
Salutogenesi come Teoria, come Orientamento e come Senso di Coerenza 3

Maurice B. Mittelmark, Georg F. Bauer

Introduzione

Nel campo della promozione della salute, il termine salutogenesi è associato a vari significati che Aaron Antonovsky ha introdotto nel libro del 1979 *Health, Stress and Coping*, e che ha poi esposto in molti lavori successivi. Nel suo significato più profondo, la salutogenesi si riferisce al *modello salutogenico di salute*, che assume che le esperienze di vita aiutino a formare il senso di coerenza di una persona, inteso come un orientamento verso la vita, più o meno comprensibile, gestibile e significativo. Un forte senso di coerenza aiuta a mobilitare le risorse per affrontare gli stressor e gestire con successo le tensioni. Attraverso questo meccanismo, il senso di coerenza aiuta a determinare il movimento di una persona lungo il continuum salute-malattia.

Nel significato più stretto, la salutogenesi viene spesso equiparata a una parte del *modello*, il *senso di coerenza*, definito specificamente come:

un orientamento globale che esprime la misura in cui si ha una sensazione intensa, duratura e dinamica di fiducia che i propri ambienti interni ed esterni siano prevedibili e che ci sia un'alta probabilità che le cose vadano bene, come ci si può ragionevolmente aspettare (Antonovsky, 1979, p. 123).

Nell'accezione più generale, la salutogenesi si riferisce a un *orientamento salutogenico*, in particolare nella ricerca e applicazione in promozione della salute, che focalizza l'attenzione sulle origini della salute e sulle risorse per la salute (positiva), in contrapposizione alle origini della malattia e ai fattori di rischio. Questi significati sono distinti ma inestricabilmente intrecciati. Il cuore del modello salutogenico è il senso di coerenza, un "orientamento globale" facilmente confuso con "l'orientamento salutogenico", dal momento che il concetto di orientamento è centrale per entrambi. Una distinzione utile è che "l'orientamento" in relazione al senso di coerenza si riferisce alla capacità di tutti gli esseri umani di impegnare risorse per far fronte agli stressor. Al contrario, "l'orientamento" in relazione alla salutogenesi si riferisce all'interesse dei professionisti per lo studio e la promozione delle origini della salute e delle risorse per la salute, piuttosto che nell'affrontare le origini dei disturbi e dei fattori di rischio.

Questo libro tratta della salutogenesi in tutte queste accezioni: il modello salutogenico, il senso di coerenza e l'orientamento salutogenico. Il loro significato e l'applicazione nella ricerca e nella pratica sono ripresi in questo capitolo per porre le basi dei capitoli successivi. Discutiamo brevemente anche la

M. B. Mittelmark, Department of Health Promotion and Development, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway-e-mail: maurice.mittelmark@uib.no
G. F. Bauer, Center of Salutogenesis, Division of Public and Organizational Health, Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute, University of Zürich, Zürich, Switzerland
e-mail: georg.bauer@uzh.ch

salutogenesi in relazione ad altri concetti all'interno e al di là dell'arena della salute, con i quali la salutogenesi ha affinità rilevanti.

Il Modello Salutogenico

In base alla sua testimonianza, nella vita di Antonovsky la svolta dalla patogenesi alla salutogenesi iniziò a consolidarsi alla fine degli anni '60. Avendo lavorato fino a quel momento come ricercatore in materia di stress e coping, focalizzato su sclerosi multipla, cancro e malattie cardiovascolari, si rese conto che il suo vero interesse non era incentrato su una particolare malattia. Invece, il punto di partenza erano "le conseguenze su una malattia dei fattori psicosociali, in qualsiasi modo queste conseguenze possano essere espresse" (Antonovsky, 1990, p. 75). Questa intuizione ha portato a ricerche e pubblicazioni su "salute/malattia" non più come concetti separati e sulle risorse generali di resistenza. Tuttavia, non segnava il pieno emergere nel suo pensiero della salutogenesi. In questa fase della carriera, l'attenzione di Antonovsky era ancora focalizzata sul patogeno (ibidem, p. 76). Un altro decennio sarebbe passato prima che Antonovsky arrivasse a domandarsi "cosa rende sane le persone?" e al bisogno di coniare il termine salutogenesi per trasmettere la linea di pensiero implicito nella domanda. Il tempo e lo spazio per sviluppare queste idee arrivarono mentre era in anno sabbatico a Berkeley nel 1977 e 1978.

Il risultato fu l'esposizione completa della salutogenesi da parte di Antonovsky in *Health, Stress and Coping* (Antonovsky, 1979), la cui pubblicazione completò la sua svolta dalla patogenesi alla salutogenesi. L'illustrazione di Antonovsky del modello salutogenico è riprodotta nella Fig. 3.1.

