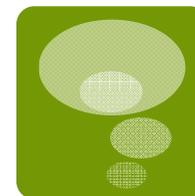




Rovigo
25 maggio 2012



**INVESTIRE SUL MOVIMENTO: STRATEGIE PER
LA SALUTE NEL PROGETTO INTEGRATO**

Attività motoria, salute, Welfare

Nicola Porro

Dipartimento di Scienze umane, sociali e
della salute

Università di Cassino e del Lazio meridionale

nicolaporro@gmail.com



Per cominciare



- La relazione fra attività motoria e salute riflette rinvia a nozioni controverse.
- In assenza di definizione univoche e universali, ogni società elabora una propria rappresentazione di **salute** e attribuisce funzioni e significati diversi all'**attività fisica**: sport, *leisure*, cura del corpo medicalizzata e/o tecnicamente disciplinata.
- Salute e malattie rappresentano **costrutti sociali**. La scienza medica può solo descrivere uno stato patologico. Anche la pratica fisica e sportiva non è riconducibile a tassonomie.

Costrutti culturali e loro trasformazioni



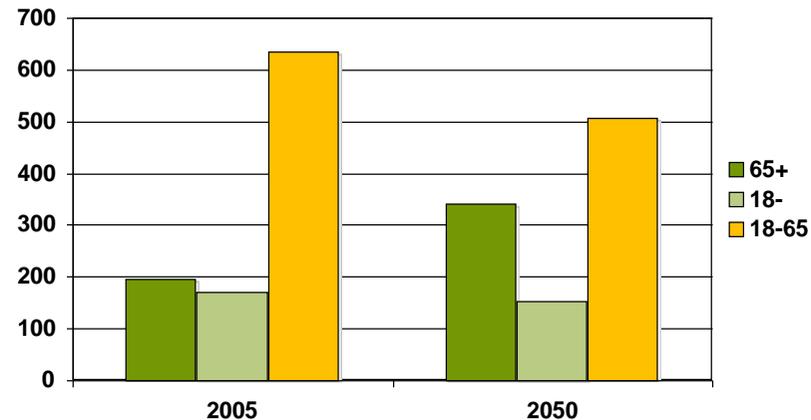
- Per millenni l'idea di salute si è associata a una rappresentazione al negativo: salute come pura **assenza**, come **non avere** una malattia.
- L'ausiliario **essere** rinvia alla salute, l'**avere** alla malattia.
- La topografia selezionava i luoghi in base alla **salubrità**: la Chiesa della salute a Venezia celebrava la fine di un'epidemia di peste.
- Solo con le società tardo industriali si comincia a **identificare salute e benessere** (*ben-essere*) e a distinguere fra la nozione di **salute** (individuale, prerogativa personale) e **sanità** (dimensione collettiva, oggetto di possibili politiche pubbliche).
- La **pratica fisico-motoria** torna ad acquistare centralità nelle pratiche di prevenzione e in relazione a **stili di vita attivi**.

I campi semantici



- Il concetto di salute, così come è elaborato dalle società contemporanee, ospita diversi significati. I principali *campi semantici* sono tre:
- Tradizionale (**assenza di malattia**)
- **Benessere** come armonia, equilibrio, bellezza
- **Efficienza** psicofisica
- L'incubo fobico dell'invecchiamento come privazione (della gioventù, dell'efficienza, della capacità di sedurre) è l'eredità di una cultura tradizionale del possesso e della perdita rivisitata alla luce della filosofia della prestazione.

La rivoluzione demografica e il mutamento culturale



- Nelle società della tarda modernità vengono meno i **sincronismi generazionali** che definivano le età esistenziali, ora sempre più definite dagli **stili di vita** anziché dall'anagrafe e dalla biologia
- Le stesse tradizionali opposizioni di significato, come gioventù/vecchiaia, salute/malattia, studio (improduttivo)/lavoro (produttivo), vicinanza/lontananza si dimostrano **rappresentazioni culturali** variabili e bisognose di continui aggiornamenti epistemologici

ma esiste una cura scientifica del *ben-essere*?



- Nell'antichità il medico è un consigliere che si ispira alla filosofia del **giusto mezzo** (dieta, igiene, moderazione alimentare e sessuale), che si prende in carico la sofferenza quando insorge e istituisce una relazione triadica con il malato e la malattia. E' un'intuizione limitata dalla povertà degli strumenti terapeutici, ma destinata a riemergere nella medicina contemporanea.

La rivoluzione ottocentesca e la nascita dell'igienismo



- Con il XIX secolo nasce la **clinica**. Si definisce la malattia anche a prescindere dal malato. La battaglia si combatte fra medico e malattia.
- Le malattie infettive rappresentate come **nemico sociale**.
- Il germe va **distrutto**, la mortalità **abbattuta**: nel 1850 il 25% dei bambini europei muore entro il quinto anno di età. Oggi siamo allo 0.7%.
- Cambia lo status del medico, emerge l'idea di **sanità pubblica**.

Verso la filosofia contemporanea della salute



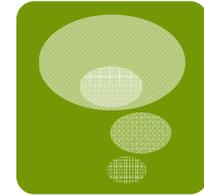
- Con il tardo Ottocento si istituisce una doppia relazione fra medico e malato e fra **politiche pubbliche** e malattie.
- Le vaccinazioni ad alto rischio e il dilemma di Ippocrate (il medico può rischiare di dare la morte?). Prevale il principio dell'**interesse sociale**.
- La salute si definisce come **bene comune**.

Quello che cambia



- Il movimento igienistico modifica le professionalità della salute. Il medico è tenuto a denunciare la malattia *pericolosa*.
- Igiene pubblica si associa a **senso civico**.
- L'igienismo diviene una bandiera del movimento socialista, le municipalità si impegnano a bonificare il territorio urbano e suburbano contro malaria e colera.

e ancora...



- A fine Ottocento l'*Enciclopedia dell'igiene* di **Mantegazza** aveva venduto solo in Italia oltre un milione di copie.
- Programmi scolastici pubblici e 'apostolato laico' dell'igiene (**salutismo**, lotta all'alcolismo).
- L'influenza nord-europea (**ginnastica svedese e danese**) e la questione sportiva.
- Interventi urbanistici: la **doppia profilassi** dei boulevard di Parigi.
- Una timida anticipazione delle politiche di Welfare.

Contro un nemico invisibile



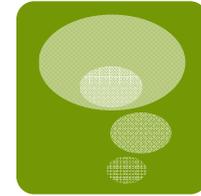
- L'impatto decisivo è dato dalla **microbiologia**, che identifica la relazione primaria fra germe e corpo.
- Azione sanitaria preventiva ed educazione pubblica, sconfessione della rappresentazione fatalistica del male: le epidemie **non sono** eventi naturali.
- Attesa della vittoria finale: mito progressista, cultura positivista e insieme

Dalla rivoluzione pasteuriana alla medicalizzazione della società



- A fine Ottocento grandi **leggi sanitarie**.
- In Italia la **malaria** è “scoperta” fra il 1880 e il 1890. Bonifiche e interventi che portano a una riduzione del fenomeno del 90%.
- Educazione alimentare.
- Bolitura del latte, epidemiologia.
- La questione **coloniale** e i controlli sanitari. Agire alla fonte vs quarantena.
- La mondializzazione della sanità.
- Dall’igiene alla sanità. La salute inizia a essere percepita come **diritto**.

Una rappresentazione sociale



- Scontiamo ancora gli effetti della domesticazione degli animali nel neolitico: quasi tutte le patologie, antiche e recenti, derivano dal trasferimento biologico fra specie.
- