiamando l'attenzione sull'importanza della prevenzione nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali e internazionali, così come all'interno dei sistemi sanitari nazionali. Successivamente nel 1984 sono stati gettati le basi concettuali della promozione della salute e la definizione: *“La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute”*.

CARTA DI OTTAWA :

1[^] CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE – 1986

Conformemente al concetto di salute, inteso come un diritto fondamentale dell'uomo, la Carta di Ottawa evidenzia alcuni requisiti fondamentali per la salute fra i quali la pace, adeguate risorse economiche, l'alimentazione e l'abitazione, un ecosistema stabile e un uso sostenibile delle risorse (vedi transizione demografica ed epidemiologica). Il riconoscimento di questi requisiti fondamentali sottolinea gli inestricabili legami esistenti tra le condizioni socioeconomiche, l'ambiente fisico, lo stile di vita delle persone e la salute. Questi legami forniscono la chiave di comprensione olistica della salute, fondamentale nella definizione di promozione della salute

Nella Conferenza dell'OMS che si tenne ad Ottawa in Canada il 21 Novembre 1986 fu adottata una carta sulla promozione della salute.

Nel documento finale, “**La Carta di Ottawa**” ci fornisce una definizione più elaborata di promozione della salute: *“La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo.*

Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere”.

La Carta di Ottawa individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute:

1 - perorare la causa della salute per creare le condizioni essenziali per la salute;

2 - permettere a tutte le persone di sviluppare al massimo le loro potenzialità di salute;

3 - mediare tra i diversi interessi esistenti nella società, al fine di perseguire la salute.

A queste strategie sottendono 5 campi di azione prioritari :

1. creare sane politiche pubbliche/Create Healthy Public Policy: (per es. orientare sulla promozione della salute le politiche sociali, agricole, del trasporto, della pianificazione urbana);
2. creare ambienti favorevoli alla salute/Build Supportive Environment: (per esempio scuole, contesti lavorativi, ecc.);
3. rafforzare l'azione collettiva a favore della salute/Strengthen Community Action: (rafforzare i processi di partecipazione dei cittadini alla formulazione, implementazione e valutazione di politiche che influiscono sulla promozione della salute);
4. sviluppare le capacità individuali/develop personal skills: (per meglio affrontare decisioni inerenti la salute individuale e della comunità);
5. riorientare i servizi sanitari/re-orient health services: (per es. sulla promozione della salute, e non solo sulla cura)

In una riunione dell'OMS del 1998 è stata proposta la modifica della definizione originaria del concetto di salute nei seguenti termini

«La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia.»

La discussione, avvenuta nelle commissioni del WHA52 ([World Health Organization](#))_svoltosi dal 17 al 25 maggio 1999, non è arrivata all'Assemblea Generale.

Conseguentemente è stato mantenuto il testo originario nonostante il voto favorevole della maggior parte dei rappresentanti dell'OMS stesso. Questo è avvenuto per diverse ragioni, tra cui aspetti linguistici, culturali e religiosi non universalmente condivisi

In tale contesto, la salute sarebbe stata considerata più un mezzo che un fine e avrebbe rappresentato una risorsa di vita quotidiana che consentisse alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

Il mondo, però, è molto cambiato dal 1948 a oggi. L'aspettativa di vita delle persone è aumentata. Quindi **la popolazione è invecchiata di più di una volta, con conseguente incremento delle malattie croniche, spesso invalidanti.** Nel paziente cronico il lavoro clinico è spesso associato ad altre attività di cura: la valutazione di aspetti epidemiologici, le attività necessarie alla stadiazione, il monitoraggio dei dati clinici e il controllo dell'evolversi della malattia. L'evoluzione della cronicità è spesso lenta e segue in modo lineare l'invecchiamento della persona. Nel decorso anche pluridecennale di molte malattie croniche, la patologia procede con fasi improvvise di riacutizzazione o scompenso o con caratteristica di prevedibilità: è richiesto un programma di monitoraggio dei dati clinici e la disponibilità di applicazioni terapeutiche. **La presa in carico del soggetto cronico ha oggi un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi. È necessario il superamento dell'approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sulla persona, sulla valutazione globale e multidisciplinare dei bisogni, per promuoverne dignità, qualità di vita e salute.**

In queste condizioni è chiaro che il completo benessere fisico diventa ancor di più un traguardo irraggiungibile. In base a tale obiettivo, però, la classe medica si è sentita spesso legittimata a curare oltremodo il paziente, spesso al di là anche di ogni ragionevole limite.