Fino al libro del 1979, non era stata avviata nessuna ricerca basata sul modello salutogenico. Il costrutto centrale del modello, il senso di coerenza, non era ancora stato pienamente sviluppato, reso operativo e misurato, e fu a questo compito che Antonovsky rivolse i suoi sforzi. Di conseguenza, il suo libro *Unraveling the Mystery of Health* (Antonovsky, 1987) ha concentrato gran parte dell'attenzione sul senso di coerenza e sul suo ruolo come variabile indipendente nella ricerca sulla salute (Eriksson & Lindström, 2006, 2007). Altri aspetti del modello salutogenico hanno ricevuto meno attenzione. Le ambizioni di Antonovsky per un ulteriore sviluppo del modello salutogenico furono stroncate dalla sua morte all'età di 71 anni, appena 7 anni dopo la pubblicazione di *Unraveling the Mystery of Health*.

Le professioni e le discipline sanitarie devono ancora essere toccate efficacemente dalla salutogenesi, anche se Antonovsky era collocato professionalmente in una Scuola di Medicina durante tutti gli anni in cui ha sviluppato la salutogenesi. L'apprezzato *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, in stampa dal 1900 e ora giunto alla 33a edizione, non ha nemmeno una voce per la salutogenesi, tanto meno per il modello salutogenico (Dorland, 2020).

Il modello salutogenico non è ancora penetrato in profondità nelle scienze sociali e nella medicina; ciò non significa che non sia stato introdotto, e i capitoli di questo libro sono la prova che alcuni ambiti legati alla salute ne sono

affascinati. Molti studiosi che fanno riferimento al modello salutogenico si allontanano molto dalle sue idee principali. L'interesse per i dettagli del modello viene annacquato dall'ampia generalità dell'orientamento salutogenico e dall'intenso interesse che il senso di coerenza risveglia. Quattro aspetti del modello salutogenico che richiedono attenzione sono per lo più trascurati:

- (a) origini del senso di coerenza
- (b) altre risposte alla domanda salutogenica diverse dal senso di coerenza
- (c) salute definita come qualcosa di diverso da assenza di malattia
- (d) processi che collegano il senso di coerenza e la salute.

Il senso di coerenza si sviluppa dall'infanzia. Antonovsky ha scritto molto sul ruolo della cultura nella salutogenesi e nello sviluppo del senso di coerenza (Benz et al., 2014). I suoi testi comprendevano una attenzione al ruolo della cultura nel plasmare le situazioni di vita, nel dare origine a stressor e risorse, nel contribuire a esperienze di vita caratterizzate da prevedibilità, nel bilanciamento del carico e dei ruoli significativi, nel promuovere lo sviluppo del senso di coerenza e nel plasmare le percezioni di salute e di benessere (ibidem).

Con la quasi unica eccezione dei lavori degli israeliani, la cultura non è un tema presente nella ricerca sulla salutogenesi (vedi, per esempio, Braun-Lewensohn & Sagy, 2011; Sagy, 2015). Si potrebbe obiettare e indicare la pleora di studi che hanno tradotto questionari sul senso di coerenza. Ma queste ricerche non sono lo studio delle forze culturali su cui Antonovsky ha richiamato l'attenzione.

Freccia A: **le esperienze di vita modellano il senso di coerenza.**

Freccia B: gli stressor influenzano le risorse generali di resistenza a disposizione.

Linea C: **per definizione, una GRR fornisce una serie di esperienze di vita significative e coerenti.**

Freccia D: **un forte senso di coerenza mobilita le GRR e le SRR a disposizione.**

Freccia E: **modelli educativi per l'infanzia, ruoli sociali complessi, fattori idiosincrasici e il caso costruiscono GRR.**

Freccia F: le fonti di GRR creano anche stressor.

Freccia G: gli stressor fisici e biochimici traumatici influenzano lo stato di salute in modo diretto; lo stato di salute influenza l'entità dell'esposizione agli stressor psicosociali.

Freccia H: gli stressor fisici e biochimici interagiscono con gli agenti patogeni endogeni e gli "anelli deboli" e con lo stress per influenzare lo stato di salute.

Freccia I: Le misure sanitarie pubbliche e private evitano o neutralizzano gli stressor.

Linea J: un forte senso di coerenza, che mobilita GRRS e SRR, evita che gli stressor si manifestino in modo negativo.

Linea K: un forte senso di coerenza, che mobilita GRRS e SRR, definisce gli stimoli come non stressanti.

Freccia L: **gli stressor onnipresenti creano uno stato di tensione.**

Freccia M: **le GRR (e le SRR) mobilitate interagiscono con lo stato di tensione e gestiscono un'azione di contenimento e il superamento degli stressor.**

Freccia N: **una gestione efficace della tensione rafforza il senso di coerenza.**

Freccia O: **una gestione efficace della tensione mantiene la propria posizione nel continuum salute-malattia.**

Freccia P: l'interazione tra lo stato di stress e gli agenti patogeni e gli "anelli deboli" influisce negativamente sullo stato di salute.

