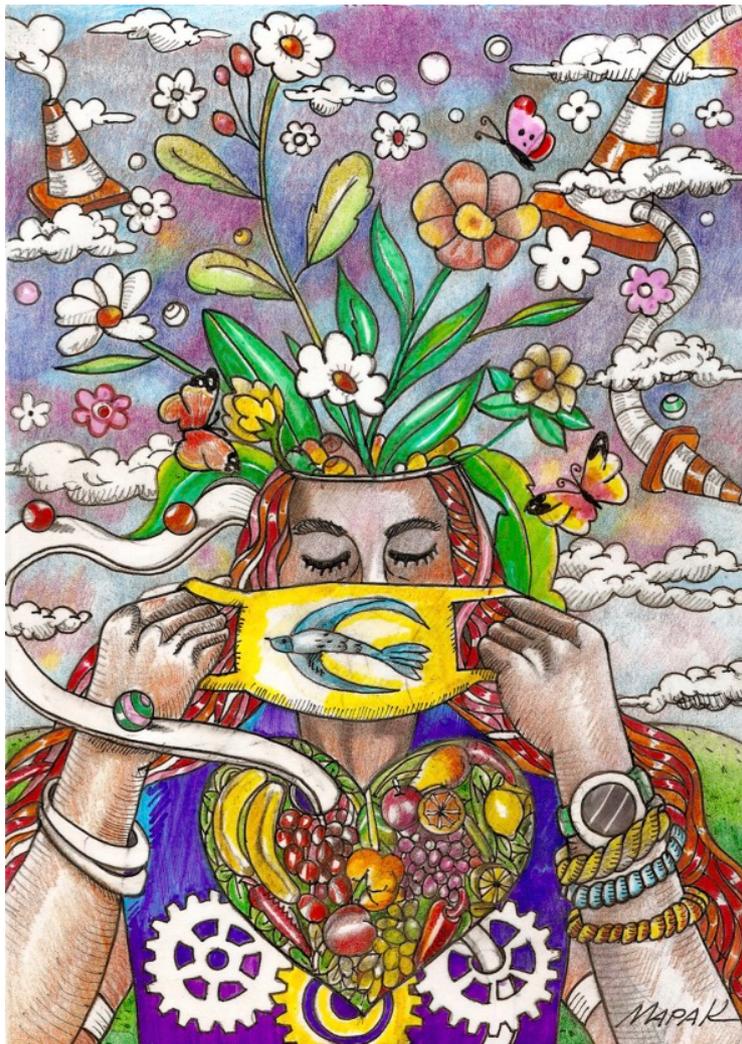


NAUTILUS

Navigazioni tra Locale e Globale

Salute e benessere

Marzo 2024 - n. 33



DIRETTORE RESPONSABILE

Monica Pierulivo

REDAZIONE

**Marco Bracci
Benedetta Celati
Marco Giovagnoli
Patrizia Lessi
Francesca Passeri
Rossano Pazzagli**

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

**Flaminia Aperio Bella
Annunziata Berrino
Dario Bressanini
Massimo Catarini
Luigi Costanzo
Giusi D'Urso
Alessandra Ferrara
Paolo Giovannini
Antonella Golino
Ingrid Lammimpää
Stefano Lucarelli
Stefano Pancari
Marco Tagliaferri**

**ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA E LOGO Massimo Panicucci
GESTIONE CONTENUTI SITO INTERNET Sofia Guarnaccia**

Info: redazione@nautilusrivista.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 4** **La cultura è salute**
- 6** **Il cibo e i falsi miti**
Intervista a Dario Bressanini
A cura di Monica Pierulivo
- 10** **Esperienze alimentari nell'infanzia**
tra locale e globale
di Giusi D'Urso
- 12** ***Mindful eating*: la scelta di mangiare**
consapevolmente
di Ingrid Lamminpää
- 15** **La persona al centro del processo di**
cura
di Antonella Golino
- 18** **La vecchietta e il sistema della salute**
di Marco Giovagnoli
- 21** **One Health e diritto: sono rose e fio-**
riranno
di Flaminia Aperio Bella
- 23** **Filiera etica della salute**
di Marco Tagliaferri
- 26** **Salute e sanità**
di Massimo Catarini
- 29** **La borsa del medico**
di Stefano Lucarelli
- 31** **La sicurezza è rock!**
di Stefano Pancari
- 34** **Il progetto BES dell'Istat per la mi-**
sura del benessere equo e sostenibile
di Luigi Costanzo e Alessandra Ferrara
- 37** **La ricerca del benessere: alle radici**
del turismo
di Annunziata Berrino
- 39** **Storia delle istituzioni manicomiali e**
della psichiatria
di Paolo Giovannini
- 42** **NELLA STIVA**
Altre letture

La cultura è salute

«...Vedemmo che, dal momento in cui davamo risposte alla povertà dell'internato, questi cambiava posizione totalmente, diventava non più un folle ma un uomo con il quale potevamo entrare in relazione. Avevamo già capito che un individuo malato ha, come prima necessità, non solo la cura della malattia ma molte altre cose: ha bisogno di un rapporto umano con chi lo cura, ha bisogno di risposte reali per il suo essere, ha bisogno di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche noi medici che lo curiamo abbiamo bisogno...» (Franco Basaglia e Franca Ongaro)^[1]

La cultura fa bene alla salute, sia nell'accezione di acquisizione di strumenti e consapevolezza e per generare cambiamento, sia come partecipazione ad attività culturali. Un'alleanza imprescindibile, necessaria a creare una giusta connessione con il mondo. Nel centenario dalla nascita di **Franco Basaglia**, riformatore della psichiatria italiana e una delle figure che più hanno guidato il cambiamento nella storia del nostro Paese, è importante partire da questa consapevolezza, per declinare il tema del ben-essere sotto diversi punti di vista.

La cultura è infatti un'esperienza che agisce sulla dimensione cognitiva ed emotiva, è profondamente connessa allo sviluppo umano, alla crescita delle persone e delle comunità. Le idee di Basaglia, che attraverso una nuova cultura e sensibilità iniziò l'opera di trasformazione della logica manicomiale eliminando le tecniche di costrizione, le camicie di forza e dei letti di contenzione, le terapie a base di

elettroshock, insulina e molto altro, continuano a essere estremamente attuali, non solo nell'ambito della salute mentale ma, ad esempio, in quello del trattamento degli immigrati, delle RSA, dello stato inaccettabile delle nostre carceri.

Il suo insegnamento più importante e più innovativo è stato quello di **mettere sempre al centro l'essere umano**, nella sua completezza, affrontando le contraddizioni stesse che stanno alla base dell'idea di libertà e che derivano da una cultura completamente diversa da quella prevalente del tempo.

Il ruolo di questa alleanza **cultura-salute** è emerso con forza durante la pandemia nel 2020, mostrando la rilevanza degli strumenti culturali, delle competenze cognitive per la resilienza delle persone al trauma, per la connessione con l'altro, con il mondo. Senza l'accelerazione dell'offerta culturale digitale e la risposta generosa degli enti di prossimità, il

costo sociale di questa emergenza, seppur ancora non quantificabile nelle sue profonde ferite invisibili e nell'aumento delle disegualianze, sarebbe stato molto più rilevante. Dalla pandemia abbiamo imparato che siamo tutti più fragili e che le attività culturali – anche durante e nonostante la chiusura – hanno saputo continuare a essere luogo di incontro e di scambio, dove ritrovare forze ed energie.

Anche le prove cliniche e scientifiche, raccolte negli ultimi vent'anni, dimostrano che la partecipazione culturale attiva e alcune specifiche attività culturali sono fattori che favoriscono quelle che l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms)** definisce LIFE SKILL, ovvero le abilità per muoversi sulla scena della vita come lo sviluppo di valore e capitale sociale, la valorizzazione e inclusione delle differenze, la riflessione etica e il potenziamento dell'apprendimento critico.

Il premio Nobel per l'economia **Amartya Sen** parla in questo senso di AGENCY come l'effettiva facoltà di agire del singolo in base ai suoi valori e obiettivi a favore non solo del proprio benessere ma di tutta la comunità. Oggi la stessa **Oms** conferma il valore della cultura per la salute con l'**Health Evidence Network Synthesis Report 67-2019** (Quali le evidenze del ruolo della cultura nel miglioramento della Salute e del Benessere?), una vera pietra miliare per operatori socio-sanitari, culturali, educativi e *policy makers*. Questo rapporto mette a disposizione i risultati di una rassegna della letteratura scientifica e umanistica

con un approccio interdisciplinare (medicina, psichiatria, psicologia, filosofia, neuroscienze, antropologia, sociologia, geografia ed economia della salute, sanità pubblica...), prendendo in esame oltre 900 pubblicazioni prodotte dall'inizio del XXI secolo, basate a loro volta su migliaia di studi. Il lavoro chiarisce come la partecipazione culturale sia un'importante risorsa capace di creare salute, sia nella dimensione della promozione e della prevenzione primaria, sia nei percorsi e nelle relazioni di cura, nella costruzione di equità e di qualità sociale. È il risultato di un lungo percorso strategico che l'Oms ha avviato nel 2013 con la strategia "Salute in tutte le politiche" dove la salute, in quanto fenomeno dinamico e complesso, non è soltanto responsabilità ed esito della Sanità, ma della interdipendenza di ogni politica, del comportamento di ogni organizzazione e di ogni individuo.

Da qui, la necessità di affrontare il tema della salute e del ben-essere, così ampio e complesso, con la giusta attenzione alle molteplici declinazioni che possono influenzarlo: l'informazione, la cultura alimentare, la necessità di correlare la salute umana a quella animale e degli ecosistemi in un visione olistica, il diritto a lavorare in condizioni di salute e sicurezza, l'importanza di misurare il benessere non solo sul PIL e quindi sulla capacità di produzione di beni e servizi, ma soprattutto su altri indicatori che misurino le disuguaglianze, i divari che minano la coesione sociale, la sostenibilità ambientale.

[1] <https://www.culturaesalute.com/news/blog/495-franco-basaglia-e-le-medical-humanities-in-psichiatria>

Il cibo e i falsi miti

Intervista a Dario Bressanini

(chimico, docente universitario, saggista e divulgatore scientifico)

Più un nemico da cui difendersi che uno dei grandi piaceri della vita. Il cibo oggi è oggetto di una disinformazione prodotta spesso dalla pubblicità, dal marketing e da studi e articoli allarmistici che di scientifico hanno ben poco. Non sempre le risposte da dare sono facili, ma è importante capire come fare per sfatare molti luoghi comuni.

Dario Bressanini, chimico e divulgatore scientifico, saggista e docente universitario presso l'Università dell'Insubria, nei suoi libri affronta questi temi, offrendo una serie di strumenti basati sul metodo scientifico per evitare di cadere nella trappola della disinformazione.

Il tema della corretta informazione, soprattutto quando si parla di consumi alimentari ma non solo, è molto importante e sentito oggi, ed è stato da lei affrontato anche nel suo ultimo libro “Fa bene o fa male?”. Oggi, infatti, vengono dette molte cose sui cibi, anche attraverso la pubblicità e il marketing, che molte volte non hanno alcun fondamento. C'è bisogno di applicare un metodo scientifico per capire meglio ed essere informati correttamente ma cosa vuol dire applicare il metodo scientifico nella scelta dell'informazione?

Prima di tutto vorrei premettere che in questo caso io faccio un discorso generale per coloro che non hanno particolari problemi di salute, se si ha un problema di tipo medico, è necessario rivolgersi a uno specialista, che sia un nutrizionista o altro.

Detto questo, noi siamo bombardati ogni giorno da informazioni su quello che mangiamo, con evidenti pressioni a mangiare alcuni cibi o ad evitarne altri. Per capire meglio e per sapersi districare in questo mare magnum del mondo informativo, una delle

cose da fare è applicare il principio dello scetticismo. Durante la mia giornata anch'io sono bombardato da informazioni e anch'io non ho il tempo di verificare tutte le informazioni che vengono date. Allora se non ci sono le fonti che posso ritenere affidabili, dobbiamo fare riferimento almeno a uno studio scientifico fidato, perché se non ho la possibilità di verificare chi è l'autore di una determinata teoria, quale esperimento sia stato fatto a sostegno di questa, dove è stata pubblicata e quando, per me questa informazione non esiste. È un principio che qualcuno può ritenere estremo ma qualsiasi affermazione non supportata da fonti scientifiche è falsa a priori. Già facendo così si elimina la maggior parte delle informazioni terroristiche, diciamo così, che fanno leva sulla paura: non mangiare quello perché ti fa venire il cancro (il latte, lo zucchero, la farina ecc.) altre cose simili. Assicurandosi quindi su quali siano i riferimenti scientifici di tali asserzioni, si elimina il 95% delle informazioni che potrebbero essere errate. Se poi si vogliono cercare autonomamente informazioni su un tema che sta particolarmente a cuore, si può fare affidandosi a fonti autorevoli: sul sito del ministero della salute ci sono ad esempio un sacco di pagine che danno indicazioni utili

sulle “bufale” alimentari ad esempio, o le linee guida della sana alimentazione del CREA (Consiglio per la ricerca in agricoltura e l’analisi dell’economia agraria) oppure le pagine dell’EFSA (Autorità europea per la sicurezza alimentare) che sono ricche da questo punto di vista.