Questo atteggiamento ha portato al rischio di insostenibilità della spesa farmaceutica nei Paesi industrializzati e ha suscitato problematiche etiche.

Di fatto, nei Paesi ad alto reddito, per un paziente ultraottantenne con scarse possibilità di vita si spendevano migliaia di euro per allungare anche soltanto di qualche giorno o di un qualche ora la sua esistenza

Queste e altre considerazioni hanno fatto sì che nel 2008 la classe medica mondiale si interrogasse su queste problematiche e introducesse un nuovo concetto, forse più attuale, di salute.

La nuova definizione presentata nel 2011 definisce la SALUTE come “la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”.

Tale definizione pone l'accento sulla capacità dell'uomo/persona di convivere con la malattia nelle sue varie fasi. È chiaro che l'invecchiamento e la cronicità influenzeranno le modalità di misurazione /valutazione dello stato di salute. Tale proposta continua a porre al centro del ragionamento il paziente/persona, prevedendo, però, che attraverso lo sviluppo di risorse interne, tipiche di ciascun individuo, si possano affrontare con successo anche condizioni di malattia e disabilità.

Quindi, se la definizione del 1948 poteva aver portato a un eccesso di medicalizzazione con consumo eccessivo di risorse non sempre associato ad aumento dello stato di salute, **la nuova definizione potrebbe portare a un uso più razionale delle risorse con esiti positivi sulla salute delle persone. Salute intesa come convivenza e accettazione dello stato di salute di quel momento che comunque consente la capacità di autogestirsi, quindi di vivere, anche in condizioni di irreversibile perdita di salute.**

DAI MODELLI PER LA SALUTE ...

Il modello bio-medico scienziata (Fine '800-metà '900)

Mutua dalla filosofia cartesiana un' impostazione meccanicistica, prevalentemente centrata sulla ricerca di nessi causali tra le malattie e le cause patogene.

La salute è quindi intesa come il corretto funzionamento dell'organismo

Il Modello bio-psico sociale (dagli anni '70)

La salute è intesa come uno stato di benessere condizionato non solo da elementi di carattere biologico, ma anche da caratteristiche psicologiche del soggetto e dalla sua interazione con l'ambiente fisico e sociale

Modello biomedico

- Approccio mirato all'organo-corpo
- Focalizzazione sul medico
- Chiara attribuzione e separazione dei ruoli
- Base del modello: difetto della macchina (uomo)

Modello biomedico

Nel modello Biomedico si compie un'operazione di "oggettivazione", quindi di "parcellizzazione" della realtà del malato, considerandolo solo nella parte corporea lesa e disinteressandosi al resto. Di conseguenza la malattia è spiegata come deviazione dalla norma sottesa da una causa biologica primaria, oggettivamente identificabile. La cura del malato avviene mediante l'uso di strumenti "oggettivi" come farmaci, interventi chirurgici, commisurati al tipo e al grado di deficit dello stato fisico, biochimico, funzionale. Si ha così la totale esclusione di fattori comportamentali e sociopsicologici (Ongaro Basaglia, 1982).

SCHEMA DEL MODELLO BIO-MEDICO

Modello di Approccio alla Malattia:

1) Diagnosi di malattia

- Verifica dello stato di malattia
- Valutazione di segni e sintomi (EO)
- Valutazione di variabili biologiche:
parametri biochimici, istologici, radiologici...
indici oggettivi di malattia
(esami strumentali e di laboratorio),
per la adesione alla cura

2) Cura della malattia

Cura medica
chirurgica, palliativa



3) Follow up

Verifica dello stato di malattia

4) Ricerca della compliance

Informazione del Paziente
per la adesione alla cura

Modello bio-psico-sociale

Una prospettiva di cura a più livelli: sia biologica sia psicosociale.