Freccia Q: lo stress è un precursore generale che interagisce con i potenziali agenti patogeni endogeni ed esogeni esistenti e con gli "anelli deboli".

Freccia R: Un buono stato di salute facilita l'acquisizione di altre GRR.

Nota: **le affermazioni in grassetto rappresentano il nucleo del modello salutogenico.**

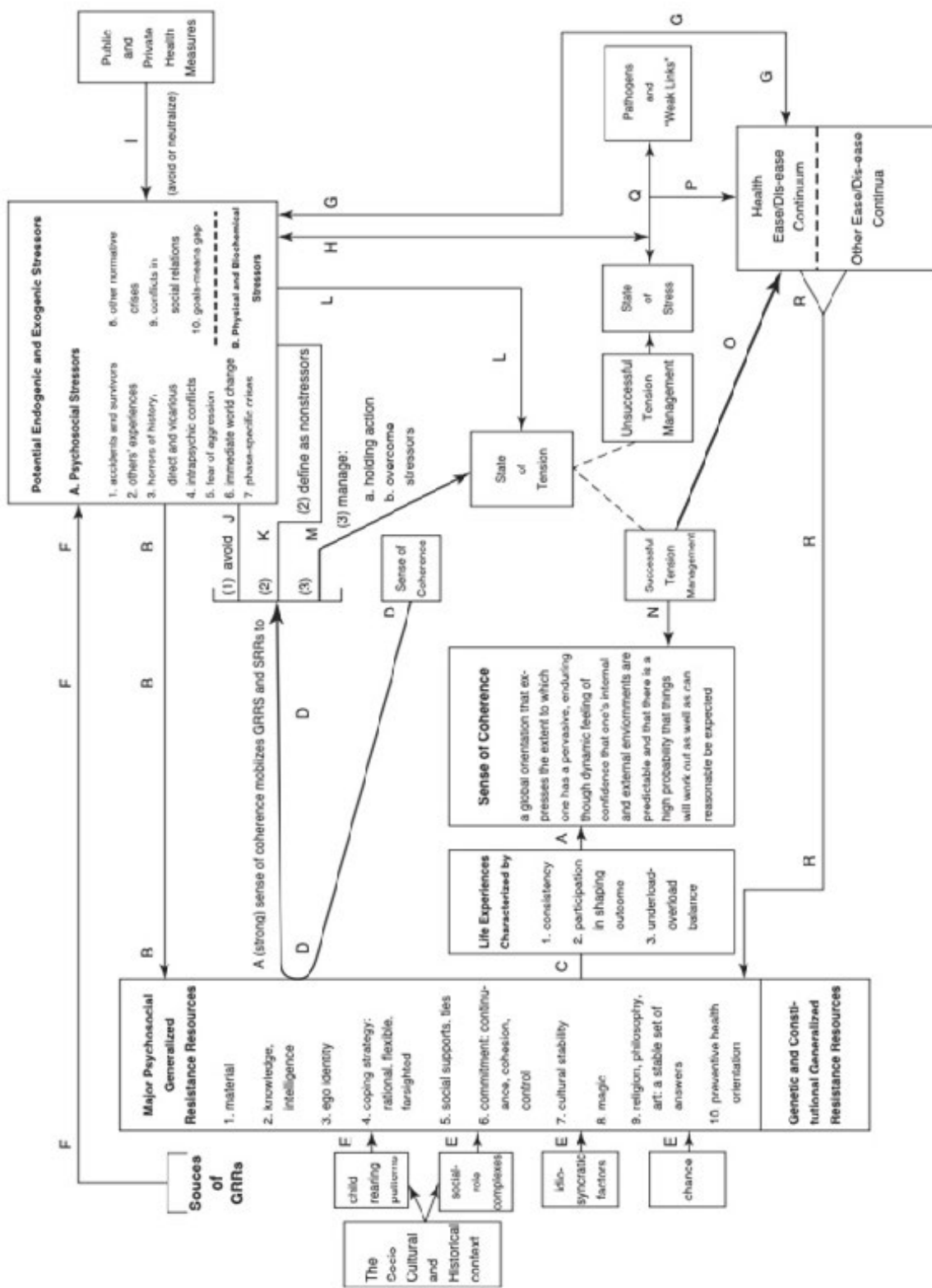


Figura 3.1 Il modello salutogenico di salute (Antonovsky, 1979. Pubblicato con l'autorizzazione di © Avishai Antonovsky. Tutti i diritti riservati)

Salendo lungo la scala del modello salutogenico, il contesto culturale e storico è inteso come un calderone che genera stressor psicosociali e risorse di resistenza. I processi coinvolti sono poco studiati. Quali risorse psicosociali sono prevedibilmente generate da modelli di educazione dei figli, quali complessi ruoli sociali e loro interazioni? È vero che le risorse generali di resistenza sono di primaria importanza per sviluppare il senso di coerenza, come sostenuto da Antonovsky, e che sono più importanti durante alcune fasi della vita? Anche le risorse specifiche di resistenza (SRR) giocano un ruolo fondamentale? Come influisce l'esperienza dello stress sulla formazione delle risorse di resistenza? Le domande senza risposta sulle origini del senso di coerenza abbondano.

Proseguendo sul tema delle *risposte alla questione salutogenica diverse dal senso di coerenza*, Antonovsky ha invitato gli altri a cercarle, perché il suo interesse è rimasto saldamente al senso di coerenza. La domanda è questa:

quali fattori (presumibilmente oltre al senso di coerenza) intervengono tra il complesso stress/risorse da un lato e l'esperienza di salute dall'altro? Un modo opportuno di scomporre la domanda è la differenziazione intra-persona/extra-persona. Il senso di coerenza è un fattore intra-personale; quali altri fattori intra-personali possono essere importanti? *Negli stessi disegni di ricerca* ci sono molti candidati (robustezza/padronanza, e così via), ma pochi sforzi per confrontarli con il senso di coerenza e contraddire il loro ruolo di mediazione e moderazione.

Per quanto riguarda i fattori di salute extrapersonali, c'è almeno un movimento verso direzioni promettenti. Nella letteratura su lavoro e salute in particolare, e più in generale nella letteratura sui contesti, sta crescendo l'interesse su come gli ambienti fisici e sociali possano migliorare benessere e performance. Questa ricerca è attenta all'ambiente socioculturale, non come forza che plasma il senso di coerenza, ma come fattore di mediazione, che può facilitare il coping. Nell'area della promozione della salute, tutto questo viene indicato come "ambienti di supporto". Un principio fondamentale è che la politica sociale a favore della salute dovrebbe creare ambienti di supporto. Un esempio di un fattore extrapersonale di salute è la politica di sostegno al lavoro e alla famiglia, che è un SRR correlato positivamente alla soddisfazione sul lavoro, all'impegno lavorativo e alle intenzioni di rimanere nel posto di lavoro (Butts et al., 2013).

L'aspetto più interessante è che la percezione della disponibilità del supporto nell'ambito di tali politiche, piuttosto che l'*utilizzo* del supporto, è il fattore critico cruciale per i buoni risultati sul lavoro (ibidem).

Per quanto riguarda le GRR legate al lavoro, Brauchli et al. (2015) hanno identificato le risorse chiave per il lavoro rilevanti per la salute in una vasta gamma di diversi settori economici, imprese e professioni. Inoltre, hanno dimostrato che, indipendentemente dalla posizione gerarchica, dal genere o dall'età, le GRR legate al lavoro proteggono dalle conseguenze negative degli stressor legati al lavoro (esigenze lavorative) e favoriscono in modo diretto gli esiti positivi di salute, così come l'impegno sul lavoro. L'ultimo risultato indica che lo sviluppo positivo della salute non si realizza solo attraverso il per-

corso salutogenico del coping, originariamente supposto, ma anche attraverso le GRR che promuovono risultati positivi di salute.

Il passaggio alla *salute definita come qualcosa di diverso dall'assenza di malattia*, le definizioni di salute esplicite nella letteratura salutogenica non sono come enunciate all'inizio nel modello salutogenico di salute (Mittelmark & Bull, 2013). Gli articoli di ricerca che riportano la relazione tra il senso di coerenza e una vasta gamma di aspetti finali di una singola malattia non riescono ad evidenziare che si tratta di un allontanamento dalle specifiche del modello salutogenico.

Al contrario, Antonovsky aveva descritto il grado di dolore, la limitazione funzionale, la prognosi e la necessità di trattamento come i quattro criteri più ampi per valutare la dinamica di salute nel continuum salute-malattia. Tuttavia, questi criteri definiscono ancora la salute in termini negativi: la salute è l'assenza di queste quattro qualità negative. Al contrario, i ricercatori e i professionisti di promozione della salute che applicano l'orientamento salutogenico si concentrano sugli outcome di salute positivi - la presenza di benessere percepito o di appagamento.

Infine, passando alla questione dei *processi che collegano senso di coerenza e salute*, il modello salutogenico sostiene che il senso di coerenza aiuti una persona a mobilitare GRR ed SRR di fronte a stress psicosociali e fisici. Questo può portare a: (1) stressor evitati, (2) definiti come non stressor (3) gestiti/superati, (4) che portano ad una tensione gestita con successo (e che aumenta il senso di coerenza) o (5) che portano ad una tensione gestita senza successo.

Questi outcome hanno un impatto sulla dinamica di salute nel continuum salute-malattia, ma quali meccanismi collegano il senso di coerenza e la dinamica nel continuum? Il senso di coerenza è postulato come un orientamento alla valutazione degli stimoli, non come un meccanismo cognitivo o emotivo che converte informazioni sugli stressor e risorse in risposte di coping. *Cos'altro* succede nel cervello che sta tra il senso di coerenza e le risposte di coping? Questa è una domanda poco studiata, e questo sorprende perché la valutazione degli stimoli gioca un ruolo considerevole nel modello salutogenico.

La discussione precedente suggerisce alcune aree trascurate dello sviluppo del modello salutogenico. Perché il modello è relativamente trascurato? Una risposta ovvia è la sua novità e complessità; un'altra è che Antonovsky stesso non si è dedicato alla sperimentazione empirica di tutto il complesso modello. Al contrario, si è concentrato sul senso di coerenza che considerava come il concetto chiave, e anche come la variabile dipendente ultima nel pensiero salutogenico. Non è quindi sorprendente che molti altri studiosi abbiano seguito la sua guida ispiratrice e si siano concentrati sullo studio della parte del modello relativa al senso di coerenza. Un'altra spiegazione può essere che il modello salutogenico è ancora incompleto (Bauer et al., 2019). Come accennato in precedenza, oltre al percorso di coping, si dovrebbe aggiungere un percorso diretto di sviluppo positivo della salute che porti da risorse generali di promozione (non di resistenza) a risultati positivi per la salute. Nel suo ultimo lavoro, Antonovsky (1996) ha introdotto l'idea di "fattori salutari che

promuovono in modo attivo la salute”. Nello stesso tempo, un modello salutogenico così ampliato catturerebbe meglio l’orientamento salutogenico con la sua attenzione alle risorse e ai risultati (positivi) di salute che vanno oltre l’assenza di malattia.

La salutogenesi come Senso di Coerenza

Antonovsky ha posto la salutogenesi come una domanda: quali sono le origini della salute? La sua risposta è stata il senso di coerenza. La domanda e questa risposta costituivano il cuore del modello salutogenico appena discusso. Antonovsky invitava a dare altre risposte alla domanda salutogenica, pur rimanendo convinto che la sua risposta fosse fondamentale. Il modo in cui Antonovsky poneva la questione della salutogenesi e dava la risposta era sfidante. Le “origini” - ha usato la forma plurale - indicano la possibilità di molteplici determinanti e processi generatori di salute. La sua unica risposta - il senso di coerenza - suggeriva una canalizzazione di tutti i processi salutogenici attraverso un particolare orientamento mentale. Questa risposta fornisce un’interessante riduzione della complessità rispetto al concetto di patogenesi, con la sua legione di fattori di rischio:

Un orientamento salutogenico, ho scritto, fornisce la base, il trampolino di lancio per lo sviluppo di una teoria che può essere utilizzata dal campo della promozione della salute [...] che ci porta al senso di coerenza (Antonovsky, 1996).

Egli riteneva il senso di coerenza come il concetto fondamentale del modello salutogenico. Non ci soffermiamo di più qui sul contenuto dell’idea di senso di coerenza, rimandando invece il lettore alla Sezione III di questo libro, dedicata all’argomento. Ci concentriamo invece sul motivo per cui il senso di coerenza si è imposto come risposta alla domanda salutogenica. Perché il senso di coerenza è equivalente nel significato alla salutogenesi per così tanti studiosi? In primo luogo, Antonovsky ha segnalato con forza che, tra tutti gli aspetti del modello salutogenico, il senso di coerenza meritava un’attenzione speciale. Nel suo influente articolo del 1996 su *Health Promotion International*, Antonovsky ha proposto un’agenda di ricerca che consisteva *unicamente* in domande sul senso di coerenza:

- Il senso di coerenza agisce principalmente come cuscinetto, in quanto particolarmente importante per coloro che si trovano a elevati livelli di stressor o è importante su tutta la linea?
- Esiste una relazione lineare tra il senso di coerenza e la salute, oppure è il fatto di avere un senso di coerenza particolarmente debole (o particolarmente forte) ciò che conta?
- Il significato del senso di coerenza varia con l’età, ad esempio quando i ranghi si riducono, e quelli che sopravvivono hanno generalmente un senso di coerenza relativamente forte, ha ancora importanza?
- C’è una relazione più forte e diretta tra senso di coerenza e benessere emotivo rispetto al benessere fisico?
- Qual è la relazione tra il movimento di una persona verso il benessere e la

forza del senso di coerenza collettivo?

- Il senso di coerenza funziona attraverso la modifica dell'attitudine e del comportamento a livello emotivo o forse, come suggerito dal nuovo affascinante campo della PNI (psico-neuro-immunologia), attraverso il sistema nervoso centrale fino alle normali cellule killer? (Antonovsky, 1996, pp. 16, 17).

In particolare, alcune di queste domande si concentrano su questioni trascurate del modello salutogenico trattate nei paragrafi precedenti. L'attenzione di Antonovsky sul senso di coerenza era chiara, il che indubbiamente ha influenzato le scelte dei ricercatori in salutogenesi delle successive generazioni.

Oltre all'importanza della guida di Antonovsky, il senso di coerenza ha il fascino di una relativa semplicità: suggerisce che tutti i processi salutogenici sono incanalati attraverso un orientamento di vita globale misurabile. Così, questo concetto unico e mirato riduce la complessità. Inoltre, il concetto di senso di coerenza ha un'alta validità espressiva sia per i ricercatori che per le popolazioni a cui viene applicato. Dà immediatamente il senso che percepire la vita come comprensibile, gestibile e piena di significato conduca alla salute. È anche verosimilmente più completo e generalizzabile, e non legato alla cultura, in contrasto con concetti come luogo interno di controllo e padronanza. La combinazione delle componenti cognitive, comportamentali e motivazionali posiziona il senso di coerenza in modo unico, e tutte sono misurabili.

Quest'ultimo punto, ossia che il senso di coerenza è misurabile con modalità interessanti, può essere la ragione più significativa per la sua posizione centrale nella letteratura sulla salutogenesi. Nella prestigiosa rivista *Social Science and Medicine*, Antonovsky (1993) ha pubblicato un articolo intitolato *The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale*, citato al momento in cui scriviamo in più di 2500 pubblicazioni, un risultato epocale. Nel giro di pochi anni, la scala del senso di coerenza di Antonovsky era stata usata in "almeno 33 lingue in 32 paesi con almeno 15 versioni diverse del questionario" (Eriksson & Lindström, 2005). Il flusso di articoli sulla misurazione del senso di coerenza è continuato senza sosta (Rajesh et al., 2015).

Così, è comprensibile che, per molti, salutogenesi sia sinonimo di senso di coerenza: è la risposta di Antonovsky alla domanda salutogenica, era la sua unica priorità per ulteriori ricerche, e la misurazione del senso di coerenza ha importanza scientifica. Tuttavia, sono state identificate diverse linee per il futuro avanzamento del concetto di SOC (Bauer et al., 2019).

L'orientamento salutogenico

Nel suo ultimo articolo, pubblicato postumo, Antonovsky (1996) ha scritto:

Sono stato portato a proporre il neologismo concettuale della salutogenesi - le origini della salute - (Antonovsky, 1979). Ho insistito perché questo orientamento si rivelasse una guida più potente per la ricerca e la pratica rispetto all'orientamento patogenico. Antonovsky prevedeva un cambiamento di paradigma? È importante notare che l'articolo del 1996 sopra citato era rivolto al campo della promozione della salute, che secondo Antonovsky aveva accettato troppo accoratamente il pen-

siero patogenico e la prevenzione delle malattie attraverso la riduzione dei fattori di rischio. Esprimendo le sue speranze per “i sostenitori della promozione della salute”, Antonovsky scriveva che l’orientamento salutogenico avrebbe potuto aiutarli a “ritagliarsi un’esistenza autonoma, anche se indubbiamente in collaborazione con la medicina curativa e preventiva” (Antonovsky, 1996). Non si trattava tanto di un completo cambiamento di paradigma dalla patogenesi alla salutogenesi, Antonovsky desiderava promuovere un passaggio verso la salutogenesi come base teorica sostenibile e supplemento essenziale alla patogenesi nelle scienze sanitarie e sociali (Mittelmark & Bull, 2013). Nell’introdurre l’orientamento salutogenico, Antonovsky faceva esplicito riferimento all’idea di Thomas Kuhn (1962 e 2012) degli assiomi paradigmatici, che devono cambiare per far emergere un cambiamento di paradigma. Le sue riflessioni erano su:

... l’assioma ... che è alla base dell’orientamento patogenico, che impregna tutto il pensiero medico occidentale: l’organismo umano è uno splendido sistema, una meraviglia di organizzazione meccanica, che di tanto in tanto viene attaccato da un patogeno e danneggiato, in modo acuto o cronico o fatale (Antonovsky, 1996).

Sfidando questo assioma, Antonovsky riassume l’essenza dell’orientamento salutogenico in contrasto con l’orientamento patogenico (Antonovsky, 1996):

- In contrasto con la classificazione dicotomica della patogenesi in sano o no, la salutogenesi concettualizza il continuum salute-malattia.
- In contrasto con i fattori di rischio della patogenesi, la salutogenesi mette in luce i fattori salutari che promuovono in modo attivo la salute.
- Invece di concentrarsi su una particolare patologia, disabilità o caratteristica di una persona, la salutogenesi può lavorare con una comunità di persone e riferirsi a tutti gli aspetti della persona.

