

Uno sguardo psico-sociale sulla medicina e la salute

A psycho-social look at medicine and health

Albino Claudio Bosio

Dipartimento di psicologia, Università Cattolica Milano
Largo A. Gemelli 1 - 20123, Milano, Italia;
e-mail: claudio.bosio@unicatt.it ; telefono: 3480046419

Ricevuto: 15.05.2020 - **Accettato:** 07.07.2020

Pubblicato: 07.05.2021

Riassunto

Sono qui rivisti i percorsi di ricerca sviluppati in collaborazione con Marcello Cesa-Bianchi. Sono anzitutto descritti i mutamenti di scenario – sul piano scientifico e sociale – che negli anni '80 orientano gli sviluppi della medicina e che sollecitano l'adozione di un punto di vista psico-sociale nella ricerca. Sono poi illustrati i vari percorsi di ricerca focalizzati sui seguenti temi: professione medica e costruzione sociale della pratica medica, sviluppi della psicologia medica come disciplina, comunicazione sociale e prevenzione dei rischi di salute, qualità percepita e soddisfazione del cittadino per i servizi sanitari, culture e stili di salute della popolazione. Vengono discusse, infine, la rilevanza e l'attualità di questi percorsi di ricerca.

Parole chiave: icologia medica, psicologia della salute, psicologia sociale della medicina, Marcello Cesa-Bianchi.

Abstract

The research paths developed in collaboration with Marcello Cesa-Bianchi are reviewed. First of all, the author describes the changes of scenario – both at a scientific and a social level – that in the 80's oriented the progress of medicine and that urged the adoption of a psycho-social point of view in research. Then the various research paths are illustrated, focusing on the following themes: medical profession and social construction of medical practice, development of

A. Bosio / *Ricerche di Psicologia*, 2021, Vol. 44(1),
ISSN 0391-6081, ISSN e 1972-5620, Doi: 10.3280/rip1-2021oa11605

medical psychology as a discipline, social communication and prevention of health risks, perceived quality and citizen satisfaction with health services, cultures and health styles of the population. Finally, the relevance and topicality of these research paths are discussed.

Keywords: medical psychology, health psychology, Social psychology of medicine, Marcello Cesa-Bianchi.

Introduzione

Intendo qui ripensare i percorsi e gli esiti di una partnership scientifico-culturale di cui Marcello Cesa-Bianchi mi ha onorato a partire dagli anni '80 (con la chiamata nella Facoltà di Medicina dell'Università Statale di Milano) fino alle soglie del 2000 (quando approdo alla neonata Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano). La proposta mi era sembrata allora (e anche oggi) molto attraente ma non priva di incognite in quanto prefigurava un'intersezione piuttosto atipica: a) provenivo da una formazione universitaria umanistica e la collocazione in una facoltà medica costituiva un'evoluzione abbastanza insolita, b) non ero un allievo storico della scuola di Cesa-Bianchi (la mia formazione in psicologia era avvenuta sotto la guida di Gabriele Calvi, psicologo sociale dell'Università Cattolica e promotore di Eurisko, istituto per la ricerca sociale applicata), c) ero portatore di uno sguardo (psico-sociale) sui mondi della medicina e della salute inconsueto rispetto alle linee di ricerca sviluppate nell'Istituto di Psicologia diretto dal Professore.

Perché la partnership potesse decollare, oltre al mio personale impegno, erano necessarie due altre condizioni sostanzialmente dipendenti dall'interlocutore: a) la disponibilità a sostenere senza riserve la nuova prospettiva di ricerca, b) l'interesse a saggiare la validità di tale prospettiva alla luce dei cambiamenti di contesto (scientifico, culturale, sociale, istituzionale) che all'inizio degli anni '80 stavano ridefinendo – nel nostro Paese ma non solo – gli orizzonti della medicina e della salute. Tali condizioni – va detto – sono state pienamente assunte e interpretate da Marcello Cesa-Bianchi. Lasciando alla memoria privata gli aspetti più personali del rapporto, voglio qui solo ricordare il suo impegno partecipativo nel progettare indagini, nel sostenerne l'attuazione e nel valorizzarne i risultati, lucidamente ancorato nel giudizio ai cambiamenti che in quegli anni andavano a ridefinire lo statuto teorico-pratico della medicina e alle sfide che tali cambiamenti ponevano anche alla psicologia.