Ulteriori approfondimenti si possono fare leggendo la letteratura scientifica o gli articoli di metanalisi, chiamati generalmente rassegne, che fanno una sorta di riassunto di decine di studi a volte contrastanti tra di loro. Non è quindi semplicissimo ma è certamente utile sapere dell’esistenza di queste fonti d’informazione.

Perché questa paura, a volte spropositata, per alcuni alimenti?

Quello che osservo è che le “bufale” sugli alimenti ci sono sempre state, quando ero bambino girava la voce che nelle *big bubble* ci fosse la pelle del topo, ma è vero che adesso con i Social Network le false informazioni viaggiano a una velocità molto superiore. Purtroppo, queste “bufale” vengono rilanciate, come è successo anche durante il Covid, anche da persone che fanno parte di professioni sanitarie, medici, farmacisti, nutrizionisti, cioè persone che noi tendenzialmente ascoltiamo con più fiducia e a cui siamo più propensi a dare credito. In realtà, chiunque tu sia devi comunque dimostrare con studi scientifici quello che dici.

La maggior parte delle persone è sospettosa, ad esempio, nei confronti degli OGM. Intanto cosa è veramente un Ogm e, citando un suo libro scritto insieme a Beatrice Mautino di alcuni anni fa, esiste veramente il cibo “contro natura”?

Non esiste il cibo contro natura. Siamo abituati a pensare che i pomodori e i peperoni che mangiano siano sempre stati così, che siano

selvatici. Ma in realtà tutti i prodotti hanno subito delle modificazioni genetiche; da un certo punto in avanti abbiamo iniziato a selezionare queste mutazioni genetiche, che avvengono senza nessun motivo, producendole in vari modi, iniziando a modificare geneticamente a caso a partire dagli anni ’50, quindi molto tempo prima dell’avvento dell’ingegneria genetica. Prima ancora sfruttavamo le modifiche genetiche che ogni tanto avvengono per caso. Nel libro cito l’esempio molto famoso delle carote che per noi adesso sono arancioni ma che una volta erano viola. Quelle arancioni hanno subito una modifica genetica casuale. Quindi abbiamo iniziato a farlo volontariamente un po’ a casaccio, ma tutto questo il grande pubblico non lo sa perché erano cose che avvenivano nei laboratori. Fino a quando a un certo punto abbiamo imparato a inserire delle modifiche genetiche non a caso, ma molto più precise; dagli anni ’80 siamo in grado di inserire le modifiche che desideriamo e questo per qualche motivo è stato trasmesso al grande pubblico intorno agli 2000 generando un grande stupore. Questa sorta di diffidenza è più di origine psicologica, che posso capire umanamente, ma dal punto di vista scientifico non ha nessun riscontro negativo. Non c’è nessun motivo di pensare che se io faccio una modifica mirata a un pomodoro, solo perché l’ho pensata e non è spontanea, debba essere pericolosa, mentre un’altra che avviene in maniera casuale per altri tipi di processi debba andare bene.

La percezione è che il cibo biologico sia più naturale di quello “manipolato”. Ma la nostra specie migliora geneticamente i prodotti agricoli da sempre. Cosa vuol dire parlare di biotecnologie applicate all’agricoltura?

Il biologico è un tipo di coltivazione, non ha a

che fare con il modo in cui è stata prodotta la pianta. Nell'agricoltura biologica si coltivano benissimo dei cibi che sono stati modificati geneticamente (anche se legalmente non sono OGM), cioè il biologico è un regolamento che indica come si deve coltivare, non cosa si debba coltivare; quindi, questa dicotomia tra cibo biologico e cibo geneticamente modificato non esiste.

Uno degli alimenti messi al bando oggi è il glutine, molti prodotti riportano infatti l'etichetta *gluten free* quasi a voler dimostrare una maggiore garanzia di qualità del prodotto. C'è quindi una specie di demonizzazione di questo elemento che invece al momento della sua introduzione era considerato importante ed energetico. Come si è passati a questo?

Il glutine è una proteina e chi è celiaco lo deve assolutamente evitare, i celiaci sono l'1% della popolazione italiana, ma per tutti gli altri non esiste nessun motivo per il quale debba essere evitato. Anche in questo caso, si tratta di un'idea che viene spinta spesso da alcuni *guru* contrari ai carboidrati, adesso forse sta un po' diminuendo questa demonizzazione del glutine, in favore di altre demonizzazioni. Ma se non ci fosse il supporto dei *guru*, anche medici che non seguono le linee guida e la letteratura scientifica, forse non si sarebbe sviluppata questa moda del senza glutine, che tra l'altro è stata molto positiva per i celiaci perché si sono trovati un sacco di alimenti a disposizione che prima non avevano.

Un altro tema all'attenzione è quello della carne coltivata. Il Consiglio dei Ministri ha approvato lo stop alla produzione e commercializzazione di alimenti e mangimi

sintetici in Italia. Ma la carne sintetica potrebbe offrire modi per controllare la composizione della carne e renderla più salutare. Il contenuto di grasso potrebbe essere fissato ai livelli raccomandati e i grassi insalubri potrebbero essere sostituiti con i più salutari omega-3. Si potrebbero poi includere ingredienti aggiuntivi come le vitamine, non sarebbe così dipendente dall'uso di antibiotici e aiuterebbe a contenere le problematiche ambientali legate al problema degli allevamenti intensivi. Insomma, una cosa completamente da quello che si pensa comunemente.

Il Consiglio dei ministri ha approvato lo stop ma poi dopo se l'è dovuto rimangiare, così come per la farina di insetti. Questo è fumo negli occhi della politica che viene sbandierato per chi segue solamente le cronache politiche e non s'informa in modo corretto. Si tratta di temi che non sono di pertinenza delle legislazioni nazionali ma dell'Unione europea che ha la competenza per legiferare e decidere su questo, per cui, esattamente come per le farine d'insetto, anche per la carne coltivata, che non esiste ancora, c'è tanta prevenzione dettata dalla paura, anche se nessuno obbliga a mangiare quello che non si vuole. Si tratta anche di questioni molto identitarie dove un certo tipo di politica va a nozze, ma si potrà evitare al momento in cui sarà approvata a livello europeo e chi vuole potrà consumarla, chi non vuole no. In teoria potrebbe essere molto utile, poi vedremo in pratica.

Il ruolo del marketing e della pubblicità nella diffusione di credenze non scientifiche su un tema sensibile come il cibo. Ci vuole più divulgazione scientifica per sfatare tutto

questo. Nelle scuole cosa si fa in questa direzione?

La divulgazione scientifica è una cosa, la didattica è un'altra, il pubblico è totalmente diverso. Quando insegno ai miei studenti non faccio divulgazione, insegno e approfondisco i vari argomenti. Quello che la scuola potrebbe fare è far capire meglio come funziona la scienza e il metodo scientifico. Abbiamo questa concezione un po' obsoleta di scienza come qualcosa di arido che si applica senza far capire come funziona. La scienza è un metodo

per indagare le verità sul mondo che ci circonda. Capire come funziona realmente fornirebbe invece un bel *background* di competenze che consentirebbe a uno studente che esce dalla scuola superiore di apprezzare anche i libri di divulgazione scientifica. Se a scuola l'insegnamento della chimica e della matematica, ad esempio, fosse improntato a evidenziare il legame con la realtà che ci circonda, allora forse sarebbe più facile comprenderla e utilizzarla in modo virtuoso anche nella vita di tutti i giorni.

Esperienze alimentari nell'infanzia, tra locale e globale

Un nuovo fenomeno si sta diffondendo con rapidità fra i bambini in età scolare, preoccupando le famiglie e producendo molti sprechi nelle mense scolastiche. Si tratta del **comportamento alimentare selettivo** che, soprattutto dopo la recente pandemia, si manifesta in alcuni bambini dai quattro agli undici anni circa, con il progressivo rifiuto nei confronti di categorie alimentari sempre più numerose. Il fenomeno ricalca, in modo più rigido e grave, la **neofobia fisiologica**, cioè la paura dei nuovi assaggi che tutti i bambini sperimentano durante il divezzamento, nel passaggio da un'alimentazione totalmente latte a una semisolida, solida e varia. Quando la neofobia fisiologica non si risolve nei primissimi anni di vita può cronicizzare e diventare un ostacolo alla copertura dei fabbisogni nutrizionali, rendere difficile il momento della condivisione del pasto, condizionare la socialità in famiglia, a scuola e in altri luoghi di aggregazione.

Nella mia esperienza professionale, i bambini con una selettività pervicace presentano fattori comportamentali comuni sui quali a mio avviso è necessario fare una riflessione. Il più frequente è la **mancaza di esperienze sensoriali**. Il comportamento alimentare, con i suoi gusti e i suoi disgusti, è un fenomeno complesso e multifattoriale, fortemente influenzato, oltre che dalla genetica, dalle esperienze sensoriali intrauterine e post-natali. I bambini selettivi hanno un lessico alimentare impoverito, conoscono pochi cibi, non amano manipolare gli alimenti, li scelgono bianchi con

consistenze e sapori costanti, e non amano sperimentare. L'assaporamento di alimenti nuovi è per questi bimbi fonte di timore e ansia, produce rifiuti anche drammatici, rinforzando e amplificando il problema.

Da questo fattore ne nasce un altro, naturale, comprensibile e altrettanto trasversale: l'ansia e la **preoccupazione dei genitori**, che tendono a compiacere il piccolo selettivo, proponendo sempre e solo i cibi accettati di buon grado purché mangi. Questo, insieme alla frequente mancanza di tempo per attività all'aperto e per la condivisione serena e giocosa della preparazione dei pasti, non fa che rinforzare il comportamento selettivo e creare ancora più sconforto nei bambini e nei loro adulti di riferimento.

Non si può prescindere, in questa breve analisi, dall'osservazione della condizione nelle mense scolastiche italiane. Dall'ottavo *Rating* dei menu scolastici redatto da *Food Insider* emerge l'aumento dell'uso di cibi processati (+6%), oltre a quello dei rifiuti da parte dei bambini e del salto del pasto a priori.

Nonostante la tendenza al miglioramento della qualità del servizio, iniziata dopo la fine della pandemia anche grazie alla nuova legge che disciplina le gare d'appalto della ristorazione scolastica, i dati sul rifiuto del pasto scolastico sono gravi: il 35% dei bambini rifiuta a priori il pasto, il 31% ha paura di assaggiare nuovi piatti, solo il 14% dei bambini sembra mangiare con gusto.

Riguardo all'utilizzo di cibo a filiera corta, sebbene un buon 29% delle mense del campione considerato proponga oltre 10 prodotti locali a settimana e il 13% ne acquisti almeno 5, la maggior parte dei menu scolastici italiani analizzati non ha alcun legame alimentare con il territorio, propone le stesse scelte sia al nord che al sud e utilizza molti cibi processati.

Tentando una sintesi fra i dati appena citati, ciò che suggerisce la letteratura scientifica sulla selettività alimentare e la definizione di Montanari della cultura alimentare come modo di pensare il cibo in tutto il suo percorso e il suo valore, appare chiaro che il problema va affrontato in modo complesso: attraverso esperienze sensoriali, ricostruendo i legami con il territorio, mettendo a sistema le numerose esperienze agroalimentari e gastronomiche, fare dei vari contesti (famiglia, scuola, sanità) dei laboratori esperienziali di biodiversità culturale e alimentare. Del resto, **coltura** e **cultura** hanno la stessa origine etimologica

(da *cultus*, participio passato di *colere*, attendere con cura, avere cura). È necessario pensare, dunque, a un insieme di attività da integrare a quelle educative, in famiglia e in tutti i luoghi in cui i bambini si aggregano e imparano giocando. È il nostro sguardo adulto a dover focalizzare questo punto, a spalancarsi per accogliere ogni esperienza che avvicini i nostri bambini alla natura e al territorio in cui stanno diventando grandi; metterli in contatto con la possibilità di osservare, manipolare, conoscere e quindi assaporare in modo più naturale e ludico possibile gli alimenti e le pietanze tipiche del contesto in cui vivono, integrandole con le altre sapienze che arrivano dal mondo. Perché crescere "mangiatori" sani e felici in un mondo veloce e globalizzato dipende dall'atto alimentare come azione complessa, individuale e collettiva allo stesso tempo; non un gesto automatico da standardizzare e omologare, quindi, ma un modo di essere umani biodiversi e conviviali.

Mindful eating

La scelta di mangiare consapevolmente

*Nota alle lettrici e ai lettori: **mindful** e **mindfulness** vengono tradotti in italiano con l'aggettivo consapevole e il sostantivo consapevolezza senza esplicitare il potenziale di azione che vi è contenuto: mindfulness descrive più propriamente l'atto di concentrarsi sul presente, su quel che viviamo qui e ora.*

Avere la **consapevolezza** di quello che mangiamo è diventato negli ultimi decenni un tema cruciale per preservare l'ambiente e la salute di tutti gli esseri viventi. La consapevolezza di cui parliamo da consumatori è quella che ci fa controllare se il prodotto sia biologico, se provenga da una filiera locale a km zero, o per alimenti che non sono locali, se provengano da un commercio equo e solidale. Eppure nessuna di queste azioni coglie completamente il significato del mangiare consapevolmente. Pur facendo una spesa attenta, infatti potremmo non essere così presenti quando consumiamo i nostri pasti. Per una certa parte della popolazione mondiale, poter accedere più volte al giorno ad un cibo da consumare è quasi una certezza, tanto da essere necessario un esercizio di attenzione per accorgersi di ciò che si mangia e di quello che succede al nostro corpo e alla nostra mente mentre mangiamo. Fare esercizio quando mangiamo, potrebbe suonare come artificioso,

persino in contraddizione con il piacere che può derivare dal consumo di un buon cibo.

Eppure riguardo al piacere che viene dal gusto, solo per pochissimi bocconi iniziali poniamo attenzione verso il cibo che introduciamo in bocca, i sapori si confondono al terzo boccone, mentre la mente è già occupata a fare una miriade di altre attività in cui l'abbiamo contemporaneamente ingaggiata come ad esempio guardare la televisione, o parlare con amici e colleghi. Una volta riconosciuto il cibo introdotto, la nostra mente infatti se ne distacca e facilmente potremmo trovarci con un sacchetto di patatine vuoto in mano senza nemmeno ricordare come ne siamo arrivate al fondo, o terminare un pasto al ristorante senza mai soffermarsi a guardare il nostro piatto. Mangiare ascoltando un podcast, fare uno spuntino davanti al computer, sono tutti modi che ci impediscono di assaporare momento per momento l'odore, il tatto e il gusto del cibo che abbiamo davanti, rendendolo così invisibile.

Siamo molto lontani da quello che **Tich Nhat Hahn** scrive nel suo libro “Mangiare in consapevolezza”¹.

Per il monaco tibetano ogni boccone ha in sé l’universo, da qualunque parte provenga, che sia di una torta o di piatto di riso. Per cogliere anche un bagliore di questo universo basta fare attenzione solo a due cose: il cibo nel piatto e la comunità che ci circonda, siano essi amici, avventori di uno stesso luogo dove ci troviamo a consumare il pasto, o gli esseri viventi che hanno contribuito a far sì che quel piatto fosse sulla nostra tavola.

L’importanza di essere consapevoli del momento presente ha anche influenzato fortemente la ricerca scientifica. Il professor **John Kabat Zinn**, medico, biologo e scrittore statunitense, dopo essere stato introdotto alle pratiche di meditazione Zen, ha fondato nel 1979 la *Stress Reduction Clinic* presso la **Scuola di Medicina dell’Università del Massachusetts**, attuando un protocollo di Mindfulness per la riduzione dello stress e del dolore cronico. In questo protocollo, rivolgendo l’attenzione al respiro, si prende consapevolezza del momento presente in modo non giudicante rendendo gestibili pensieri, stati di ansia e dolore cronico. ²

Successivamente il metodo è stato adottato anche da programmi di rieducazione al cibo in patologie legate ai disturbi del comportamento alimentare (DA) col nome di **Mindful-based Eating** (MB-EAT), dove si pone l’attenzione sulla consapevolezza dei segnali di fame e sazietà, sulla scelta del cibo, sull’accettazione non giudicante di schemi emotivi, sociali e cognitivi che sono spesso i fattori scatenanti dei DA. Evidenze scientifiche mostrano come MB-EAT possa ridurre episodi di Binge Eating e migliorare l’autocontrollo nel cibo, così come modulare sintomi depressivi.³

Nove sono i tipi di fame che descrive Jan Chozen Bayz ⁴, pediatra e insegnante di mindful eating: la fame degli occhi, la fame del

tatto, la fame delle orecchie, la fame del naso, la fame della bocca, la fame dello stomaco, la fame cellulare, la fame della mente e la fame del cuore. Uno degli esercizi che viene indicato nella pratica del mindful-eating consiste nell’individuare prima di tutto quale sia la tipologia di fame che sentiamo. Teoricamente potremmo consumare qualunque tipo di cibo purché attraverso questa consapevolezza. Secondo la Bayz saremmo portati col tempo a prediligere dei cibi che non siano distruttivi e che armonizzino con le necessità del nostro corpo. Portare l’attenzione al cibo significa ingaggiare tutti i nostri sensi, essere in ascolto dei bisogni fisiologici che provengono dal nostro corpo e anche accogliere il senso di attaccamento verso tradizioni, ricordi, eventi piacevoli e spiacevoli riguardanti il cibo, senza giudizio.

Un aspetto importante del mangiare consapevolmente è la **gratitudine**. In alcune tradizioni si apre il pasto con una preghiera, in una visione più laica la preghiera può essere un tempo di breve riflessione a ritroso su come quel cibo sia finito sulla nostra tavola, come sia stato preparato, spedito e impacchettato, dove sia stato coltivato, che cure abbia ricevuto. È necessario un tempo brevissimo per esprimere anche silenziosamente la nostra gratitudine prima di mettere in bocca il primo boccone. Infine in un’ottica ecologica ricordiamoci che oltre ad occuparci di saziare la nostra fame noi abbiamo la possibilità concreta di preservare un microambiente di trilioni di microrganismi che vivono all’interno e all’esterno del nostro corpo attraverso i quali avviene una regolazione di segnalazioni e di molecole utili a mantenerci in salute. Mangiare consapevolmente significa anche tenere a mente le esigenze dei nostri ospiti perché sono gli stessi che garantiscono per la nostra immunità allargata. Cominciamo dal fare acquisti responsabili ma continuiamo ogni volta che ci è possibile a trovare un tempo di

cura nel preparare, presentare e masticare
consapevolmente il nostro cibo accogliendo le

sensazioni e pensieri che lo accompagnano
senza giudizio.

- (1) Nhat Hanh, T. *Mangiare in Consapevolezza*; Terra Nuova Edizioni (January 14, 2016).
- (2) Kabat-Zinn, J. *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. **2003**.
- (3) Kristeller, J. L. Mindfulness, Eating Disorders, and Food Intake Regulation. In *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*; Ostafin, B. D., Robinson, M. D., Meier, B. P., Eds.; Springer New York: New York, NY, 2015; pp 199–215. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_15.
- (4) Bays, J. C. *Mindful Eating: A Guide to Rediscovering a Healthy and Joyful Relationship with Food (Revised Edition)*; February 3, 2009 by Shambhala.

La persona al centro del processo di cura

La concezione di salute costituisce un intricato concetto in costante mutamento, plasmato in relazione al contesto sociale circostante. Quest'ultimo ha il compito di riformulare e affrontare le esigenze mediche e sanitarie che si manifestano nel corso del tempo, contribuendo così a ridefinire il significato stesso di salute.

La **salute** dipende dalla sua definizione teorica, dagli strumenti che si adottano per osservarla e misurarla e dai modelli analitici che si impiegano per spiegarla e comprenderla. È dunque un concetto sociale, in quanto fortemente dipendente dal contesto socio ambientale in cui viene a modellarsi. Il concetto di salute evolve infatti, ad opera di coloro che sono più attivi istituzionalmente nell'ambito e cambia nel tempo, a causa degli attori sociali che, all'interno della divisione sociale del lavoro, tendono occuparsi di quelle indispensabili funzioni di sopravvivenza e riproduzione biologica e psicologica della società, ovvero i medici e gli esperti (Sarti, Terraneo, 2023).

La relazione che s'instaura tra il cittadino e il professionista della salute, o meglio, il rapporto tra medico e paziente, nel corso del tempo ha abbandonato il tono paternalistico che lo connotava, e recentemente, l'orientamento biomedico, per indirizzarsi sul paziente diventato sempre più *persona*.

Oggi, infatti, si tende ad utilizzare sempre meno il termine *paziente* e sostituirlo con *persona*, poiché i diritti della salute e i

valori che sono in gioco in un atto medico possano realizzarsi solo se si orienta la cura *verso la persona* (Ekman et al., 2012). **L'approccio *disease-oriented***, indirizzato alla malattia come entità rappresentava la modalità prevalente di gestione della medicina di un passato recente. Ad oggi tale rapporto, sbilanciato dalla parte del medico e orientato esclusivamente al trattamento della malattia (*disease*) non appare più proponibile, in quanto il semplice trattamento della patologia che ha colpito il paziente non rende conto della ricchezza socio-biografica che s'instaura all'interno di una relazione di cura. Mettere l'accento su quest'ultima significa ritenere che il fine ultimo della medicina sia curare le persone, e non solo trattare le malattie delle quali sono affette.

La prospettiva dei pazienti è stata assente per molto tempo nella riflessione sociologica ma, più recentemente si è assistito a un rinnovato interesse per conoscere l'esperienza delle persone malate, in parte a seguito del graduale riconoscimento del valore anche in medicina di tener conto della visione dei pazienti, e in parte per un più ampio interesse per la narrazione nelle scienze sociali.

Orientarsi verso la *persona* (Hakansson, 2019) significa operare una vera rivoluzione nella quale l'attenzione non si rivolge solamente all'"ente" malattia che lo ha colpito, ma al paziente come persona, che ha una dignità, una biografia, insomma una storia clinica e personale da raccontare.

La *persona* è dunque il termine più adeguato per connotare la relazione di cura e le nuove esigenze che tale approccio comporta. La cura centrata sulla persona sottolinea l'importanza di conoscere la persona *dietro il paziente* come un essere umano con bisogni, sentimento, ragione e per un suo coinvolgimento attivo nel processo di cura e trattamento della malattia. Fondamentale appare dunque la soggettività e l'integrazione in un dato ambiente, tenendo conto della fragilità e della vulnerabilità al fine di stilare piani personalizzati di cura. Il sistema sanitario include l'insieme delle istituzioni, delle persone, delle risorse (e delle loro relazioni), il cui scopo primario è concorrere alla promozione, recupero e mantenimento della salute (WHO, 2000).

Poter contare su un'assistenza di alta qualità offre ovviamente un grande vantaggio nel momento in cui si è colpiti da una malattia. Migliore è l'assistenza sanitaria, più alte saranno le probabilità di guarire e recuperare la piena funzionalità fisica e sociale. Un sistema sanitario di qualità non solo dovrebbe favorire il recupero della salute, ma potrebbe aiutare a ridurre le disuguaglianze, assicurando che le condizioni di salute e i rischi associati alla malattia dei gruppi che occupano le posizioni più basse della gerarchia sociale siano il più possibile simili a quelle dei gruppi con più elevato status socioeconomico.

È dunque importante il **capitale sociale** posseduto dagli individui.

Putnam, Leonardi e Nanetti (1993) definiscono il capitale sociale "*come l'insieme di quegli elementi dell'organizzazione sociale come la fiducia, le norme condivise, le reti sociali che possono migliorare l'efficienza della società nel suo insieme, nella misura in cui facilitano l'azione coordinata dagli individui*" (p. 169). Livelli più elevati di capitale sociale sembrano infatti produrre società più sane quando il capitale fisico di una popolazione viene eroso o messo a rischio da una crisi sanitaria; il capitale sociale diventa rilevante per favorire il prendersi cura degli altri e impegnarsi in pratiche che mirano al miglioramento della situazione in linea più generale.

Ma chi è come si può aumentare il capitale sociale in una comunità visto i benefici che ne possono derivare per la salute? La risposta è **la politica** che può essere intesa come costruttrice di una comunità: i suoi membri agiscono reciprocamente nei confronti degli altri antepoendo, più o meno consapevolmente, i valori, le norme, i costumi, gli interessi della collettività a quelli personali o del proprio sottogruppo (Tönnies, 1887). La persona dunque al centro del processo di cura.

Bibliografia essenziale:

Costa G., et all. (a cura di), (2014), *Equità nella salute in Italia*, FrancoAngeli, Milano.

Ekman I., et all., *The person-centred approach to an ageing society*, "European Journal for Person Centered Healthcare" Vol 1, Issue 1, 2012, pp 132-137.

Hakansson E.J., et al., “*Same same or different?*” *A review of reviews of person-centered and patient-centered care*, *Patient Education and Counseling*, 102, 2019, pp.3-11.

Marinelli M. (2015), *Trattare le malattie curare le persone*, FrancoAngeli, Milano.

Putnam R. D., Leonardi R., Nanetti R.Y. (1993), *Making Democracy Work: Civic Tradition in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton (NJ).

Sarti S., Terraneo M. (2023), *Studiare la salute. La prospettiva della sociologia*, Carocci, Roma, 2023

Tönnies F. (1887), *Gemeinschaft und Gesellschaft*, Fues, Leipzig (Trad. It.: *Comunità e società*, Laterza, Roma-Bari, 2011).

WHO, (2000), *The World Health Report 2000. Health System: improving performance*, World Health Organization, Geneva.

La vecchietta e il sistema della salute

In tenera età (negli anni 60 del Novecento) capitava che a volte soffrissi di una indisposizione che allora chiamavano *torcicollo* e che ora credo avrebbe una definizione molto più ‘scientifica’; alla bisogna, dunque, le donne di casa – madre e nonna – chiamavano una vicina ai miei occhi molto anziana (abitavamo in una città non grandissima e in un condominio ‘popolare’) la quale veniva ad applicarmi un impacco fatto con erbe a me ignote (oggi direi anche camomilla, ma forse è una sovrascrittura postuma) che aveva effetti miracolosi. Il dolore passava e il ricorso alla farmacia, o addirittura al medico ‘di famiglia’, non era in quel caso contemplato. Tornano a volte in mente quei frangenti nella mia occasionale rilettura degli scritti di **Ivan Illich** ed anche, devo dire, nelle riflessioni su cosa sia successo negli ultimi anni nel campo della salute pubblica, sia locale che globale, con particolare riferimento allo ‘spartiacque’ della vicenda della pandemia da SARS-CoV-2, ai destini della sanità pubblica (in Italia in particolare) e alla frattura sociale tra sostenitori e oppositori delle misure straordinarie adottate in quell’occasione.

Illich non è certamente un sostenitore acritico di quelli che noi oggi consideriamo i **pilastri del welfare** (quel che ne è rimasto, diciamo), ad esempio per ciò che riguarda l’istruzione e, tema di questo numero, la sanità/salute. Di quest’ultimo ambito se ne occupa a più riprese, sia in maniera monografica in *Nemesi medica*, sia all’interno di un ragionamento più ampio nel fondamentale *La Convivialità* o anche in *Per una storia dei bisogni*. In sintesi, l’attacco al sistema medico moderno riguarda alcuni punti fermi: la mercificazione della salute funzionale al monopolio (*radicale*, nei termini del pensiero di Illich: si ha monopolio

radicale quando un processo di produzione industriale esercita un controllo esclusivo sul soddisfacimento di un bisogno pressante, escludendo ogni possibilità di ricorrere, a tal fine, ad attività non industriali) della corporazione medica e dell’apparato industriale di contorno; l’espropriazione dei saperi individuali e comunitari nella cura e nella gestione della malattia e della morte, in favore di saperi esterni e specializzati; l’ossessione sulle cure – preventive o ex post nulla cambia – piuttosto che sui fattori determinanti non-clinici di malattia (il degrado ambientale, gli stili di vita connessi allo ‘sviluppo’, etc.: “donne incinte, bambini sani, operai, vecchi, tutti si sottopongono a periodici check-up e a esami diagnostici sempre più complessi”); la definizione stessa di salute/malattia, appaltata ai ‘professionisti’. La condizione indotta nella modernità è quella di (potenziale) malato piuttosto che di sano, quest’ultimo quasi tenuto a discomparsi della propria non inclusione nel sistema del controllo medico. Sistema che è, per Illich, *iatrogenico*, sia in maniera diretta (“la sofferenza, la malattia e la morte sono risultato di prestazioni mediche”) che indiretta (“le politiche sanitarie rafforzano un’organizzazione industriale che danneggia la salute”), che strutturale (“quando illusioni e comportamenti promossi dai medici restringono l’autonomia vitale della gente minandone la capacità di crescere, curarsi e invecchiare; o quando paralizza l’impegno personale stimolato dalla sofferenza, dalla menomazione, dall’angoscia”). Vi sono poi, come ‘estremi’ del ragionamento, la problematicità di una eccessiva natalità (sottraendo alla morte ‘naturale’ chi naturalmente non ce la farebbe, ad esempio) e di un accanimento nel tenere in vita, dall’altro lato

dell'esistenza, una vecchiaia che rifiuta di fare i conti con la morte.

Superata una determinata soglia (la *doppia soglia di mutazione* ed oltre) ciò che all'inizio produce benefici – la disponibilità di tecniche semplici di cura ad esempio, o alcuni farmaci – inizia a generare disfunzionalità (è iatrogenico, appunto) e in particolar modo produce *dipendenza* attraverso il meccanismo del bisogno indotto e della distruzione delle potenzialità umane di autocura, di confronto e accettazione della sofferenza come esperienza di vita che vengono appaltate, per così dire, al sistema industriale della 'produzione' di salute, alla gestione eteronoma (*istituzionale*) della vita stessa.

Qua e là la feroce diffidenza rispetto al sistema sanitario industriale lascia aperti varchi inaspettati, come nel più puro stile di Illich: laddove si manifestano, i miglioramenti in salute non sono dovuti al mastodontico apporto dell'apparato sanitario, ma ad esempio all'adozione di un modo di vivere più sano, specie sotto l'aspetto dell'alimentazione, o (con una certa dose di provocazione) anche alle ferrovie e alla fabbricazione sintetica dei fertilizzanti e degli 'insetticidi', come a dire più disponibilità di cibo; o a strumenti sì moderni, ma conviviali, che presentano due caratteristiche ricorrenti; i mezzi materiali occorrenti hanno un costo irrisorio ed è possibile predisporli in confezioni usabili personalmente o col semplice aiuto d'un familiare. Vi rientrano ad esempio (benché in "piccola misura"), anche le vaccinazioni, alcuni rimedi semplici come gli antibiotici, i contraccettivi e "gli aspiratori Carman" (Karman, in realtà, per l'interruzione della gravidanza).

Sprofessionalizzare la medicina non significa per **Illich** negare l'esistenza degli esperti, o rifiutare lo stanziamento di fondi pubblici per

scopi di cura, la medicina moderna o la scoperta di nuovi farmaci, per tornare a riti e pratiche stregonesche; significa invece combattere le ortodossie, il dominio delle corporazioni, la espropriazione del diritto di vivere le fasi salienti della propria esistenza "quando si nasce, ci si rompe una gamba, ci si sposa, si partorisce, si diventa invalidi o si affronta la morte" in un "ambiente ospitale".

Come in molta della sua produzione intellettuale, la lettera di Illich va messa in prospettiva.

Dai suoi punti di osservazione – il sistema sanitario statunitense, ad esempio, o le comunità *campesine* del Sud del mondo, in particolare quelle latinoamericane – la disparità di destino tra chi ha e chi non ha, tra il privilegio e la marginalità risultano insopportabili: "il ricco sarà curato sempre più per i mali indotti dalla medicina, mentre il povero deve accontentarsi di soffrirne", l'espropriazione delle capacità (e del diritto autonomo) di cura lascia gli ultimi alla mercé dell'industrializzazione della sanità/salute e blandisce le velleità dei più ricchi di non soffrire, di vivere più a lungo (in prospettiva, *in eterno*), di curarsi – inutilmente, secondo Illich – dei mali che il loro stesso stile di vita genera, chiedendo *più medicalizzazione* della propria esistenza.

Da questo punto di vista, tuttavia, il rischio è di gettare il bambino (il diritto di vivere sani, qualsiasi cosa questo significhi) con l'acqua sporca, ossia la mercificazione della salute stessa; l'intuizione di un sistema sanitario pubblico, universalistico e finanziato da una (equa, certo) fiscalità generale ha a che fare con l'idea di uguaglianza, di distruzione delle disparità che il neoliberismo vorrebbe 'naturali', soprattutto, e paradossalmente, laddove la modernità ha smantellato le capacità di autocurarsi – quando possibile – e sono proprio gli ultimi a

pagarne il prezzo più alto se privati dell'accesso alla cura, pur eteronoma. Qui la nemesi medica rischia di essere non la pervasività del sistema sanitario, ma il suo ritrarsi verso chi può permetterselo, le cure. Certo, un po' di quell'essere *medici scalzi*, ossia cittadini in possesso di nozioni basilari di cura da mettere a disposizione di tutti (Illich ne fa menzione a proposito di una breve stagione nella Cina maoista, subito terminata) occorrerebbe riconquistarlo: forse, ad esempio, l'abnorme accesso (culturalmente indotto) spesso per inezie ai Pronto Soccorso, oramai al collasso, potrebbe beneficiarne, anche senza la spasmodica ricerca di medici di base anch'essi in via di estinzione. In realtà la disponibilità attuale, anche grazie allo sviluppo di tecnologie diagnostiche semplici ad esempio di natura digitale, di strumenti che Illich definirebbe conviviali, o comunque di semplice apprendimento (lo sviluppo di tali strumenti era del tutto ancora di là da venire quando egli scrive), conforterebbe la **tesi illiciana** della necessità di un recupero di competenze espropriate, anche a livello di base, dalla megamacchina sanitaria.

Rivedere (al rialzo) lo status e le competenze infermieristiche, ad esempio, anche nella prospettiva comunitaria diffusa ed in particolare per aree e segmenti fragili della popolazione, probabilmente incontrerebbe il favore di Illich, così come un minore ostracismo (riscontrabile ad esempio nel dilagare di medici e programmi di medicina sui media) nei confronti di pratiche conviviali di cura riporterebbe a dimensioni accettabili lo iato tra il paziente/cliente e l'essere umano di fronte al mutare nel tempo della propria condizione psicofisica. L'esito **post-pandemico** di questo confronto

non è stato dei migliori, almeno nel nostro Paese: dal confronto tra l'indubbio protagonismo dell'industria medica, per dirla alla Illich, con tratti di parossismo, e la reazione antisociale dei suoi avversari, spesso venata di isteria, l'idea stessa di un sistema sanitario universale equo ed efficiente ne è uscita a pezzi, con la radicalizzazione dell'idea di privatizzazione (lo scenario che Illich ben conosceva) e dunque di esclusione e, dall'altro lato, un ottuso rancore volto all'intero sistema ed in particolare ai suoi operatori in prima linea, delegittimati nella loro generalità ben al di là del sentire illiciano. La lezione di Illich è diversa: diminuire la dipendenza, laddove possibile, è un contributo al miglioramento dello stato di salute di una collettività ed è possibile sia attraverso la riconquista diffusa di pratiche di cura, sia attraverso una ridefinizione delle priorità di vita (un po' più complicato, certo), sia infine attraverso il riconoscimento che quello che la megamacchina della salute va a curare è evitabile ridefinendo le condizioni ambientali in cui la contemporaneità ha immerso gran parte dell'umanità e riconoscendo gli esiti tossici dell'attuale modello di sviluppo (fatto questo forse ancor più complicato).

La **vecchietta curandera** della mia infanzia può ancora convivere con un sistema sanitario equo, universale, pubblico ed amichevole, e meno, molto meno con la sanità per i soli ricchi o le farneticazioni *social*. Sarebbe un errore relegare la prima ad un mondo esoterico (evitando i ciarlatani, è ovvio) e identificare tout court il secondo con una *Spectre* maligna e manipolatrice: una rilettura attenta e laica del Padre Illich sarebbe utile ad entrambi i campi.

Illich I. (2013), *La Convivialità*, RED Ed. (1973)

Illich I. (2013), *Nemesi medica*, RED Ed. (1976)

Illich I. (2020), *Per una storia dei bisogni*, KKien Pub. (1978)

One Health e diritto: sono rose e fioriranno

Il termine **One Health (OH)** è diventato “mainstream” nel dibattito pubblico, specialmente dopo la pandemia da Covid-19. Inizialmente noto solo tra epidemiologi, medici e veterinari, il termine ha fatto irruzione nel linguaggio dei politici, dei documenti di policy e anche della legge, in combinazione con la crescente consapevolezza che **esiste una sola salute** che lega tutti gli abitanti del nostro Pianeta e, dunque, che la salute umana non può più essere considerata (né tutelata, come si vedrà) isolatamente, senza tenere conto delle connessioni con quella animale e degli ecosistemi.

L’idea che le minacce per la salute debbano essere affrontate valutando **l’interrelazione tra la dimensione umana, animale e ambientale** non è affatto nuova nelle scienze naturali. Le radici del concetto possono farsi risalire addirittura a Ippocrate, che già prospettava l’idea che tutte le creature viventi condividessero la stessa anima ([Zinsstag, 2020](#)). Si colloca in tempi ben più recenti il momento in cui il paradigma OH, evoluto nella forma odierna, è uscito dalle scienze naturali, divenendo strumento di pressione politica; con l’elaborazione di 12 principi all’esito della Conferenza ‘[One World, One Health](#)’ (Manhattan, 2004) esperti di tutto il mondo hanno sollecitato i governi ad adottare una **strategia innovativa concreta** per affrontare le sfide della salute che si pongono nel nostro mondo globalizzato, riconoscendo la connessione essenziale tra umani, animali ed

ecosistemi, attraverso l’applicazione di un **approccio coordinato e intersettoriale** per gestire i rischi connessi a sistemi ecologici e socio-economici.

Da allora tanta strada è stata fatta, sul piano dell’evoluzione di quegli stessi principi (Berlino, 2019) e dell’istituzionalizzazione dell’approccio OH (basti pensare all’Alleanza tra le organizzazioni internazionali a tutela della salute umana -WHO- animale -oggi WOA- dell’alimentazione e dell’agricoltura -FAO- poi divenuta “**Tripartita+**” o “**Quadripartita**” con l’adesione del Programma Ambiente delle Nazioni Unite - UNEP-).

Anche a livello normativo OH appare con forza crescente: dopo una lunga fase di riferimenti generici e sporadici al “concetto” OH nei documenti di policy a livello nazionale, europeo e internazionale, cominciano a comparire riferimenti sempre più circostanziati nei testi giuridici, in cui il OH è presentato come un “approccio” (cfr. art. 27, d.l. 36/2022, conv. nella l. n. 79), meritevole di applicazione anche oltre gli specifici settori di prevenzione delle pandemie, lotta alla resistenza antimicrobica, zoonosi e lotta contro malattie infettive emergenti, nonché addirittura come un principio guida vincolante nel perseguimento di obiettivi generali e specifici legati alla salute (v. artt. 3 e 4 EU4Health Reg (EU) 2021/522; art. 2 l.r. Lombardia 39/2009 come modificata nel 2021 e, da ultimo, la

proposta di **Trattato internazionale sulle pandemie** i cui negoziati sono ancora in corso).

L'inevitabile accelerazione impressa dal tragico avvento del COVID-19, se, da un lato, ha comportato la moltiplicazione delle iniziative dedicate al OH, con conseguente necessità di unificazione strategica e concettuale (soddisfatta, a livello sovranazionale, con l'istituzione, nel 2022, di un **panel di esperti di alto livello** a ciò deputato), dall'altro, ha lasciato aperte sfide sostanziali per far uscire questo approccio dai confini di un concetto e per tradurlo in un sistema funzionante, costituito dall'interrelazione dei tre pilastri della salute umana, della salute animale e della salute ambientale. In una parola, l'operalizzazione del OH è ancora una sfida (OHEJP 2022).

Qui entrano in gioco le scienze sociali e, tra queste, il ruolo primario del diritto. Nonostante si affermi da tempo che "l'implementazione di un approccio OH trarrebbe beneficio da **strumenti normativi** che chiariscano i **ruoli** e le **responsabilità** dei vari attori coinvolti" (FAO 2020), è avvertita da più parti la mancanza di discussione sull'operatività del OH dal punto di vista del diritto e sugli assunti normativi sottesi. La lacuna è legata, più in generale, al **ruolo marginale** accordato alla **dimensione giuridica** nel discorso sul OH (Elnaiem 2023). Basti pensare al fatto che i giuristi non sono (o sono scarsamente) rappresentati nelle centinaia di gruppi e reti di esperti istituiti sotto gli auspici del OH (Khan 2018) e che diversi contributi recenti sul tema hanno sollecitato una **maggiore ricerca nel campo delle scienze sociali** per illuminare gli ostacoli regolatori all'attuazione e

all'istituzionalizzazione transfrontaliera di OH.

Recentemente, il "Documento sull'istituzionalizzazione di One Health" ha concluso che "l'inclusione delle scienze sociali e dell'economia in One Health è **fondamentale** e dovrebbe rappresentare il **prossimo investimento culturale**" (OHEJP, 2022).

La sfida è stata raccolta e molti giuristi cominciano a dedicarsi all'argomento. Importante contributo, in questo panorama, lo ha dato il **Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi Roma Tre**, che ha offerto il **primo corso in Italia** specificamente dedicato al paradigma OH osservato sul piano giuridico (One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari) ideato da chi scrive, fruibile anche agli esterni, e giunto ormai al suo **terzo anno di attivazione**, con partecipazione sempre crescente di studenti e gemmazione di **iniziative e pubblicazioni correlate**.

Si può affermare, allora, che l'unione tra OH e diritto sta convolvendo verso una solida relazione a beneficio reciproco.

Cosa possiamo fare, ancora, per alimentare questo sodalizio?

Come cittadini, impegnarci a diffondere una **cultura comune del OH**, cavalcando una sensibilità che, come dimostrano le statistiche, è già ben radicata a livello nazionale.

Come studiosi del diritto, ricordarci che ciò che è innovativo in OH non è il suo contenuto, bensì la **metodologia richiesta per la sua attuazione**, che tende a creare meccanismi e procedure di coordinamento, di comunicazione, di collaborazione e di "capacity building". Allora, se è vero che

l'azione interdisciplinare e intersettoriale necessaria per affrontare sistematicamente le minacce alla salute con la "**lente OH**" è resa possibile solo da **misure organizzative e**

procedurali, gli studiosi che si occupano di questi temi sono chiamati, in prima persona, a contribuire alla "fioritura" del OH, scendendo in campo per trasformarlo in realtà.

Filiera etica della salute

Nella nostra realtà contemporanea le parole non sempre vengono interpretate nel loro reale significato. Troppo spesso vengono usate o, meglio abusate, per significare interpretazioni soggettive, creando una confusione comunicativa che apre la porta ad incompatibilità di dialogo.

Per evitare ciò mi permetto una scomposizione interpretativa del titolo di quanto andrò ad esplicitare.

Innanzitutto, il termine **Etica** che rappresenta un “Sapere ben definito”, che non è innato, ma si acquisisce nel corso della vita, e che si interroga su cosa è più giusto fare per non crearsi un danno.

Quindi non un sapere soggettivo costruito a proprio piacimento ma una esperienza oggettiva in grado di rispondere e discernere tra ciò che ci fa bene e ciò che ci fa male. È il fondamento del cibo come valore etico in quanto custode di una potenzialità intrinseca di bene e di male, e di conseguenza proattivo di salute e di malattia.

Quindi il termine **Salute** che non rappresenta più, secondo il pronunciamento dell’OMS, “*uno stato di completo essere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto in una assenza di malattia*”, ma una condizione dinamica, in persistente instabilità, alla ricerca costante di un percepito benessere. Salute come tendenza verso, intesa come vera e propria conquista quotidiana di un equilibrio globale sia all’interno della persona che tra questa e l’ambiente in cui la persona stessa si esprime nei propri progetti di vita. Salute come pluridimensionalità che guarda alla interezza e globalità della persona umana. Salute quindi come dimensione fisica, mentale e sociale, ma anche come dimensione etica, ambientale, spirituale e solidaristica che corre verso la conquista di un Ben Essere in un equilibrio globale.

Sono i comportamenti non eticamente fondati che ci portano a scelte errate che creano danni alla salute, alla vita ed alla società. Ed è la dimensione solidaristica che ci induce a considerare la salute non come un bene personale da vivere in modo egoistico ma come un bene aperto agli altri e come un valore di benessere, capacità, abilità, sapere, da donare a chi ha maggiore bisogno.

Ed è la dimensione ambientale che forgia la salute ed il benessere dell’uomo, che vive di ambiente.

Espressione non nuova di cui si riconoscono le tracce nella antichità con **Ippocrate** “che il cibo sia la tua medicina” e con Ludwig **Feuerbach** “l’uomo è ciò che mangia”. Ippocrate andò anche oltre: “*Se fossimo in grado di fornire a ciascuno la giusta dose di nutrimento e di esercizio fisico, né in difetto, né in eccesso avremmo trovato la strada giusta per la Salute*”.

Citazione che se applicata anche agli animali ci dà la reale dimensione del rapporto uomo-ambiente.

Ed in questo la **transumanza** ci viene in aiuto. Spostare gli animali da un punto ad un altro seguendo il ritmo delle stagioni vuole significare che il cibo sano ci può derivare solamente da un “benessere animale” naturalmente costruito. L’animale transumante è libero, va alla ricerca del cibo migliore che trova lungo il percorso -giusta dose di nutrimento-, cammina e fa attività di movimento -esercizio fisico né in eccesso, né in difetto-, gioca e vive le sue emozioni.

La maggior parte degli animali sono vegetariani, per cui si nutrono di erbe dei pascoli che devono essere liberi da ogni tipo di inquinamento.

Non è fuori luogo affermare, quindi, che anche gli animali si nutrono di ambiente.

Accettando il profilo descritto va da sé che il Benessere dell'uomo deriva dal Benessere animale e che questo, di conseguenza, deriva dal Benessere ambientale.

Quanto ho descritto è ciò che io chiamo "Filiere Etica della salute", da promuovere e custodire

-attraverso la creazione di spazi e luoghi in cui si realizzano azioni orientate a *"tutelare la salute, promuovere il ben essere, migliorare la qualità della vita"*.

-attraverso il dare il giusto valore ad una **"cultura della salute"** in grado di rendere il cittadino **"soggetto e protagonista"** della vita; **"libero ed autonomo"** nei propri orientamenti di vita ma **"responsabile"** delle proprie scelte -attraverso il favorire una nuova **"cultura del ben essere"** fondata su scelte "eticamente fondate" in grado di orientare ciascuno verso comportamenti **"giusti"** per non crearsi un danno.

Salute e Sanità

Queste due parole vengono spesso utilizzate come sinonimi ma non lo sono, perché nonostante siano legate l'una con l'altra esprimono due concetti ben distinti e con differenze significative. La **salute** è insita nel concetto di umanità, mentre la nascita della **sanità** come sistema organizzato e diffuso su tutto il territorio, che dà risposte alla malattia e promuove la salute dei cittadini, avviene a cavallo tra la fine del 1800 e l'inizio del 1900.

Evoluzione del concetto di salute

Il concetto di salute risente della cultura e delle conoscenze della natura da parte dell'umanità e si evolve nei periodi storici. Nelle popolazioni antiche è predominante la concezione magica della salute, che viene considerata dono degli Dei; nel Mondo Greco è l'armonia tra micro e macrocosmo (Epicuro), per Galeno, che instaura il metodo osservazionale filosofico-razionale, la salute entra in una fase di separazione con la malattia; Catone, nella Roma imperiale, identifica la malattia come prova e la salute è considerata un bene comune, in particolare quella dei soldati che va perseguita; in Occidente, nel Medioevo, prevale l'influsso religioso: la malattia viene identificata come volontà di Dio. L'avvento del metodo scientifico, frutto della filosofia cartesiana meccanicistica, coinvolge anche il mondo della medicina e la salute diventa il corretto funzionamento dell'organismo. Bisognerà però attendere la seconda metà del XX secolo per vederne gli effetti sulla salute e cura delle malattie.

Nel 1948 l'**Organizzazione Mondiale della Sanità** rivoluziona il concetto di salute, che non è solo un fenomeno biologico: “la salute non solo come assenza di malattia, ma uno stato di completo benessere fisico-psichico-sociale”. La definizione del 1948 era troppo astratta ed il “completo benessere” contrasta con la realtà e con l'invecchiamento della popolazione, per cui viene aggiunto il concetto di dinamicità, adattabilità all'ambiente ed il ruolo attivo dell'individuo nel produrre salute. Vengono identificate quattro **dimensioni costitutive della salute** della persona: *fisico-biologica, psico-cognitiva, ambientale-sociale, esistenziale-spirituale*. Viene anche definito il peso delle “determinanti della salute”: i servizi sanitari incidono per il 15%, la genetica per il 20-25%, l'ambiente e il sociale per il 22%, mentre gli stili di vita e le condizioni socio economiche per il 45-50%. In buona sostanza è **l'attitudine degli individui nei confronti della prevenzione, primaria e secondaria, e delle loro capacità adattative a determinare in maniera significativa l'incidenza delle malattie**, anche se ovviamente c'è una componente di imponderabile non controllata. Nel XXI secolo la pandemia covid ed il cambiamento climatico hanno messo in evidenza la interdipendenza tra la salute dell'uomo, quella degli animali e dell'ambiente, per cui gli Stati devono perseguire politiche di “One Health”.

Salute della persona “un sentimento, un compito”. Le quattro dimensioni costitutive della salute (*fisico-biologica, psico-cognitiva, ambientale-sociale esistenziale spirituale*) devono avere una gerarchia d'importanza e priorità nella costruzione della salute per

spiegare come, in molte situazioni, è possibile “sentirsi bene” anche se ammalati e disabili (paradosso della disabilità), mentre in altre la sola salute fisico-psichica-psicologica non è garanzia di benessere.

È evidenza comune, clinica, esperienziale, che il semplice equilibrio tra le quattro dimensioni non è garanzia di benessere e che non appaga in profondità il bisogno di benessere della persona. Il senso di caducità, del limite, di imperfezione che caratterizzano il nostro essere fisico psicologico evidenziano che non possiamo utilizzare solo parametri fisico-psichici per definire la salute e che il concetto di salute non può essere separato dall'identità di ogni persona e dalla realizzazione del progetto insito nel più profondo di ognuno di noi. La salute, quindi, appartiene alla dimensione interiore della persona, corrisponde al sentirsi bene, al sentirsi soddisfatti di essere nati, contenti di vivere nonostante tutto, è un “sentimento” che va al di là di un difetto o malattia handicap e diventa un compito legato alla realizzazione del se profondo di ogni persona.

Per *salute pubblica* si intendono generalmente **le condizioni della popolazione di un Paese o di una comunità in un dato anno**; viene misurata con l'aspettativa di vita. gli anni liberi da malattie, le morti evitabili, mentre invece per *sanità* si intende **l'insieme delle regole e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate alla tutela la salute** in un Paese. Viene misurata con tre parametri: **dimensione** (personale, numero di strutture, tecnologia organizzazione); **funzionamento**, (tasso di ospedalizzazione, liste di attesa, analisi degli esiti) **spesa** (procapite e in percentuale sul PIL *out pocket* delle famiglie ed intermediata).