- Focalizzazione sul paziente: l'agenda del malato.
- Ruoli interattivi e mutevoli: il paziente è l'esperto di ciò che percepisce ed è di ciò che lo preoccupa e che lo spinge a rivolgersi ad un medico.
- il medico è l'esperto della disease (si fa riferimento ai differenti disordini organici dei vari tessuti o apparati, causa della comparsa clinica dei segni e sintomi della malattia..)
- Base del modello: consulenza della salute

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Il modello bio-psico-sociale trova il suo fondamento nella “Teoria Generale dei Sistemi” (L. Von Bertalanffy, 1945), intesi come entità dinamiche in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un unità o un tutto organico (Stone, 1987).

Le proprietà fondamentali di un sistema sono:

- la totalità (per cui il cambiamento di una parte provoca un cambiamento in tutte le parti e in tutto il sistema),
- la retroazione (che sottolinea il carattere circolare dei sistemi interattivi, tali per cui ogni comportamento influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altro),
- l’equifinalità e la multifinalità (per cui i risultati non dipendono dalle condizioni iniziali, ma dalla natura del processo e dai parametri del sistema. □

Le richieste del sistema sono costituite dai limiti e dalle prescrizioni che un sistema sociale impone ad un individuo

Modello biomedico

Diagnosi di malattia

Cura della malattia

Ricerca della
compliance del Paziente
•

Follow-up periodici per
controllo malattia

Modello bio-psico-sociale

Diagnosi dei bisogni che
scaturiscono dalla malattia

Piano di cura e assistenza

Attivazione della
Partecipazione di Paziente e
famiglia

Erogazione di interventi di
cura e assistenza integrati e
continui

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

La concettualizzazione del modello muove dalla consapevolezza di diversi punti di debolezza del modello biomedico.

Innanzitutto la difficoltà di comprendere le relazioni causali tra condizioni somatiche e malattia. In molte condizioni epidemiologicamente rilevanti, ad esempio, l'esposizione ad un agente contagioso conduce solo in una percentuale di casi, e non nella totalità, allo sviluppo della malattia.

Il modello biomedico ignora i fattori sociali e psicologici che possono modulare l'efficacia della risposta del soggetto e ignora completamente l'importanza della relazione tra medico e paziente nei processi di diagnosi e terapia come fattori che invece influenzano fortemente gli esiti terapeutici.

I PUNTI DI FORZA DEL MODELLO BIOMEDICO

Semplicità: la malattia è ridotta a un rapporto semplificato di causa (biologica) -effetto (patologico).