Medicina e salute: variazioni di scenario

Rammento che nei primi anni '80 fattori diversi concorrono in modo sinergico a scatenare una sorta di tempesta perfetta nel mainstream di riferimento. Anzitutto, la proposta di un nuovo modello (bio-psico-sociale) per la medicina stimola la revisione del tradizionale paradigma ancorato alle scienze bio-mediche (Engel, 1977 e 1980). Il diffuso consenso riscosso dal nuovo modello sollecita la medicina a mettere a fuoco altre due dimensioni oltre la malattia – il paziente e il contesto sociale – per rispondere con efficacia agli obiettivi di cura. Da qui il dipanarsi di linee di ricerca regolate dalla duplice esigenza di: a) costruire un nuovo quadro teorico di riferimento basato sull'intreccio di saperi bio-psico-sociali; b) rivedere il rapporto medico-paziente andando oltre la tradizionale configurazione in termini di dominanza-sottomissione (ovvero di asimmetria relazionale fra ruolo medico esperto vs. ruolo "laico" inesperto) formalizzata da Parsons (1951) e consensualmente accettata dalla pragmatica medica.

In particolare, per gli psicologi interessati alla medicina si aprivano prospettive di interlocuzione ben più ampie e rilevanti che in passato (Matarazzo, 1980). Prospettive tutte da costruire sul piano attuativo ed inizialmente interpretate affrontando alcuni temi focali quali, ad esempio: le condizioni relazionali favorevoli alla compliance terapeutica (Zola, 1981) e il successo dell'intervento medico (Friedman e Di Matteo, 1979), oppure il ridisegno del rapporto medico-paziente in termini negoziali e partecipativi anziché improntati alla dominanza (Kazaree et al., 1978), o ancora la sottolineatura del ruolo di credenze, atteggiamenti e più in generale del senso comune sugli orientamenti dei pazienti (Kleinman et al., 1978; King, 1983; Leventhal et al., 1984). Si andava così delineando un nuovo spazio di ricerca per la psicologia medica destinato a svilupparsi anche nel nostro Paese.

Uno spazio ulteriormente potenziato dalla contemporanea messa a fuoco di un'altra prospettiva di ricerca-intervento che si definiva come "psicologia della salute". Formalmente sancita con la creazione della 38° Divisione dell'American Psychological Association (1978), la psicologia della salute promuove un suo sviluppo peculiare ampliando il suo sguardo, oltre l'ambito della malattia e della cura, alla promozione positiva del benessere e al ruolo che individui e contesti di vita possono esercitare in tal senso (Holtzman et al., 1987). Il progetto trova ampia eco in Europa e in Italia: nasce nel 1986 la Società Europea di Psicologia della Salute (EHPS); un anno dopo Roma ne ospita – non casualmente – il primo congresso (Bertini, 1988).

Veniva così meno una sorta di relazione identitaria fra medicina e salute – fino ad allora dominante sul piano scientifico e culturale – in base alla quale i due termini finivano per coincidere e sovrapporsi. Il che sollecita ad operare nella prospettiva della differenziazione ma anche alla ricerca di complementarità. Di fatto, il parallelo sviluppo di una psicologia medica e di una psicologia della salute sembrava configurare una promettente polarità dialettica fra i due ambiti disciplinari, stimolando la ricerca sia di elementi distintivi sia di sinergie possibili. A questo confronto i cultori della psicologia medica non potevano che essere interessati.

Peraltro, gli sviluppi disciplinari appena ricordati non esaurivano affatto le tensioni presenti sullo scenario della medicina in quegli anni. Altri cambiamenti di natura contestuale (istituzionali, sociali, culturali, politici) domandavano una specifica attenzione. Accennerò qui soltanto ad alcuni snodi principali.

Sul piano politico-istituzionale, il varo in Italia (1980) del Servizio Sanitario Nazionale introduce una radicale riconfigurazione nel sistema delle prestazioni sanitarie. Al di là della molteplicità dei motivi che caratterizzano la riforma (superamento dell'approccio mutualistico, ancoraggio ai principi di gratuità e di universalità della cura, valorizzazione del tema della prevenzione...), il mutato assetto organizzativo dei servizi derivato dalla creazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) si rivela generatore di nuova domanda di ricerca-intervento. Una domanda forse non subito focalizzata ma non per questo meno rilevante. Si veniva, di fatto, a spostare l'attenzione dallo statuto scientifico della medicina alla sua configurazione sul piano professionale. Ciò, fra l'altro, metteva in evidenza una strutturazione "al plurale" della pratica medica strettamente connessa ai contesti di erogazione delle cure: in primis all'ambito territoriale e a quello ospedaliero. La figura del "medico di base" – vero pilastro della medicina territoriale – appariva particolarmente sfidante: figura centrale nell'economia della riforma ma poco definita nel suo profilo, sembrava richiedere una sua messa a fuoco in riferimento allo specifico posizionamento professionale e alle competenze disegnate entro tale profilo.

Al di là del nuovo SSN, altre dinamiche socio-culturali attive in tutto il mondo occidentale spingono verso un ripensamento della figura del paziente e ne reclamano una sua rappresentazione più adeguata. La percezione di questi come portatore di nuovi diritti sollecita di fatto una ridefinizione che oscilla fra la categorizzazione di "cittadino" e quella di "cliente". L'umanizzazione della medicina, l'aziendalizzazione dei servizi sanitari, l'affermarsi di una cultura della salute nella popolazione orientata alla ricerca attiva del benessere appaiono i principali drivers di questo processo.

Per un verso, l'affermarsi di un movimento volto alla umanizzazione della medicina (Jasper, 1986; Schwartz e Wiggins, 1988) stimola una riflessione sui diritti inalienabili delle persone in ambito sanitario: il diffondersi di carte dei diritti del malato o l'affermarsi di procedure di comunicazione quali il consenso informato rappresentano soltanto gli outcome più evidenti di un processo le cui ricadute appaiono rilevanti anche sul piano valoriale e politico (Faden et al., 1982).

Per un altro verso, il processo di aziendalizzazione dei servizi sanitari (verificatosi nel 1992 con la trasformazione delle USL in ASL: Aziende Sanitarie Nazionali) sollecita una rimodulazione delle prestazioni del SSN sulla base delle aspettative e delle domande dell'utenza. La soddisfazione del "cliente" (parola che approssima questa dimensione) diventa un parametro importante su cui definire la qualità dei servizi di welfare. Ne deriva l'urgenza di mettere a punto un approccio di ricerca sulla qualità percepita in sanità ancorato all'esperienza di fruizione (Linder-Pelz, 1982; Donabedian, 1985).

Per un ultimo verso, infine, si allarga il consenso sociale verso una visione positiva della salute focalizzata sulla ricerca e sulla promozione attiva del benessere. Il movimento rispecchia un mainstream culturale che dà vita ad originali percorsi attuativi giungendo anche ad influenzare prese di posizione sul piano scientifico e istituzionale (cfr. Mahler, 1988; Fox, 1989; Booth et al., 2001).

In sintesi, dinamiche diverse ma tutte accomunate dal riconoscimento di una centralità dell'attore "laico" della salute (il paziente-cittadino-consumatore) inteso non solo come portatore di istanze ma anche come co-autore del proprio percorso di salute.

Variazioni di scenario e progettazioni di ricerca

La complessità del quadro appena tracciato appariva – comprensibilmente – di non facile decrittazione negli anni '80. Ad una riflessione postuma risulta senz'altro più facile riorganizzare il tutto come nello schema che segue (Fig. 1).

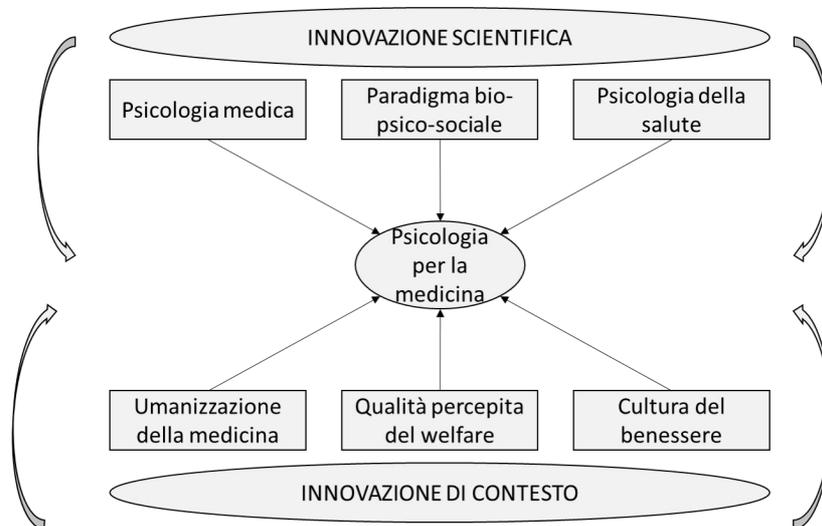


Fig.1 – Lo scenario della medicina e della salute negli anni '80: vettori di campo

Al di là delle difficoltà di lettura, però, risultava comunque forte per gli psicologi la sollecitazione a riorientare il proprio progetto di ricerca-intervento. Una sollecitazione sentita non solo a livello personale ma anche istituzionale con l'avvio della riforma della tabella XVIII finalizzata a dare un nuovo ordinamento del piano studi delle facoltà di medicina. Per gli psicologi si trattava di un'occasione unica: ripensare la propria presenza nella formazione del medico passando da un'offerta didattica astrattamente disciplinare (affidata ad un generico insegnamento di psicologia) ad un'altra orientata da specifici obiettivi formativi ancorati alla pratica medica. Gli esiti sono noti: oltre ad una formazione psicologica di base (1° anno di corso) saranno introdotti un insegnamento di psicologia medica (4° anno) e di psicologia clinica (5° anno) inseriti nell'ambito della formazione medico-pratica.

Perché la trasformazione potesse realizzarsi con successo era necessario attivare un accompagnamento alla riforma per aggregare gli psicologi impegnati nelle facoltà di medicina attorno ad un duplice obiettivo: a) articolare una proposta didattica condivisa; b) sviluppare una visione comune sui contenuti disciplinari. In questa circostanza ricordo che Cesa-Bianchi funzionò da vero e proprio catalizzatore del processo, rappresentando un insostituibile punto di riferimento lungo tutto il percorso. Sotto il suo impulso, negli anni precedenti e successivi alla riforma della tabella XVIII fu promosso un network di docenti-ricercatori finalizzato alla progettazione di una proposta. Un network in grado di operare non solo sul piano formativo (Cesa-Bianchi, 1988, 1990) ma anche su quello dell'elaborazione di-

disciplinare, come testimonia il lavoro collettaneo curato da Cipolli e Moja (1991): vera e propria riconfigurazione della psicologia medica in Italia, esito di questa condivisione di percorso.

Uno sguardo psico-sociale sulla medicina e la salute

Lo scenario che ho appena riassunto (Fig. 1) sollecitava gli psicologi lungo varie direzioni di ricerca. Dal mio punto di vista mi sentivo interpellato principalmente in rapporto a due questioni di fondo. Da un lato, capire cosa pensa e cosa fa il medico quando “fa il medico”, ovvero nell’esercizio concreto della sua professione. Da un altro lato, decrittare i mutamenti di scenario che stavano riconfigurando nuovi percorsi della medicina e della salute nel nostro Paese e ricavarne spunti progettuali per la ricerca. Supportato da Cesa-Bianchi, ho cercato di integrare entrambe le prospettive: combinando un’attenzione disciplinare (leggere la pratica medica in chiave psico-sociale) con un’attenzione applicativa (cogliere l’impatto dei mutamenti psico-sociali del contesto sugli sviluppi della medicina). Entro queste polarità sono stati realizzati alcuni percorsi di ricerca che qui di seguito ripercorrerò articolandone l’esposizione per affinità tematica.

Professione medica

Come già ricordato, gli sviluppi della psicologia medica sollecitati dal paradigma bio-psico-sociale avevano portato l’attenzione sul paziente e sul suo ruolo nei percorsi di diagnosi e cura. Meno evidente l’interesse per l’applicazione di un punto di vista psico-sociale sulla figura del medico, la cui lettura sembrava potersi esaurire nei soli riferimenti scientifico-disciplinari del suo sapere. Peraltro, alcuni studi sociologici sulla professione medica (in particolare Freidson, 1970a, 1970b) lasciavano intravedere forme di pratica professionale generate non dal paradigma scientifico di riferimento ma dai contesti entro cui il medico si trova ad operare. Si poteva dunque provare ad applicare un punto di vista psico-sociale per far luce su quelle dimensioni personali e contestuali che concorrono concretamente a definire l’esercizio della professione medica, ovvero provare a descrivere e capire – come già detto – cosa pensa e cosa fa il medico quando “fa il medico”. Un obiettivo dettato da interessi teorici – l’applicazione dell’approccio basato sulle rappresentazioni sociali di Moscovici (1984) sembrava al riguardo promettente – ma anche da motivazioni concrete legate alla riforma del SSN e alla necessità di leggere le specificità dei posizionamenti professionali in medicina generati dai vari contesti operativi.

Non casualmente la ricerca si orienta sulla figura del medico generico ambulatoriale: figura distante dai luoghi di generazione della scienza medica e al contempo centrale nella riforma del SSN. Il tutto esita inizialmente in un'indagine sul campo, condotta nel 1982 su un campione di 1000 medici generici ambulatoriali, finalizzata a dare una prima rappresentazione della medicina territoriale nel nostro Paese (Bosio, 1986). Ne esce la documentazione di un profilo professionale non così scontato; ricordo, ad esempio, la grande varietà delle prestazioni erogate in ambulatorio (compresi gli interventi di natura psicologica), la complessità delle competenze richieste, la difficoltà di sfide affrontate in solitudine e senza un adeguato background formativo. Un profilo, alla fine, articolato variamente dai medici sulla base di differenti stili professionali derivati dalle personali interpretazioni del ruolo. Come sottolineerà Cesa-Bianchi nell'introduzione del lavoro, la ricerca evidenziava una costruzione della medicina di base ampiamente orientata da rappresentazioni della professione connesse al contesto di lavoro e alla sua lettura. Una costruzione da approfondire sul piano della ricerca e a cui dare risposte anche sul piano della formazione, vista la centralità di questa figura nell'economia della medicina territoriale proposta dal nuovo SSN.

La continuazione della ricerca sul medico generico ambulatoriale, peraltro, mostrerà come l'elaborazione psico-sociale del ruolo non orienti soltanto le pratiche di lavoro ma anche i repertori di sapere utilizzati nella professione. Di fatto, il sapere clinico-ambulatoriale si configurava come il risultato di ricostruzioni e trasformazioni delle conoscenze bio-mediche rivisitate alla luce del contesto di riferimento professionale per orientare e dare senso concreto alle pratiche (Bosio, 1994).

Si evidenziava, insomma, un "salto dal laboratorio all'ambulatorio" che delineava una rilevante area di ricerca-intervento. I risultati sembravano promettenti; tali da suggerire una più sistematica revisione della professione medica in ottica psico-sociale per comporre entro un quadro unitario i risultati di una ricerca ancora allo stato nascente. Gli esiti saranno pubblicati nel già citato volume curato da Cipolli e Moja (Bosio, 1991a).

Psicologia "per" la medicina

La prefigurazione di nuove e più ricche interazioni fra medicina e psicologia (cfr. i dati di scenario) stimola anche una riflessione sul piano disciplinare. Storicamente la psicologia medica aveva definito un terreno di indagine piuttosto limitato e si avvertiva da più parti l'opportunità di un suo ampliamento anche sulla scia della riforma della tabella XVIII. Sul punto il *Giornale Italiano di Psicologia* ospita una serie di interventi (fra questi, Bosinelli, 1987). Partecipo al confronto (Bosio, 1995) proponendo un ridisegno dell'intersezione fra medicina e psicologia basato su un forte

ancoraggio alla pratica medica quale generatore di un'agenda tematica in grado di rivitalizzare la disciplina. Condizione preliminare per lo sviluppo di tale disegno era la costruzione di una psicologia medica su basi multiparadigmatiche, al fine di integrare le molte facce del sapere psicologico con i molti temi emergenti dalla pratica medica: una psicologia "per" la medicina piuttosto che "della" medicina.

La convergenza di vedute con Cesa-Bianchi sul punto stimola altri sviluppi. Decidiamo di proseguire avviando una ricognizione sistematica sui percorsi di ricerca promossi dagli psicologi italiani in ambito medico. Alla realizzazione del progetto aderirà la quasi totalità dei colleghi impegnati sul tema (circa 80). Ricerche di Psicologia ne ospiterà i risultati in un numero monografico intitolato "Contributi per la medicina" (Bosio, Cesa-Bianchi, 1996/97). I curatori nell'introduzione sottolineeranno come l'obiettivo principale fosse di "facilitare la messa in rete degli psicologi che studiano per la medicina [...] rispetto ai bisogni di scienza e competenza psicologica evidenziata dalla medicina attuale" (p. 16). Le premesse per una progettazione concertata di linee di ricerca condivise erano state poste.

Comunicazione e prevenzione del rischio di salute

L'attenzione per le dinamiche di contesto porta all'apertura di una linea di ricerca focalizzata sulla prevenzione del rischio di salute e sugli interventi di comunicazione sociale destinati a sostenere tale prospettiva. Due eventi concorrono ad attivare questo percorso: da un lato, l'irrompere nella seconda metà degli anni '80 dell'emergenza AIDS; da un altro lato, l'assunzione da parte della sanità pubblica della prevenzione dei fattori di rischio della salute quale obiettivo primario di programma. Eventi diversi ma accomunati dal sollecitare uno stesso approccio di ricerca-intervento caratterizzato da un riferimento forte:

- alla medicina quale attore responsabile di un'azione di prevenzione sui rischi di salute;
- alla popolazione quale destinatario ed interlocutore dell'azione di prevenzione;
- all'istituzione sanitaria quale organizzatore del piano di comunicazione finalizzato alla prevenzione.

Per uno sguardo psico-sociale si aprivano prospettive rilevanti di intervento: a) mettere in comunicazione due mondi (medici e popolazione) orientati da forme di conoscenza diversa (scienza vs. senso comune) attorno al medesimo obiettivo (prevenzione); b) sostenere la traduzione degli obiettivi di prevenzione in efficaci campagne di comunicazione. Una co-

noscenza approfondita dell'interlocutore destinatario del messaggio si configurava comunque come premessa necessaria per dare efficacia alle iniziative di prevenzione.

A fronte dell'epidemia AIDS si decide di avviare nel 1990 un'indagine nazionale su un segmento cruciale della popolazione (giovani 18-24 anni) per sondarne conoscenze, rappresentazioni, orientamenti verso la prevenzione. I risultati della ricerca (Bosio, Cesa-Bianchi, Pagnin, 1991 e 1993) mostravano come l'informazione medica sui fattori di rischio di contagio fosse ampiamente recepita dai giovani ma anche come ciò non fosse sufficiente al fine di costruire efficaci condotte preventive. A questo scopo si rendeva necessario un passaggio trasformativo delle conoscenze mediche entro il sapere comune condiviso dalla comunità giovanile; un passaggio che richiedeva anche una traduzione pragmatica delle conoscenze epidemiologiche in esperienze di vita legate alla gestione del rischio (problema particolarmente acuto con riferimento all'area degli scambi sessuali). Aspettative e richieste analoghe, peraltro, emergeranno anche da un'indagine condotta sui medici di base (Bosio e Cesa-Bianchi, 1997) in relazione al loro coinvolgimento nella prevenzione del rischio AIDS.

In parallelo all'emergenza AIDS, nel SSN si configura un'attenzione sempre più marcata sulla prevenzione dei fattori di rischio della salute quale obiettivo prioritario del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (Ministero della Sanità, 1998). Il tema sollecitava un dialogo fra i mondi della medicina e della salute alla cui costruzione un approccio psico-sociale poteva contribuire: a) con un'analisi approfondita di quei comportamenti classificati come fattori di rischio; b) con una contestualizzazione di tali comportamenti entro i modelli culturali e gli stili di vita che li generavano; c) con un orientamento delle scelte circa i mezzi e i messaggi della comunicazione sociale per dare efficacia alle iniziative di prevenzione. Alcuni studi saranno condotti in riferimento alla prevenzione primaria di fattori di rischio connessi a specifici stili di vita (fumo, sovrappeso, sedentarietà, alcool) (Bosio, 1999a, Bosio e Vecchio, 2001). Altri studi seguiranno in risposta a sollecitazioni provenienti dalla comunità medica interessata a estendere l'approccio a segmenti della popolazione portatori di patologie connesse a peculiari contesti di vita: pazienti diabetici (Bosio, 1999b); pazienti obesi (Bosio e Vecchio, 1999a); pazienti cardiopatici (Bosio e Vecchio, 1999b).

Qualità percepita e soddisfazione del cittadino-cliente

Come già ricordato, negli anni '90 il SSN si orienta a valutare la qualità delle sue prestazioni anche sulla base dei giudizi espressi dall'utenza (PCM, 1993). L'indirizzo legislativo necessitava di una adeguata imple-

mentazione operativa: si rendeva in particolare necessaria una ricerca che documentasse la situazione nel nostro paese e offrisse indicazioni per orientare l'intervento di miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

L'indagine viene realizzata nel 1996 – in collaborazione con l'istituto Eurisko – su un campione rappresentativo della popolazione italiana e viene prontamente posta all'attenzione degli attori istituzionali (Bosio, 1996). La replicazione dell'indagine negli anni successivi (Bosio, 2002) offrirà al nostro sistema di welfare uno strumento allora unico per orientare la qualità delle prestazioni erogate.

Culture della salute

Il primo congresso europeo di psicologia della salute dà l'occasione di proporre un contributo in chiave psico-sociale (Bosio, 1988) sugli italiani in materia di salute finalizzato a delinearne le pratiche e ad integrare questo livello di analisi con i modelli culturali sottostanti agli orientamenti comportamentali. La ricerca – condotta in collaborazione con l'istituto Eurisko – evidenzia in particolare: a) la presenza di una forte variabilità culturale nella popolazione espressa da specifici stili di salute; b) l'emergere di una consistente domanda di benessere psico-fisico non più comprimibile entro l'equazione salute = assenza di malattia. Il monitoraggio sviluppato negli anni successivi consentirà di documentare le evoluzioni del quadro (Bosio, 1991b). Si veniva, dunque, a costruire uno spazio di interlocuzione fra psicologia medica e psicologia della salute sviluppato sia nell'ottica della differenziazione delle prospettive, sia nell'ottica di una loro integrazione, come testimoniano i lavori (già illustrati) dedicati alla comunicazione sociale e alla prevenzione dei rischi di salute.

Concludo l'exkursus ricordando una ricerca su un tema molto caro a Marcello Cesa-Bianchi: l'anziano. L'applicazione del modello appena descritto ai segmenti maturi della popolazione (Bosio, 1992) mostrava come una parte consistente del segmento fosse lontana dallo stereotipo del "vecchio solo, povero e malato" e fosse in grado di dar vita ad un progetto attivo e positivo di ricerca del benessere. La presenza di "nuovi anziani" (così fu etichettato il gruppo) sembrava confortare – per una via forse inattesa – il convincimento di Cesa-Bianchi circa la possibilità di una vecchiaia non rassegnata all'implosione.