La sanità è spesso il settore più importante e complesso di un Paese, assorbe grossi capitali, coinvolge milioni di persone (tra operatori,

pazienti e tutti gli altri stakeholder che girano intorno al mondo della sanità stessa), genera ricchezza, è influenzata da fattori culturali e morali ma anche dal mercato. Infine, per Sistema Sanitario si intende l'insieme degli elementi che costituiscono e caratterizzano l'organizzazione sanitaria di un Paese; può adottare un **modello** solidaristico (più diffuso in Europa) oppure individualistico (spesso identificato con gli Stati Uniti), o un mix. Nel modello individualistico ogni cittadino è libero di scegliere a quale struttura sanitaria rivolgersi in caso di necessità e secondo le proprie risorse economiche. Nel modello solidaristico ciascun cittadino è chiamato a pagare una tassa allo Stato, indipendentemente dalla frequenza ed entità delle prestazioni che riceve e gli viene garantita un'assistenza sanitaria pubblica.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è il modello solidaristico italiano: lo Stato gestisce e regola la sanità. Nasce nel 1978 con la legge 833 e si fonda su tre pilastri: *uguaglianza, equità, gratuità* (tasse in base al reddito). Si caratterizza per una capillarità territoriale, con i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) che si fanno carico dei pazienti e li orientano nelle scelte delle altre parti del SSN, per i distretti sociosanitari, il rafforzamento degli ospedali e la gestione derogata ai comuni riuniti nella USL. Diventa uno dei migliori servizi al mondo, che ha permesso un aumento della aspettativa di vita dai 54 anni del 1950 agli 84 attuali. Nei 45 anni di vita ha subito diverse riforme, stimulate dalla così detta “non sostenibilità economica”: fu introdotta l'aziendalizzazione e regionalizzazione ed inserita una logica del mercato in un sistema solidaristico, attraverso la premiazione delle prestazioni rispetto la presa in carico ed il paziente diventato cliente. La politica nazionale e regionale ha negli ultimi 25 anni mostrato maggiore interesse nei confronti nella

gestione degli ospedali rispetto al potenziamento della Medicina di base, facendo perdere ad essa il ruolo di gestione orientamento dei bisogni. Oggi il SSN vive un momento critico perché l'enorme aumento dei bisogni dovuti alla cronicità sta mettendo in grave difficoltà i servizi territoriali ed ospedalieri, che non riescono a dare risposte. Viene ancora ricercata la sopravvivenza di modelli di servizio incoerenti ed inappropriati rispetto alla transizione demografica ed epidemiologica, con l'obiettivo di farsi carico della malattia, non della presa in carico della persona. Certamente il definanziamento negli ultimi anni, la riduzione del numero dei medici, infermieri, ospedali e posti letto determinano una riduzione della risposta dell'offerta pubblica, orientando verso il

privato accreditato e non, mettendo in discussione l'universalismo e l'equità del sistema, favorendo diseguaglianze sociali e tra regioni. È stato varato il PNRR ed il DM77 sulla medicina di prossimità, che indica la strada del prendersi cura di malato e comunità e dell'integrazione ospedale-territorio. Un grosso cambiamento culturale, che trova tuttavia difficoltà di messa a terra. Non è sufficiente rifinanziare il sistema, pur necessario, ma bisogna riorganizzare tutto il sistema orientandolo verso il prendersi cura. Questo cambiamento culturale dovrà coinvolgere la politica, gli operatori, i cittadini, i manager, e perseguito con volontà: ma in attesa che sia messa a terra la riforma, vanno date risposte tampone per superare le attuali criticità delle liste di attesa.

La borsa del medico

L'acqua di San Giovanni è uno dei più antichi rimedi che si trovano nelle comunità rurali e di campagna in genere. Nella notte del Solstizio d'Estate che porta dal 23 al 24 giugno si mettono nell'acqua, fuori di casa, dentro una ciotola, preferibilmente di vetro, diversi tipi di erbe tra cui salvia, rosmarino, iperico, artemisia, trifoglio, ginestra, sambuco e fiori di campo colti al tramonto in aree non contaminate.

La ciotola così preparata, viene lasciata tutta la notte all'aperto in modo che venga bagnata dalla rugiada, quest'acqua va poi utilizzata la mattina del 24 giugno per lavarsi viso, occhi e corpo.

Era un rimedio "medico" e "legendario" che proteggeva i raccolti e le persone allontanando calamità naturali, malattie e attirando fortuna e prosperità.

Alcuni medici di "frontiera", appunto, cominciarono e consigliarne l'uso verificando più volte l'effetto benefico narrato. Altri, stanno proseguendo la loro opera.

Il suo predecessore svolgeva il suo lavoro come una missione: girava e rigirava visitando tutti i suoi pazienti, da quelli in cima al paese a quelli situati nei poggi più scalcinati.

Lei usa il computer.

Lui parlava e ascoltava tutto quello che i malati avevano da dire: le lamentele, le difficoltà e solo dopo si passava ai clisteri e alle iniezioni pronte dopo la bollitura della siringa sul fuoco. Lei ascolta i messaggi nella segreteria telefonica o sul gruppo su whatsapp che ha appositamente creato.

Lui accoglieva in ambulatorio decine e decine di persone e non se ne andava fino a che non aveva finito e nessuno aveva di che preoccuparsi.

Lei ha messo la macchinetta col numeretto che si ferma una volta raggiunta la soglia impostata precedentemente.

Lui correva a sostenere le gravidanze, accudiva le gestanti, sovrintendeva al parto e solo

all'alba, dopo un corroborante caffè, tornava a casa senza negarsi un buffetto al neonato.

Lei si coordina a distanza con l'ostetrica e si rende disponibile all'ospedale lasciando il numero di cellulare.

Lui, borsa in mano, si sedeva volentieri all'osteria per farsi un bicchiere prima di tornare a casa.

Lei, al bar, ci va la mattina presto appena fatto jogging tra i sentieri e la strada comunale.

Lui aveva uno schedario necessario solo per la Cassa Mutua, perché conosceva a menadito tutti quelli che aveva trattato: pancreas e vene varicose comprese.

Lei ha meticolosamente redatto ogni scheda ed emette la ricetta attraverso la stampante, inserisce il tutto in una busta che poi imbuca nel casellario alfabetico dentro la sala d'attesa con l'orario di recapito.

Lui di ricette ne faceva poche, la maggior parte delle volte le medicine avevano un non so che

di arcaico: dai fumenti per i raffreddori improvvisi alla malva per il dolore di denti.

Una mattina, però, anni dopo, lui e lei s'incontrarono per un convegno dedicato alla medicina nel '900 dello scorso millennio.

Lui era in pensione già da un po' e lei aveva fatto carriera all'interno di un Centro diagnostico di rilievo situato nel capoluogo di provincia.

Nel suo intervento, lui aveva elogiato il lavoro fatto dai suoi colleghi per modernizzare le pratiche e per aver approfondito le caratteristiche delle composizioni dei farmaci sicuramente, ora, più efficaci, ma di aver disperso un sapere che veniva dalla conoscenza e dalla frequentazione con la malattia.

Lei aveva messo in evidenza la capacità di ascolto dei vecchi medici condotti, che sapevano curare prima con le mani e con il cuore e solo dopo con il prontuario.

Furono entrambi molto applauditi.

Intorno al buffet, organizzato in fondo alla sala, i due si scambiarono qualche parola.

Qualcuno dice che lui si fosse stupito di questo cambiamento nelle parole e nei gesti della giovane collega.

Quando lei, in età avanzata, chiese specificatamente di tornare a lavorare in paese, qualcuno pensò che ci fosse stato lo zampino del vecchio medico ora sepolto nell'ordinato cimitero.

Altri affermano che sul muro dietro la scrivania dell'ambulatorio, insieme al Presidente della Repubblica, c'è anche la foto dell'anziano dottore.

Sul tavolo, fa sfoggio di sé un saggio di grande successo sui medici di campagna scritto a quattro mani, le sue comprese.

Accanto, aperta e pronta all'uso, la borsa di allora, proprio quella del dottore che lei ha rispolverato.

Si dice che abbia insistito per farsi sistemare pure un calesse con tanto di cavallo, anche se questa mi sembra proprio una diceria.

Non lo è però, la notizia, che vada a trovare i pazienti quando stanno bene.

Si siede, saluta, fa domande e prende a mente gli appunti, poi corregge la dieta e prepara decotti con erbe che raccoglie sui campi.

Pare che su queste terre si trovino miracolose e santissime erbe che fanno bene a tutto. Qualcuno lo diceva, ma non veniva più ascoltato, almeno dai giovani.

Eppure, per lei, questo è il modo di assistere i suoi pazienti, ora, la ricetta arriva dopo, se arriva.

Quando passa per la via, risponde ai saluti con gesti sicuri, fiera del suo lavoro.

Aveva sperimentato su di sé la capacità di cura che nasce dalla conoscenza di se stessi.

Qualcuno raccontava che fosse stata tanti anni all'estero, in luoghi impervi e difficili, che avesse imparato a conoscere, capire ma ancor più a sentire, prima che a vedere, l'approssimarsi della **malattia** e il ritorno della **salute**.

Questa esperienza l'aveva trasformata, gli aveva permesso di trovare risorse interiori più nobili e sostituito quelle inutili.

La sua non era più una professione, ma un mestiere.

Con la laboriosità e l'attitudine al dettaglio aveva trovato la misura del suo ruolo.

Ora, nonostante l'età, va ripetendo, a chi ci parla, che il nostro benessere è frutto della capacità di essere in armonia con il mondo circostante, che ognuno di noi è collegato a un filo solo apparentemente nascosto ma ben visibile. Per acciuffarlo, bisogna portare il cuore negli occhi, i polmoni nelle orecchie e l'empatia sul palmo della mano.

La sicurezza è rock!

Benessere, ovvero STARE BENE. Non è forse il minimo comun denominatore dei desideri di tutte le persone? A prescindere da quali siano le modalità e gli obiettivi con cui lo perseguiamo, questo è il nostro scopo più profondo dal momento in cui ci alziamo fino alla fine della nostra giornata, lavoro compreso. Perché lavoriamo? I motivi sono tanti e ognuno di noi ha una classifica diversa, ma di sicuro lavoriamo per onorare i nostri bisogni economici primari come un affitto, mangiare, le bollette, facendoci sentire al sicuro da eventuali preoccupazioni. Lavoriamo per senso di **responsabilità**, per garantirci uno stile di vita dignitoso, per soddisfare i bisogni di figlie e figli, i loro studi e per supportarli nel loro percorso verso l'età adulta. Lavoriamo per toglierci qualche **sfizio**, sia esso una vacanza, una cena con gli amici, un'automobile, l'abbonamento allo streaming tv, piuttosto che il corso di cucina. Da ultimo, ma non per ultimo, lavoriamo per avere **soddisfazioni personali**, di crescita, di contributo per la società e, in ogni caso, per dare un senso alla nostra vita e per sentirci realizzati. Il lavoro è uno degli esempi di come nella vita agiamo per vivere senza preoccupazioni, ovvero garantirci uno status di sicurezza. Scherzo del destino, ma non troppo, l'etimologia della parola SICUREZZA deriva dal latino ed è SINE CURA, senza preoccupazioni.

Come è possibile allora che la sicurezza ancora oggi faccia fatica ad entrare nella cultura della nostra società?

Da un lato vogliamo stare bene e, quindi, senza preoccupazioni, dall'altro lato corriamo frequentemente **rischi** sia nella vita privata che durante il lavoro o, peggio ancora, siamo noi stessi un rischio per gli altri con il nostro modo

di pensare, scegliere e agire. Come è possibile che, per aumentare il fatturato, si spinga sulla produzione disinteressandosi del fatto che questa decisione preveda un impatto negativo sulla vita delle persone? Come può essere che, per fare più veloce un'attività, non adottiamo quelle cautele basilari come proteggersi una mano con il guanto quando è vicina ad una lama tagliente? Per non parlare dei rischi dovuti ai ritmi del lavoro e all'incuranza delle relazioni che ci fanno precipitare in uno stress incontrollabile. Una recente indagine condotta dall'**OSH Pulse** ci racconta di un'Europa in cui ormai il 27% delle persone che lavorano è affetto da stress, una su tre. La sensazione è che pensiamo di avere un contratto a tempo indeterminato con la vita e che nessuna scelta e nessun gesto, folle che sia, sarà la giusta causa che motivi il licenziamento da questo mondo.

Se questo è lo status quo diffuso, se non vogliamo essere spettatori inermi di oltre 1000 morti e 600000 infortuni ogni dannatissimo anno, come da rapporto **INAIL 2023**, dobbiamo ribellarci.

RE – BELLARE, combattere contro questo status quo e non mettendo a ferro e fuoco qualcosa, ma opponendo ad un malcostume diffuso un atteggiamento verso la vita positivo e mostrando che aver cura della sicurezza propria e altrui non è qualcosa da sfigati, ma è un modo di essere rock. Rock come una persona che indossa la cintura di sicurezza in auto nonostante gli amici in modalità branco la deridano, rock come colui che interviene avvertendo il collega che sta facendo qualcosa di pericoloso, rock come l'imprenditrice che vuole il meglio dalla propria azienda rispettando la vita dei propri collaboratori che sono madri, padri, figli. In poche parole sono persone la cui vita è sacra così come quella dei loro cari sui cui possono ricadere gli effetti di scellerate decisioni.

ROCK'N'SAFE nasce da questa importante premessa perché la sicurezza diventi mainstream tatuandola come valore nella nostra cultura. Per perseguire questo scopo non abbiamo bisogno di parlare di leggi e sanzioni, ma abbiamo l'obbligo morale di risvegliare il nostro legame con la vita dal torpore dell'indifferenza. È un progetto che a livello comunicativo intercetta la parte rettile e limbica del nostro cervello, ovvero gli istinti e le emotività che muovono il nostro modo di pensare e di agire, creando un atipico connubio tra musica, stile rock e sicurezza. La *rebel safety communication* è essa stessa rock rispetto ad una divulgazione austera, normativa e, senza mezzi termini, decisamente noiosa.