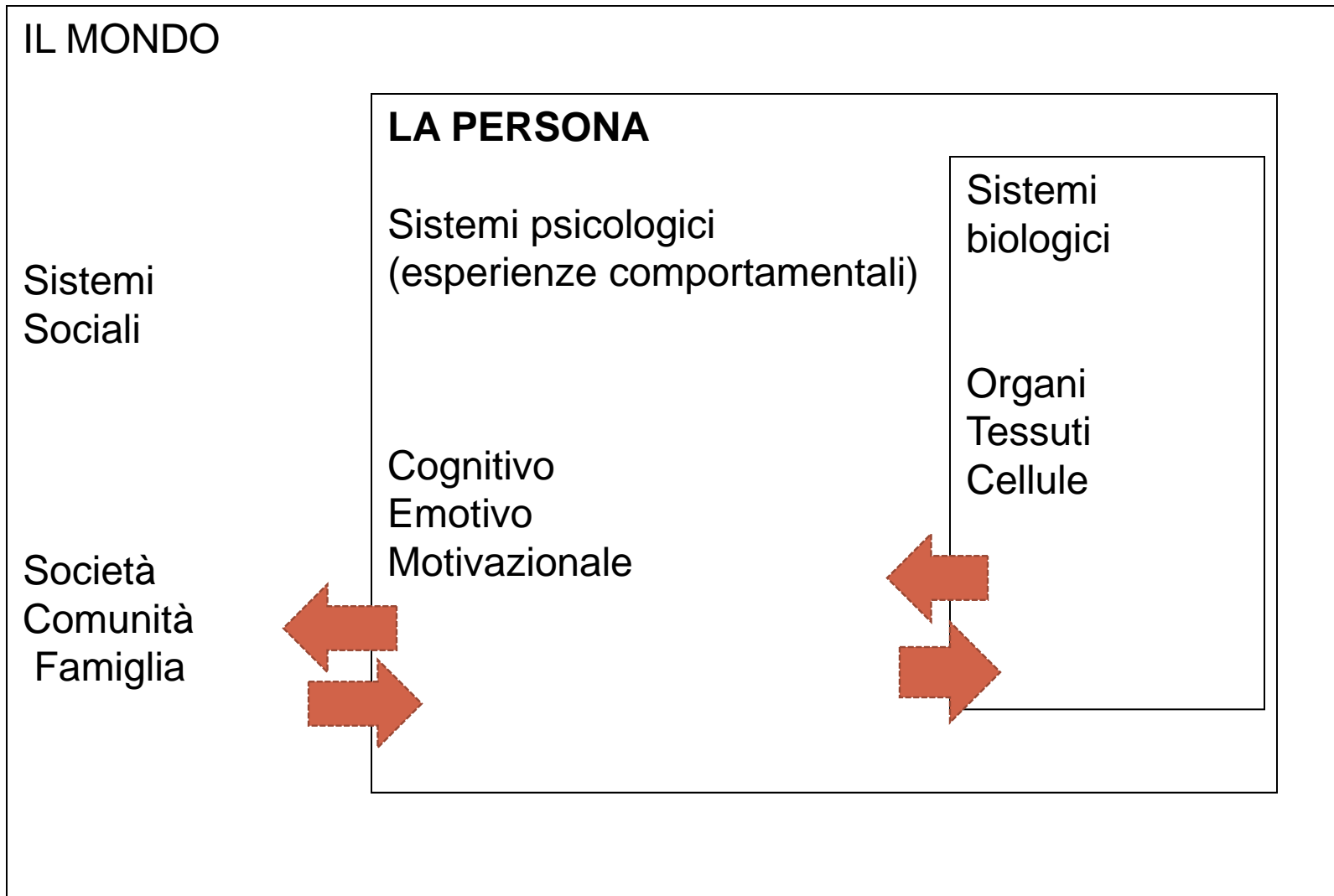
Predittività: la malattia è l'effetto di una causa biologicamente identificabile che si ripresenta in soggetti diversi.

Chiarezza del metodo clinico: sono indicati gli obiettivi della medicina (identificare le patologie e trattarle) e gli obiettivi che il medico nella consultazione deve raggiungere.

Verificabilità: l'approccio anatomo-patologico garantisce la verifica di ipotesi attraverso il disegno sperimentale.

Insegnabilità: il metodo clinico è oggetto di insegnamento e di apprendimento

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE: SCHEMA



IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE: SCHEMA

Modello di Approccio alla Persona con problemi di salute

1) Diagnosi dei bisogni multidimensionali

Problemi clinici
Problemi di autonomia
Problemi ambientali
(abitazione reddito,
situazione familiare)
Problemi personali



2) Stesura del piano Assistenziale individualizzato

Per ogni problema sono indicati gli interventi, gli operatori (compresa la famiglia) e le forniture necessarie (farmaci, presidi, ausili)