Torniamo alla nostra domanda precedente, leggermente riformulata: Antonovsky stava chiedendo un cambio di paradigma *dalla* patogenesi *alla* salutogenesi? Certamente non nel senso della salutogenesi come sostituto della patogenesi. Ha ripetutamente osservato che la patogenesi sarebbe rimasta dominante nell’arena della “salute”. Tuttavia, sperava che la salutogenesi avrebbe raggiunto una posizione in ascesa come *la teoria* della promozione della salute. Questo non è ancora avvenuto, ma la salutogenesi è in crescita. Il modello di sviluppo della salute (Bauer et al., 2006) è un framework importante per lo sviluppo di indicatori di promozione della salute, e incorpora esplicitamente aspetti sia della patogenesi che della salutogenesi. Se il concetto di cambiamento di paradigma non fosse troppo grande da applicare, potremmo dire che il cambiamento è nella direzione di un paradigma che incorpora patogenesi e salutogenesi. Anche se modesto finora, questo cambiamento è forse il contributo più promettente dell’orientamento salutogenico alle scienze sanitarie e sociali.

Rispetto ad altri concetti rilevanti per la ricerca delle origini della salute, come asset, risorse, coping e resilienza, la salutogenesi è in un certo senso un con-

retto completo, che offre una nuova prospettiva sugli outcome di salute, sui fattori determinanti di salute e sui processi di sviluppo della salute. Per molti ricercatori che si occupano di promozione della salute, l'uso del termine "salutogenesi" comunica come minimo che si persegue un approccio alternativo e complementare alla patogenesi.

Molti concetti di risorse e asset per la salute (ad esempio il sostegno sociale, il senso di coerenza, l'autoefficacia, la tempra e la competenza per l'azione) sono accomunati dalla salutogenesi (Eriksson & Lindström, 2010). L'ombrello copre anche svariate concezioni positive della salute, come la qualità della vita, la prosperità e il benessere. In questa luce, la salutogenesi può essere definita semplicemente come il processo in cui le risorse degli individui e delle comunità sono impegnate per promuovere la salute e il benessere individuale e collettivo. Naturalmente, si tratta di un concetto ombrello, è una visione particolare di un *aficionado* della salutogenesi; un ricercatore dell'auto-efficacia può essere incline a mettere la salutogenesi sotto l'ombrello in compagnia di tutti gli altri concetti di salute positiva.

Salutogenesi in compagnia: concetti e sviluppi confrontabili

Il modello salutogenico è nato come un modello di stress e coping (Antonovsky, 1979). Antonovsky ha fatto riferimento al lavoro di Selye (1956) e di Lazarus e Cohen (1977) come fonte di ispirazione. Come il modello salutogenico, anche il modello transazionale dello stress di Lazarus e Cohen presuppone un'interazione tra gli stressor esterni e una persona che valuta gli stressor in base alle risorse disponibili per farvi fronte. Nell'ambito della vita lavorativa, il consolidato modello domanda-controllo riferito al lavoro (Karasek, 1979; Bakker et al., 2015), il modello di squilibrio tra sforzo e ricompensa (Siegrist et al., 1986; Van Vegchel et al., 2005) e il più generico modello richieste del lavoro e risorse (Bakker & Demerouti, 2007) condividono con il modello salutogenico l'idea di base di un equilibrio tra stressor e risorse, e sono stati empiricamente testati in relazione ad outcome di alcune malattie. In un recente sviluppo, è emerso un modello di salute organizzativa dal collegamento esplicito tra il modello richieste del lavoro e risorse (Bakker & Demerouti, 2007) con la salutogenesi (Bauer & Jenny, 2012; Brauchli et al., 2015).

La salutogenesi come orientamento è un'idea in stretto accordo con un ampio movimento accademico verso una visione positiva della vita umana. Ci sono tracce di salutogenesi nella filosofia, almeno da quando Aristotele rifletteva sulle qualità edoniche ed eudaimoniche della salute (positiva) (Ryan & Deci, 2001). Tre decenni prima di *Health, Stress and Coping*, la costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità affermava che la salute è più che l'assenza di malattia. Illich (1976) ha illustrato la medicalizzazione della vita. L'epidemiologia sociale ha una lunga tradizione nel considerare gli ampi determinanti sociali di salute al di là dei fattori di rischio prossimali di malattia (Berkman et al., 2014). Sviluppi più recenti includono le ricerche sulla psicologia positiva e sul comportamento organizzativo positivo nella psicologia dell'organizzazione (Nelson & Cooper, 2007), sulla felicità nella ricerca riguardo il management

(Judge & Kammeyer-Mueller, 2011), sui luoghi come risorsa nell'ecologia sociale (Von Lindern, Lymeus & Hartig, questo volume), sulla promozione dei punti di forza nelle scienze della formazione (Jensen, Dür & Buijs, questo volume) e sulle precondizioni per una vita sostanzialmente gratificante, soddisfacente e appagante nel campo della sociologia positiva (Stebbins, 2009; Thin, 2014). Nel campo della salute, il paradigma positivo è evidente nella recente letteratura con due tipologie: quella che descrive i fattori protettivi contro gli outcome negativi (ad esempio Boehm & Kubzansky, 2012) e quella che descrive i fattori che promuovono il benessere (Eriksson & Lindström, 2014).