In-conclusione: nuovi percorsi (su temi ricorrenti)

L'anno 2000 segna il mio passaggio alla Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica; il che determina anche una riconfigurazione dell'agenda di ricerca. E tuttavia, ripensando a questi ultimi due decenni, colgo significative continuità con i percorsi di ricerca pregressi.

La figura dell'anziano, ad esempio, torna in primo piano nella progettazione dedicata al tema “*Active and Healthy Ageing*” all'interno del programma di ricerca *Horizon 2020*. La circostanza, peraltro, stimolerà la ricerca di ampie convergenze sul piano trans-disciplinare aprendo un dialogo fecondo fra la psicologia ed un ampio range di altre discipline (medicina, sociologia, demografia, scienze economiche, dell'alimentazione, finanziarie ...) (cfr. Bosio e Morelli, 2014).

Per un altro verso, l'approfondimento del ruolo delle persone nella cura e nella promozione della salute troverà una nuova e promettente riconfigurazione entro il paradigma dell'*health engagemnt*, parola chiave in grado di polarizzare attenzioni a livello internazionale (Bosio, 2012) ma anche nel gruppo di ricerca da me coordinato nella nuova facoltà (per una sintesi, cfr. Graffigna e Barello, 2018) operante all'interno di un centro dedicato allo sviluppo del tema (EngageMinds HUB, cfr. sito).

Due sviluppi le cui connessioni con i percorsi condivisi con Marcello Cesa-Bianchi appaiono evidenti. Questi sviluppi, peraltro, hanno visto l'affermarsi di colleghi e allievi più giovani che ho avuto l'onore di affiancare e indirizzare nella ricerca, gestendo i necessari (e utili!) passaggi trans-generazionali. Anche su questo aspetto avverto qualche debito di riconoscenza verso Marcello per il suo stile relazionale indimenticabile (e non dimenticato).

PS. Scrivo questo contributo nel pieno dell'epidemia Coronavirus. Uno sfondo che mi pare sottolineare l'importanza di quanto fatto per costruire una solida alleanza di lavoro fra medicina, psicologia e società ma anche il molto che resta da fare.

Riferimenti bibliografici

- Bertini, M. (ed.) (1988). *Psicologia e salute*. Roma: NIS.
- Bosinelli, M. (1987). La riforma della facoltà di medicina. *Giornale Italiano di Psicologia*, 14, 389-390.
- Bosio, A.C. (1986). *Nei panni del medico*. Milano: FrancoAngeli.
- Bosio, A.C. (1988). La salute pensata. Per un'analisi psicosociale della cultura della salute oggi in Italia. In M. Bertini (ed.), *Psicologia e salute*, 77-94. Roma: NIS.
- Bosio, A.C. (1991a). La professione del medico: il sapere e le pratiche. Un'analisi psicosociale. In C. Cipolli & E.A. Moja (eds.), *Psicologia medica*, 271-297. Roma: Armando Editore.
- Bosio, A.C. (1991b). La salute come rappresentazione sociale. Scheda 2001. *Ecologia antropica*, 3, 81-94.