4) Erogazione di interventi integrati e continui

Interventi erogati da Team multiprofessionale nei servizi in rete

3) attivazione della partecipazione di paziente e famiglia

Educazione terapeutica al selfcare, alleanza terapeutica famiglia-servizi



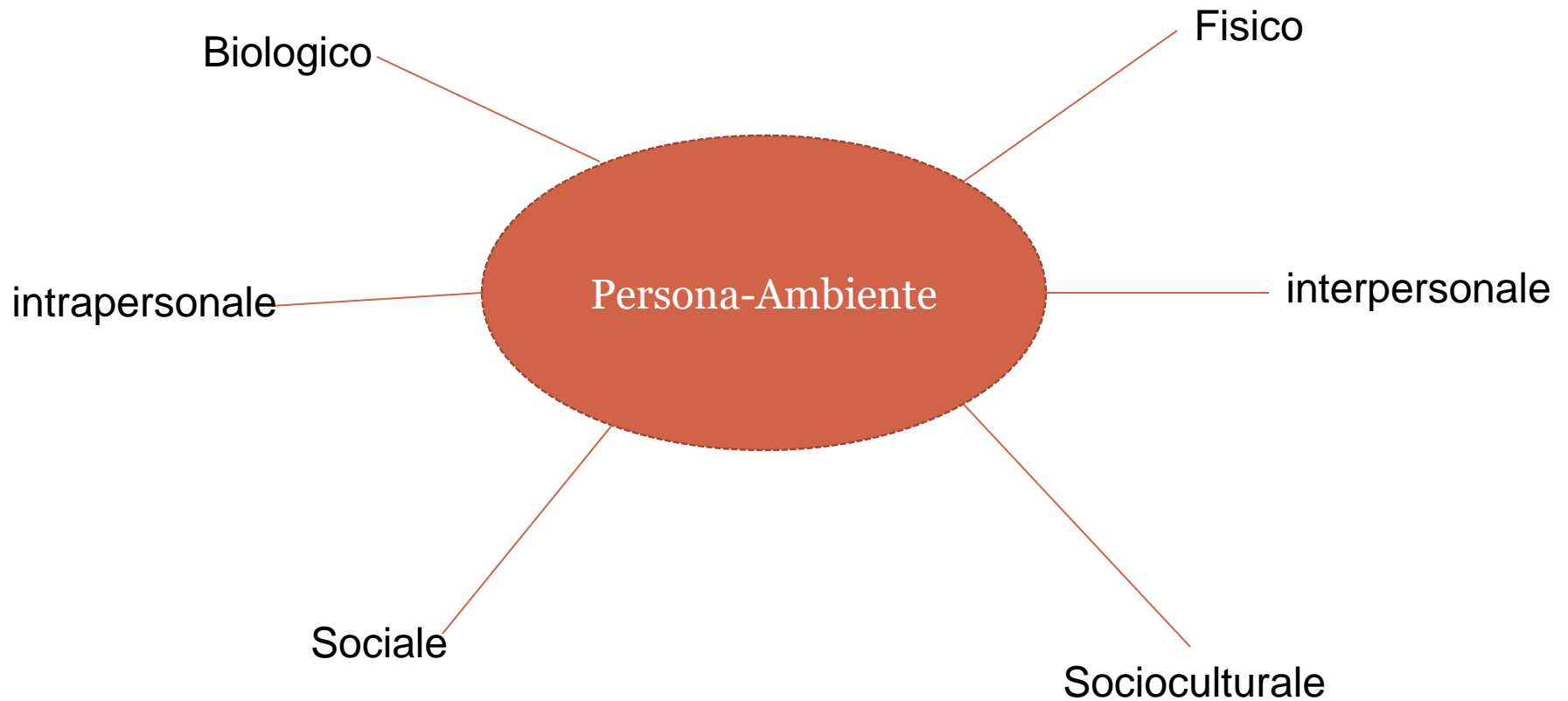
IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Il concetto di salute del WHO fa riferimento alle componenti:

- fisiche (funzioni, organi strutture),
- mentali (stato intellettivo e psicologico),
- sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile)
- spirituali (valori), per identificare in esse le variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di benessere (salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero salute nella sua concezione negativa).

Nella pratica però i vari professionisti, pur attribuendo valore all'approccio bio-psico-sociale, finiscono per focalizzare l'attenzione sull'aspetto che più attiene al proprio background culturale e professionale.

LIVELLI DI ORGANIZZAZIONE COINVOLTI NEL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE



IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Le numerose competenze richieste per l'approccio olistico non possono essere concentrate in un unico professionista.

L'unica strategia per realizzare l'approccio bio-psico-sociale è quella che prevede attività di équipes multiprofessionali interagenti al proprio interno e con il paziente.

Le attività di équipe si realizzano soprattutto nei percorsi di cure primarie, quali quelli del paziente con malattia cronica o dell'anziano non autosufficiente.