Ho fondato questo progetto prendendomi l'impegno di trasmettere il mio entusiasmo per questa vita che voglio sì godere fino in fondo, ma anche più a lungo possibile, finché Madre Natura lo consentirà. Attraverso una progettualità che porta alla spettacolarizzazione della sicurezza nella cultura, vogliamo intercettare l'essere intimo di chi ci circonda affinché

raggiunga la consapevolezza che prendersi cura di noi stessi e degli altri nella società di oggi, più che mai, è il più rock degli atteggiamenti che possiamo assumere. Questo è il messaggio che arriva ad ogni persona che assiste ad un corso di formazione ascoltando i Pink Floyd prima di parlare di valori aziendali, oppure le riflessioni dopo aver ascoltato l'interpretazione di un brano di Mina arrivando all'ovvia verità che non c'è alcuna distinzione tra i sessi, piuttosto che vedere l'assurdità di ciò che facciamo in un GRAPHIC NOVEL a tinte dark come è il libro *Looks that kill* e lo spettacolo rock da cui è tratto, piuttosto che fruire quotidianamente dei nostri contenuti nel magazine online rocknsafe.com.

Se è vero che lo stile di vita rock è di quella persona che va avanti per la sua strada, convinta dei propri ideali e libera dal giudizio altrui, allora ci sentiamo rock nel professare la nostra passione per la sicurezza e avvicinando sempre più anime rock che, goccia dopo goccia, possono alzare un'onda. E un'onda che avanza non si può fermare. Be **safe!** Be **rock!**

Il progetto BES dell'Istat per la misura del benessere equo e sostenibile

Il **progetto BES** (Benessere Equo e Sostenibile) è stato avviato in Italia nel 2011, su iniziativa congiunta di **Istat** e **CNEL**[1], sulla scia del dibattito internazionale sul tema *going beyond the GDP*, con l'obiettivo di "misurare e valutare il progresso della società italiana" mettendo in atto, nell'ambito delle statistiche ufficiali, la produzione regolare di un insieme di indicatori di benessere, da affiancare alla misura classica del Prodotto interno lordo (PIL). Il progetto muove dai risultati della Commissione sulla misurazione della performance economica e del progresso sociale (Commissione Stiglitz, 2008).[2] Alla fine del 2011 è stata istituita una Commissione scientifica, aperta ai rappresentanti di un'ampia gamma di organizzazioni della società civile, e nel marzo 2013 è stato pubblicato un primo rapporto sul "benessere equo e sostenibile in Italia".[3]

L'idea alla base del progetto è che il PIL venga impropriamente utilizzato ben oltre il suo scopo originario, basandosi sul presupposto che il benessere di una popolazione sia una funzione lineare della sua produzione di beni e servizi. Per una serie di ragioni, dopo la Seconda Guerra Mondiale il PIL è diventato il principale parametro di riferimento per la definizione delle politiche a livello mondiale, nonostante persino l'economista[4] che per primo lo aveva proposto nel 1934, aveva messo in guardia contro il suo utilizzo come misura del benessere.

L'adeguatezza degli indicatori di performance economica basati sui dati del PIL è stata nel

tempo messa in discussione, e sono state sollevate notevoli perplessità soprattutto sulla loro pertinenza come misure del benessere sociale, dal momento che non vengono presi in considerazione gli aspetti di sostenibilità sociale e ambientale della crescita economica.[5]

In sintesi, la sfida del progetto BES è quella di misurare la performance della società nel suo complesso, concepita come qualcosa di più ampio e complesso rispetto alla performance della sua economia, al fine di proporre - sia ai decisori politici che ai cittadini - una visione alternativa e più completa del progresso e della crescita. Ciò ha portato ad adottare l'approccio multidimensionale raccomandato dalla Commissione Stiglitz, secondo cui gli attuali indicatori macroeconomici dovrebbero essere integrati - e non sostituiti - da indicatori che riflettono la qualità della vita delle persone, comprese le misure delle disuguaglianze e dei divari che minano la coesione sociale, nonché le misure della sostenibilità economica, sociale e ambientale: "i tempi sono maturi (...) per spostare l'accento dalla misurazione della produzione economica alla misurazione del benessere delle persone. (...) Cambiare enfasi non significa abbandonare il PIL e le misure di produzione. (...) Significa lavorare per lo sviluppo di un sistema statistico che integri le misure dell'attività di mercato con misure incentrate sul benessere delle persone e con misure che colgano la **sostenibilità**".[6]

Le implicazioni di un tale spostamento di prospettiva sono potenzialmente enormi: scegliere ciò che le statistiche ufficiali devono misurare,

monitorare e portare all'attenzione del pubblico significa definire le priorità della politica economica; implementare sistemi di informazione statistica così concepiti e orientati può contribuire in modo significativo a un profondo cambiamento culturale, perché "ciò che misuriamo influisce su ciò che facciamo".[7]

Come primo passo, sono stati individuati 12 domini tematici, ognuno dei quali identifica una specifica dimensione del benessere. Di questi, otto corrispondono (anche se non esattamente) a quelli proposti dalla Commissione Stiglitz (vedi Tabella 1.1). I quattro aggiuntivi sono stati introdotti a seguito di un ampio processo di consultazione pubblica[8], condotto al fine di arrivare, per quanto possibile, a una visione ampiamente condivisa di ciò che le persone ritengono rilevante per il benessere, anche in relazione alle possibili singolarità del caso italiano. Questo modo di procedere è risultato essenziale per la strategia del progetto, che si basa su un approccio partecipativo.

La Commissione scientifica ha selezionato 132 indicatori, rilevanti per le diverse dimensioni, sulla base dei quali è stato redatto

il **primo Rapporto BES**,[9] prossimo oggi (primavera del 2024) alla sua undicesima edizione. Annualmente il Rapporto offre una panoramica della società italiana[10] e degli aspetti qualitativi del suo sviluppo, cercando di valutare le tendenze in atto in termini di effetti sul benessere delle persone, sia sotto l'aspetto dell'equità (dinamiche suscettibili di accrescere o almeno di non ridurre la coesione sociale) sia della sostenibilità nel lungo periodo (dinamiche non basate sul consumo di risorse non rinnovabili e non gravanti sulle generazioni future).

Il dominio **"Paesaggio e il patrimonio culturale"** è tra le dimensioni proposte dal progetto BES in aggiunta a quelle individuate dalla Commissione Stiglitz, ed è qui considerato sotto l'aspetto di beni comuni di natura non rinnovabile,[11] la cui conservazione è ritenuta rilevante per il benessere. A questo proposito, vale la pena sottolineare come la Costituzione italiana (1948) menzioni la tutela del "paesaggio e del patrimonio storico e artistico della Nazione" tra i suoi "principi fondamentali".[12]

Tabella 1 - Dimensioni del benessere proposte dal progetto BES e dalla Commissione Stiglitz

BES project	Stiglitz Commission
Salute	Health
Istruzione e formazione	Education
Lavoro e conciliazione dei tempi di vita	Personal activities including work
Benessere economico	Material living standards (income, consumptions and wealth)
Relazioni sociali	Social connections and relationships
Politica e istituzioni	Political voice and governance
Sicurezza ^a	Insecurity, of an economic as well as physical nature ^a
Benessere soggettivo	
Paesaggio e patrimonio culturale	
Ambiente	Environment (present and future conditions)
Ricerca e innovazione	
Qualità dei servizi	

(a) La dimensione "Sicurezza" BES della sicurezza non include l'"insicurezza di natura economica", che rientra nel Benessere economico.

(*) Istat, Direzione per le statistiche ambientali e territoriali. e-mail: lucostan@istat.it; ferrara@istat.it

[1] Alla fine del 2011 è stata istituita una Commissione scientifica, coordinata dall'Istituto Nazionale di Statistica e dal Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro e aperta ai rappresentanti di un'ampia gamma di organizzazioni della società civile; nel marzo 2013 è stato pubblicato un primo rapporto sul "benessere equo e sostenibile in Italia. Per saperne di più sul progetto BES, si veda Istat, LA MISURAZIONE DEL BENESSERE [https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)).

[2] Per consultare il Rapporto finale della Commissione si veda <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/8131721/8131772/Stiglitz-Sen-Fitoussi-Commission-report.pdf>

[3] Istat e CNEL (2013). Per saperne di più sul progetto BES, si veda Istat, LA MISURAZIONE DEL BENESSERE [https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes))

[4] Simon Smith Kuznets (1934), p. 7 ("Il benessere di una nazione può difficilmente essere dedotto da una misura del reddito nazionale").

[5] Si veda Costanza et al. (2009, 2014). Per una rassegna completa dei vari approcci alla misurazione del benessere individuale e del benessere sociale che sono stati presi in considerazione per la costruzione di alternative al PIL (e per un'ampia bibliografia anche su questo tema), si veda Fleurbaey (2009).

[6] Stiglitz et al. (2009), p. 12.

[7] Ibidem, p. 7.

[8] Le risposte date a una domanda specifica rivolta a 24.000 famiglie nell'ambito di un'indagine campionaria⁸, i risultati di una speciale web survey condotta tra gli utenti del sito web del progetto (a cui hanno risposto 2.500 persone), la discussione - sia sul blog del progetto sia in diversi incontri pubblici - di una serie di contributi spontanei ricevuti da esperti di varie discipline, sono stati tutti parte di un complesso processo decisionale.

[9] Istat (2013) <https://www.istat.it/it/archivio/84348>

[10] Gli indicatori sono presentati per il Paese e per le sue regioni, al fine di tenere conto delle ben note disuguaglianze che caratterizzano l'economia italiana sotto il profilo territoriale.

[11] Nell'accezione generalmente accettata dalla teoria economica, i beni comuni sono definiti come beni rivali (perché il loro consumo da parte di una persona preclude il consumo da parte di un'altra)

e non escludibili (perché non è richiesto alcun pagamento per utilizzarli), mentre i beni pubblici sono non rivali e non escludibili. Si fa qui riferimento alla definizione più inclusiva proposta dalla Commissione Rodotà, istituita dal Ministero della Giustizia italiano nel 2007 per modificare la normativa del Codice Civile in materia di beni pubblici, secondo la quale i beni devono essere distinti in privati, pubblici e comuni, e questi ultimi sono definiti come "cose che esprimono utilità funzionali all'esercizio dei diritti fondamentali al libero sviluppo della persona".

I beni comuni devono essere tutelati e salvaguardati dall'ordinamento giuridico, anche a beneficio delle generazioni future.

[12] Costituzione della Repubblica Italiana, art. 9. Per una storia critica della legislazione italiana sulla tutela del paesaggio, si veda Settis (2010).

La ricerca del benessere: alle radici del turismo

Più si studia la storia del turismo, più emerge con chiarezza che la ricerca della salute e del benessere giocò un ruolo importante nella diffusione di molte di quelle pratiche di viaggio e di soggiorno che a metà Ottocento, con il potenziamento dei servizi, maturarono in turismo.

Conclusa l'età napoleonica, in un continente politicamente stabilizzato, nei mesi invernali il bisogno di caldo e di sole spinse tanti uomini e donne dei Paesi del Nord a effettuare lunghi soggiorni climatici nelle **località del Mediterraneo**. Quella pratica vide l'Italia tra le mete più desiderate e frequentate, tanto che fino ai primi del Novecento la stagione per antonomasia fu **l'inverno**, perché nei mesi più freddi chi poteva fuggiva dai climi rigidi del Nord e cercava il benessere del tepore mediterraneo. Tanti *hivernants* – così erano chiamati – erano anche affetti da patologie polmonari e trovarono cure e assistenze, semplici ma di conforto, nelle grandi città d'arte, come Roma, Venezia, Firenze o Pisa e in tanti piccoli paesi costieri, in Liguria, in Toscana, sul golfo di Napoli, come Sanremo, Ospedaletti, Sorrento, Capri, Amalfi, dove i prezzi degli affitti e del servizio erano più bassi. La presenza di tanti ammalati concentrò in quelle località medici e farmacie straniere, ma anche gabinetti di lettura, forniture di oggettistica e di alimentari specifici per quegli ospiti. In tanti casi le amministrazioni locali allestirono degli spazi nei cimiteri, per accogliere le spoglie di coloro che finivano i loro giorni all'estero.

Ma se i “malati di petto” avevano un profilo definito, essendo in molti casi provenienti dalle città industriali del Nord Europa, dove le emissioni dei primi impianti guastavano l'aria, in quegli stessi primi decenni dell'Ottocento tanti altri uomini e donne iniziarono ad attribuire un nuovo valore alla salute e al benessere.

Dinanzi alla modernità che avanzava e che celebrava la potenza del progresso e delle capacità umane, la fragilità e la malattia erano inaccettabili. Contemporaneamente l'impetuoso avanzare della **ricerca scientifica** rendeva disponibile una farmacopea che abbandonava i rimedi della tradizione e che dava credito agli effetti di elementi chimici e naturali, di misure e di analisi. D'altra parte, i processi di secolarizzazione in atto stavano svuotando di senso tante credenze e pratiche religiose e lasciavano uomini e donne sguarniti di appigli consolatori. I medici iniziarono a conquistare un credito che in alcuni casi diventava addirittura fama internazionale.

In una società sempre più alfabetizzata e con una circolazione di carta stampata inarrestabile, anche la letteratura fece la sua parte. Tanti racconti e romanzi ottocenteschi hanno le prime battute in un **gabinetto medico**, dove pazienti afflitti da malanni reali o immaginari, dopo aver ascoltato dal medico la diagnosi, ricevevano una prescrizione e un nome di luogo dove recarsi, vicino o lontano, di fama o

sconosciuto, ma sempre caricato di aspettative di guarigione.