Conclusioni

Questo capitolo, e questo manuale, introducono una vasta gamma di sviluppi che entusiasmano l'attuale generazione di studiosi di salutogenesi. Alcuni di questi sviluppi sono rilevanti per il modello salutogenico, altri sono fortemente centrati sul senso di coerenza, e altri ancora sono più identificabili con la salutogenesi come orientamento. Il libro riprende anche gli sviluppi paralleli della psicologia positiva, delle scienze della salute occupazionale e organizzativa, dell'ecologia sociale e delle scienze della formazione che possono fare poco riferimento esplicito alla salutogenesi, ma che sono in evidente stretta parentela con la salutogenesi. Uno dei principali obiettivi di questo libro è quello di invitare a un dialogo inclusivo, che rappresenti un ponte volto a nutrire la salutogenesi in tutte le sue accezioni. Il libro intende anche far conoscere ai ricercatori in salutogenesi scienze affini che riflettono su questioni di grande rilevanza per la salutogenesi, anche se lo fanno in pubblicazioni non ricercabili con la parola chiave "salutogenesi".

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health—How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6(2), 71–80.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725–733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11–18.
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M., & Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: The scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion*, 21(4), 16–23. <https://doi.org/10.1177/1757975914528550>
- Dorland, W. A. N. (2020). *Dorland's illustrated medical dictionary33: Dorland's illustrated medical dictionary*. Elsevier Health Sciences.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328.
- Bakker, A. B., van Veldhoven, M., & Xanthopoulou, D. (2015). Beyond the demand-control model. *Journal of Personnel Psychology*, 9(1), 3–16.
- Bauer, G., Davies, K. D., & Pelikan, J. (2006). The EUPHID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21, 153–159.
- Bauer, G. F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G. A., Jensen, B. B., Juvinya Canal, D., Lindström, B., Mana, A., Mittelmark, M. B., Morgan, A. R., Pelikan,

- J. M., Saboga-Nunes, L., Sagy, S., Shorey, S., Vaandrager, L., & Vinje, H. F. (2019). Future directions for the concept of salutogenesis: A position article. *Health Promotion International*, 35, 187.
- Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2012). Moving towards positive organisational health: Challenges and a proposal for a research model of organisational health development. In J. Houdmond, S. Leka, & R. R. Sinclair (Eds.), *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice* (Vol. 2). Wiley-Blackwell.
- Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. (Eds.). (2014). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardio-vascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655.
- Brauchli, R., Jenny, G. J., Füllemann, D., & Bauer, G. F. (2015). Towards a job demands-resources health model: Empirical testing with generalisable indicators of job demands, job resources, and comprehensive health outcomes. *BioMed Research International*, 2015, 959621.
- Braun-Lewensohn, O., & Sagy, S. (2011). Salutogenesis and culture: Personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups. *International Review of Psychiatry*, 23(6), 533–541.
- Butts, M. M., Casper, W. J., & Yang, T. S. (2013). How important are work–family support policies? A meta-analytic investigation of their effects on employee outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 98(1), 1.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460–466.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376–381.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938–944.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2010). Bringing it all together: The salutogenic response to some of the most pertinent public health dilemmas. In A. Morgan, E. Ziglio, & M. Davies (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (pp. 339–351). Springer.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2014). The salutogenic framework for well-being: Implications for public policy. In T. J. Härmäläinen & J. J. Michaelson (Eds.), *Well-being and beyond: Broadening the public and policy discourse: New horizons in management* (pp. 68–97). Edward Elgar.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis: The expropriation of health*. Pantheon Books.
- Judge, T. A., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2011). Happiness as a societal value. *Academy of Management Perspectives*, 25, 30–41.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. The University of Chicago Press.
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and environment* (Vol. 2). Plenum.
- Mittelmark, M. B., & Bull, T. (2013). The salutogenic model of health in health promotion research. *Global Health Promotion*, 20(2), 30–38.
- Nelson, D., & Cooper, C. L. (2007). *Positive organisational behavior*. Sage.
- Rajesh, G., Eriksson, M., Pai, K., Seemanthini, S., Naik, D. G., & Rao, A. (2015). The validity and reliability of the sense of coherence scale among Indian university students. *Global Health Promotion*. <https://doi.org/10.1177/1757975915572691>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166.
- Sagy, S. (2015). Coping, conflict and culture: The salutogenic approach in the study of resiliency. In D. Ajdukovic, S. Kimhi, & M. Lahad (Eds.), *Resiliency: Enhancing coping with crisis*

and terrorism (pp. 41–48). Ios Press.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.

Siegrist, J., Siegrist, K., & Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. *Social Science & Medicine*, 22, 247–253.

Stebbins, R. A. (2009). *Personal decisions in the public square: Beyond problem solving into a positive sociology*. Transaction.

Thin, N. (2014). Positive sociology and appreciative empathy: History and prospects. *Sociological Research Online*, 19(2), 5.

Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort–reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60(5), 1117–1131.