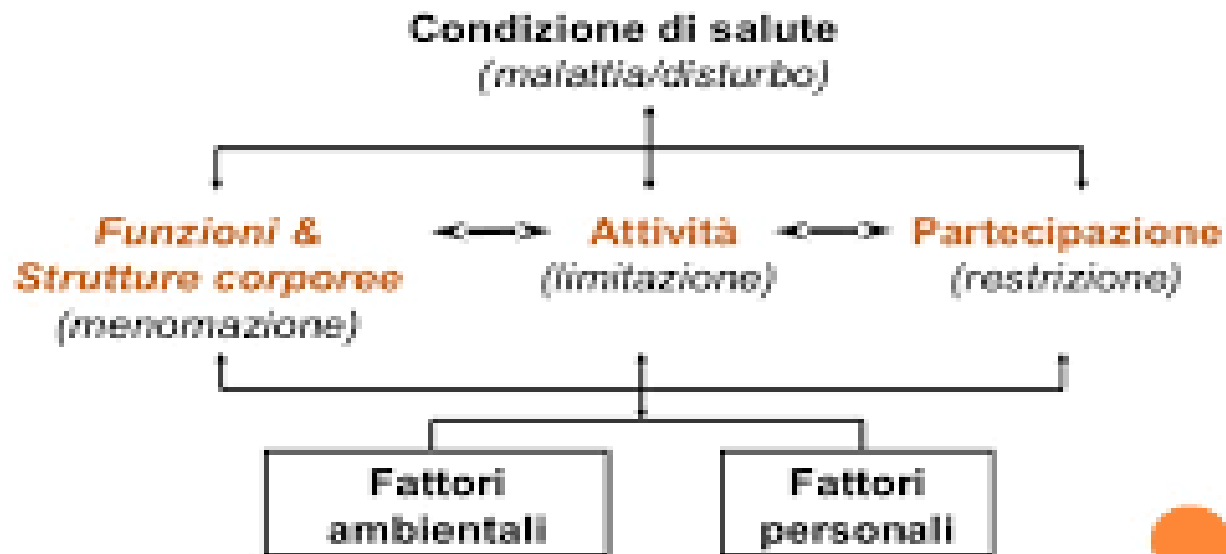
IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Il metodo su cui si basa l'approccio bio-psico-sociale è un ampliamento del tradizionale “metodo di diagnosi e cura della malattia” nel “metodo di assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali” da cui far scaturire un “piano integrato di cura e assistenza alla persona”.

La prima tappa dell'approccio bio-psico-sociale è rappresentato dall'“assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali”, per il quale serve uno strumento validato e trasversale alle varie professioni. •

Appropriato allo scopo è l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), evoluto successivamente (1980) in ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap), proposto dal WHO.

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE NELL'ICF



A COSA SERVE

L'**ICF** è una classificazione che mira a descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere tutte quelle difficoltà che nel contesto di riferimento possono causare difficoltà.

L'ICF descrive le **situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale** evidenziando l'unicità di ogni persona piuttosto che mettere in risalto la sua salute o la sua disabilità.

La classificazione è uno strumento importantissimo dalle molteplici funzioni: garantisce uno standard per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlata. In questo modo la **comunicazione tra i vari professionisti diventa univoca** e sempre comprensibile; permette di produrre una **reportistica e di raccogliere dati** che possono essere scambiati anche tra i vari Paesi delle Nazioni Unite; fornisce una base scientifica per la comprensione della salute intesa come **interazione tra individuo e contesto**.

GLI OBIETTIVI DELL'ICF

La classificazione ICF sottolinea l'importanza di **analizzare la disabilità facendo riferimento ai molteplici aspetti che la denotano come esperienza umana universale**, che **tutti possono vivere** nel corso della loro esistenza.

La disabilità infatti **non è vista solo come un deficit** ma piuttosto come una condizione che va oltre la limitazione superando le barriere, sia mentali che architettoniche. L'ICF propone dunque un'**analisi dettagliata delle possibili conseguenze sociali della disabilità** avvicinandosi con umanità e rispetto alla condizione del disabile.

L'importante innovazione introdotta dalla classificazione è che essa analizza lo stato di salute degli individui ponendolo in relazione con l'ambiente circostante e giungendo alla definizione di **disabilità, intesa come una condizione di salute all'interno di un ambiente sfavorevole**.

Il funzionamento e la disabilità sono viste dall'ICF come una complessa interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e i fattori ambientali e personali.

La classificazione li considera aspetti dinamici e in interazione tra loro, modificabili nel corso della vita di un individuo e pertanto mai uguali a se stessi.

Siccome l'ICF intende la disabilità come interazione tra persona con una condizione di salute e contesto, il modello descrittivo proposto dall'ICF è applicabile a tutte le persone con una qualche condizione di salute.

I termini che l'ICF ordina sono neutri rispetto all'eziologia delle malattie.

Struttura dell'ICF