- Bosio, A.C. (1992). I nuovi anziani e la cultura della salute in Italia. In Fondazione Smith Kline (ed.), *Nuovi anziani e bisogni di salute*, 3-96. Milano: FrancoAngeli.
- Bosio, A.C. (1994). Il sapere del medico: fra scienza e senso comune. *Scienze dell'Interazione*, 1, 25-39.
- Bosio, A.C. (1995). Le vicissitudini della psicologia medica: variazioni sulla dinamica del provvisorio. *Giornale Italiano di Psicologia*, 22, 165-171.
- Bosio, A.C. (1996). Rapporto sulla qualità percepita dei servizi sanitari in Italia. In Fondazione Smith Kline (ed.), *I cittadini e il sistema sanitario nazionale*, 8-98. Bologna: il Mulino.
- Bosio, A.C. (1999a). La prevenzione primaria dei fattori di rischio: quale spazio per la psicologia della salute?. *Psicologia della Salute*, 3-4, 11-24.
- Bosio, A.C. (1999b). Il paziente diabetico insulino-trattato e la gestione della sua malattia. *Giornale Italiano di Diabetologia*, 19, 9-16.
- Bosio, A.C. (2002). La valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari nella prospettiva dell'utente: fra rendiconto e riprogettazione. In Fondazione Smith Kline (ed.), *Rapporto Sanità 2002* (203-223). Bologna: il Mulino.
- Bosio, A.C. (2012). Editorial. In G. Graffigna, J.M. Morse & A.C. Bosio (eds.), *Engaging people in health promotion & well-being*. 7-13. Milano: Vita e Pensiero.
- Bosio, A.C. & Cesa-Bianchi, M. (1996/97). Contributi per la medicina. *Ricerche di Psicologia*, XX-XXI.
- Bosio, A.C. & Cesa-Bianchi, M. (1997). Experience with and attitudes towards HIV patients among Italian general practitioners. *European Journal of Public Health*, 7, 188-192.
- Bosio, A.C., Cesa-Bianchi, M. & Pagnin, A. (1991). *I giovani e lo scambio sociale sull'Aids*. Milano: Franco-Angeli.
- Bosio, A.C., Cesa-Bianchi, M. & Pagnin, A. (1993). Aids and social exchange among the young in Italy. *VII International Conference on Aids- Florence* 16-21 June 1991 (4061). Roma: ISS.
- Bosio, A.C. & Morelli, L. (2014). Introduction. In G. Riva, P. Ajmone Marsan & C. Grassi (eds.), *Active ageing and healthy living*, VII-VIII. Amsterdam: IOS.
- Bosio, A.C. & Vecchio, L. (1999a). Overweight and obesity in Italy: a psychosocial study. In EHPS (ed.), *Psychology and renaissance of health*. 52. Florence: EHPS.
- Bosio, A.C. & Vecchio, L. (1999b). La prevenzione primaria delle cardiopatie ischemiche: indicazioni per le campagne di comunicazione rivolte alla popolazione generale. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 29, 103-109.
- Bosio, A.C. & Vecchio, L. (2001). A tool for developing effective communications for primary prevention of health risk factors. EHPS (ed.), *Changing behavior: health and healthcare* (p.78). St Andrews: British Psychological Society.
- Booth, R.J., Cohen, S., Cunningham, A. et al. (2001). The state of the science: the best evidence for the involvement of thoughts and feelings in physical health. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 2-59.

- Cesa-Bianchi, M.(1988).*Gli insegnamenti di psicologia del nuovo ordinamento di studi del CdL in Medicina e Chirurgia*. Milano: Istituto di Psicologia.
- Cesa-bianchi, M. (ed.)(1990). *Il VI° incontro del consiglio dei docenti di discipline psicologiche nelle facoltà mediche italiane*. Milano: Istituto di Psicologia.
- Cipolli, C. & Moja, E.A. (eds.) (1991). *Psicologia medica*. Roma: Armando Editore.
- Donabedian, A. (1985). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor (MI): Health Administration Press.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Faden, R., Lewis, C., Becker, C., Faden, A. & Freeman, J. (1982). Disclosure standards and informed consent. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6, 255-284.
- Fox, R.C. (1989). *The sociology of medicine: a participant observer view*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of Medicine*. New York: Harper and Row.
- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Taylor and Francis.
- Friedman, H.S. & Di Matteo, M.R. (1979). Health care as an interpersonal process. *The Journal of Social Issues*, 1, 1-11.
- Graffigna, G. & Barellò, S. (2018). *Engagement: un nuovo modello di partecipazione in sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Holtzman, W.H., Evans, R.I., Kennedy, S. & Iscoe, I. (1987). Psychology and health. *Bulletin of the WHO*, 65, 913-935.
- Jaspers. K. (1986). *Der artz im technischen zeitalter. Technik und medicine. Arzt und patient*. Munchen: Piper.
- Kazaree, A., Eisenthal, S., Frank, A. & Stoekle, S. (1978). Studies on a negotiated approach to patienthood. In E.B. Gallagher (ed), *The doctor-patient relationship in the changing health scene*. Washington: Centre for Advanced Study in Health Services.
- King, J. (1983). Health beliefs in the consultation. In D. Pendleton (ed.), *Doctor-patient communication*, 11-125. London: Academic Press.
- Kleinman, A, Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care. *Annals of International Medicine*, 88, 251-258.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (ed.), *Medical Psychology* (2), 7-30. Oxford: Pergamon Press.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 577-582.
- Mahler, H. (1988). Present status of WHO's initiative "Health for all by the year 2000". *Annual Review of Public Health*, 9, 71-97.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

- Ministero della Sanità (1998). *Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Roma: Min. della Sanità
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representation. In R.M. Farr & S. Moscovici (eds.), *Social Representations*, 3-69. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: Routledge and Keegan .
- Presidenza Consiglio dei Ministri (1993). *Carta dei servizi pubblici: proposta e materiali di studio*. Roma: Istituto Poligrafico .
- Swartz, M.A. & Wiggins,O.P. (1988). Perspectivism and the methods of psychiatry. *Comprehensive psychiatry*, 29, 237-251.
- Zola, I.K. (1981). Structural constrains in doctor-patient relationship: the case of non-compliance. In L. Eisemberg & A. Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*, .241-252. London: Reidl.

Sitografia

www.engagemindshub.com