Fu allora in quei decenni che si creò un fitto e inestricabile intreccio tra **salute e benessere** e **turismo**.

A partire dal primo Ottocento, infatti, i luoghi, i modi e le forme che connotarono la ricerca della salute furono parte della modernità e dunque soggetti alla moda. Fu allora imperativo perseguire l'innovazione in ogni aspetto: dagli impianti dei bagni alle architetture, dall'abbigliamento ai protocolli curativi. Tutto fu dettato dalla **moda**: la scelta dei medici, delle località, degli alberghi nei quali risiedere, dello stabilimento nel quale curarsi, del teatro e della musica da ascoltare, della dieta da seguire, del passo da tenere nelle passeggiate, delle letture, degli abiti e così via. Nei grandi spazi nei quali cercarono di alleviare i propri malanni uomini e donne finirono per guardarsi, scambiarsi culture, aspirazioni, progetti, nascondendo le proprie debolezze, esibendo ricchezze vuote,

dissimulando le appartenenze sociali, mescolandosi e omologandosi. Lungo tutto l'Ottocento, almeno fino allo scoppio della Prima grande guerra, le località di acque e di bagni offrirono alle società europee una straordinaria occasione di integrarsi, mediante la frequentazione di ambienti pubblici aperti, una sorta di palcoscenico sul quale ciascuno fu libero di recitare il proprio ruolo.

Quell'esperienza ha lasciato testimonianze infinite che la storiografia ha da poco iniziato a vagliare: progetti, investimenti, cultura medica, arte, tecnologia, politica, amministrazione... ogni campo di attività fu coinvolto in uno straordinario sforzo di innovazione e standardizzazione che interessò tutte le società europee.

Senza alcun dubbio quella spinta potente a cercare salute e benessere da un capo all'altro del continente avvantaggiò certamente la scienza medica, ma per tanti aspetti contribuì certamente a definire i caratteri della società occidentale moderna.

Storia delle istituzioni manicomiali e della psichiatria

Come recitano i dolenti versi di una poesia di Alda Merini, echeggiante la sua lunga esperienza di internata, «il manicomio è una grande cassa di risonanza/e il delirio diventa eco/l'anonimità misura, /il manicomio è il monte Sinai, /maledetto, su cui tu ricevi/le tavole di una legge/agli uomini sconosciuta». In effetti l'istituzione manicomiale, sin dalle sue origini, fra la fine del '700 e i primi decenni dell'800, viene a svolgere funzioni ambivalenti, se non contraddittorie, proponendosi da un lato come **strumento terapeutico**, come luogo deputato al risanamento delle menti malate o "disturbate" (anzi essa stessa terapia per eccellenza, attraverso la segregazione) e alla costruzione del sapere psichiatrico, dall'altro come **dispositivo disciplinare e correttivo**, nonché come "contenitore" nel quale rinchiodare (più o meno a lungo) le scorie della società, delle trasformazioni sociali ed economiche di volta in volta in atto, dove isolare gli improduttivi, gli "inutili", dove internare coloro che non riescono oppure rifiutano di adattarsi alle morali dominanti e al mutare dei contesti storici.

In questo senso la storia delle istituzioni psichiatriche e delle procedure d'internamento, nel loro percorso bisecolare, travalicando le mura asilari, viene a rappresentare un campo di ricerca e di studio assai importante, che contribuisce a far conoscere aspetti non secondari

caratterizzanti le politiche statali di controllo sociale e degli atteggiamenti delle società nei confronti di significativi aspetti della marginalità e della devianza, facendo luce sulle articolate modalità con le quali le politiche pubbliche e le mentalità dei diversi settori sociali si misurano e "utilizzano" l'istituzione, per una molteplicità di scopi.

Il rinnovamento degli studi in questo settore ha preso avvio soprattutto negli anni seguenti all'approvazione della legge n. 180/1978, meglio nota come "*legge Basaglia*", nel contesto dell'emergere della storia sociale, di ricerche che guardavano con sempre maggiore interesse alla storia dei ceti subalterni. Successivamente, pur restando nell'ambito di circoli piuttosto ristretti, si è assistito a un significativo incremento di ricerche su questi argomenti, attraverso spogli archivistici che hanno utilizzato dapprima la documentazione amministrativa e poi, sempre di più, quella sanitaria, con un particolare riferimento alle cartelle cliniche. Ad oggi sono diversi i volumi pubblicati che ricostruiscono, all'interno del più vasto contesto della storia delle istituzioni manicomiali e della psichiatria, nonché della storia italiana e regionale otto-novecentesca, il profilo di istituti presenti in importanti città o "di provincia", nelle loro diverse articolazioni: medici ed esercizio della scienza psichiatrica, amministratori provinciali (da cui dipendevano tali istituzioni) e problemi burocratici, condizioni

materiali degli edifici e sviluppi della popolazione internata, senza tralasciare – per quanto si è potuto – i percorsi esistenziali dei folli. Nel solco dell'apertura delle ricerche storiche a nuove tematiche, a nuovi approcci interpretativi e all'utilizzazione di una nuova documentazione, come appunto quella presente negli archivi manicomiali o come la letteratura psichiatrica, studi intrapresi a partire dagli anni '70-'80 del secolo scorso, successivi alla guerra del Vietnam, hanno potuto indagare aspetti inediti della "guerra moderna", prima in riferimento al primo conflitto mondiale e poi al secondo, laddove, nell'incandescente fucina bellica, si viene sviluppando la nuova specificità della "psichiatria di guerra", destinata a recitare un ruolo senz'altro di primo piano sino alle guerre contemporanee.

In un libro di alcuni anni fa, per fare un altro esempio fra i vari possibili, uno studioso ha potuto far luce, attraverso l'analisi della documentazione presente in alcuni archivi manicomiali su un aspetto praticamente fino ad allora

sconosciuto delle politiche repressive del fascismo italiano, ossia sulla "psichiatizzazione" del dissenso da parte del regime, che ha condotto non pochi antifascisti ad essere rinchiusi nelle istituzioni psichiatriche. Più in generale, la recente storiografia sociale sui manicomi e sulla psichiatria appare sempre di più orientata a restituire un proprio specifico posto nella storia agli internati, troppo a lungo assenti dalla storia della medicina, nel quadro di ricostruzioni che, pur consapevoli dei fattori istituzionali, delle dinamiche di potere, siano in grado di dar voce ai soggetti, di ridare una sorta di centralità ad esperienze umane misconosciute o cancellate, permettendo di scoprire delle realtà che oltrepassano la semplice constatazione clinica e patologica. Infatti, la documentazione conservata negli archivi storici delle istituzioni psichiatriche può efficacemente contribuire non soltanto ad approfondire la conoscenza dei codici culturali del passato, ma può altresì far arrivare sino a noi emozioni, speranze, timori e fallimenti, elementi costitutivi di tante esistenze.

Bibliografia essenziale

- Paolo Giovannini, *Un manicomio di provincia. Il San Benedetto di Pesaro (1829-1918)*, Affinità elettive, Ancona 2017;
- Annacarla Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli, Roma 2014;
- Matteo Petracci, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma 2014.

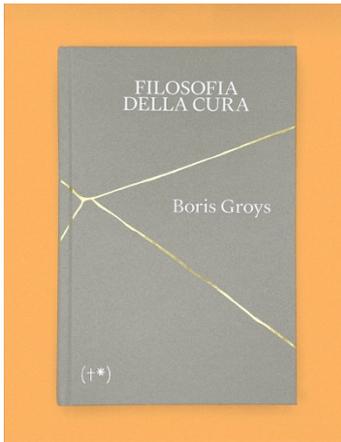
NELLA STIVA

Simona Lo Iacono,
Virdimura
Guanda, 2024

Sicilia, 1376. Accade l'impensabile: a una donna dal nome bizzarro, Virdimura, viene concesso di fare **il medico**. In pieno Medioevo si supera un divieto apparentemente invalicabile, si sancisce un diritto che aprirà a tutte le porte della medicina. Lo certifica la *licentia curandi* del 7 novembre di quell'anno conservata all'archivio di Stato di Palermo, poche rivoluzionarie righe nella storia delle donne.



Chi è Virdimura? Come ha imparato l'arte della cura? Come ha convinto la commissione che la esaminava ad andare oltre i pregiudizi e a valutare sulla base della preparazione e dei risultati? **Simona Lo Iacono**, siciliana, già autrice di storie femminili di riscatto (*La tigre di Noto*, 2021; *La storia di Anna*, 2022), racconta la vita della protagonista calandoci nella Catania di quegli anni, «un groviglio di mercanti, di compagnie di venturieri, di armigeri, di maestri giustizieri», dove gli ebrei – nel ghetto della Giudecca – coesistevano con musulmani, arabi e cristiani. Ebraica era anche Virdimura, la identificano nel nome il verde del muschio e la forza delle mura della città. I capelli sono rossi e ribelli come la sua indole, assecondata dal padre Urià. Uomo illuminato, è medico e unico punto di riferimento per la figlia (che non ha conosciuto la madre, morta di parto). È lui a insegnarle ogni cosa, a trasmetterle il sapere teorico e quello operativo della medicina...

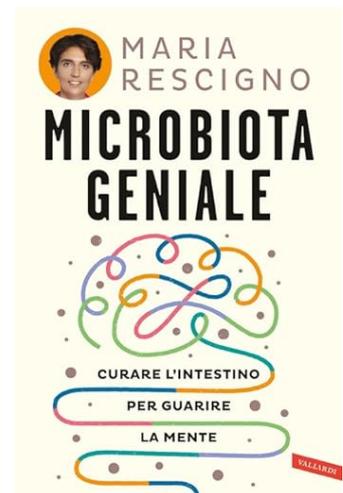


Boris Groys, *Filosofia della cura*, Timeo Palermo, 202

Il lavoro di cura è quello che più contraddistingue il presente: dagli asili ai musei, dalle scuole agli ospedali, dalle farmacie alle biblioteche, un enorme complesso macchinico è dietro alla conservazione dei nostri corpi fisici e simbolici. Il sistema politico, amministrativo e finanziario ha costruito un'istituzione totalizzante che pretende il nostro coinvolgimento assoluto, sia in quanto partecipanti attivi del sistema di cura in atto, sia in quanto malati perpetui, pazienti schedati e inseriti sin dalla nascita in un apparato medico che già prevede per noi una terapia di cui in quell'istante si conosce solo l'esito finale. Il tema della cura – di sé, degli altri, delle cose, dell'arte – ha una lunga tradizione filosofica, di cui questo libro ripercorre le tracce. Da Platone ad Alexander Bogdanov, attraverso Hegel, Heidegger, Bataille e fino a Groys stesso, *Filosofia della cura* affronta una questione centrale del presente: chi dovrebbe essere il soggetto della cura? Dovrei fare da me o fidarmi degli altri, del sistema, delle istituzioni? In questo pamphlet denso e illuminante il concetto di cura di sé diventa un principio rivoluzionario che ci costringe a fare i conti col meccanismo di controllo dominante.

**Maria Rescigno,
*Microbiota geniale. Curare l'intestino e guarire la mente, Vallardi 2023***

Dalla scienziata italiana considerata uno dei massimi esperti di microbiota a livello internazionale, il libro che spiega come la ricerca d'avanguardia sul microbiota stia rivoluzionando la prevenzione e la cura delle alterazioni dell'umore, disturbi alimentari, malattie degenerative, disturbi neurologici. Alla luce delle più recenti scoperte sulla relazione tra apparato intestinale e cervello, alcune delle quali fatte proprio da Maria Rescigno, sappiamo sempre più a fondo le interconnessioni di un organo sull'altro e viceversa. In questo libro la scienziata di fama mondiale autrice di pubblicazioni su riviste prestigiose come "Science e Nature" ci spiega in modo chiaro come l'asse intestino-cervello sia regolato dal microbiota: guidandoci tra le ultime scoperte e i possibili sviluppi avveniristici, l'autrice ci insegna a «modulare» il microbiota – grazie a probiotici e postbiotici specifici, metaboliti batterici, cibi fermentati, trapianto di microbiota – per preservare e ricostruire una barriera intestinale sana, così da prevenire e curare le patologie collegate ai suoi squilibri.





Simone Sarti, Marco Terraneo, *Studiare la salute. Le prospettive per la sociologia*, Carocci 2023

La salute è un concetto complesso, in continua evoluzione, che si determina in relazione al contesto sociale di riferimento e alle necessità medico-sanitarie che storicamente si presentano. L'obiettivo del volume è proporre definizioni, strumenti e modelli esplicativi in grado di migliorare la comprensione del fenomeno da un punto di vista sia teorico – che cos'è la salute – sia empirico – come si studia la salute. Inoltre, la descrizione e l'analisi dei processi che stanno alla base della configurazione della salute e della sanità intendono suscitare una discussione pubblica attorno a questi temi e sollecitare interventi correttivi in grado di contenere o, meglio, ridurre le persistenti e sistematiche

disuguaglianze di salute che ancora oggi connotano la nostra società. Si tratta, pertanto, di un agevole testo introduttivo che, adottando una prospettiva sociologica, permette non solo agli studenti universitari ma anche a un pubblico più ampio di riflettere sulla salute e sulle sfide globali che è chiamata ad affrontare.

Pubblicato il 27 marzo 2024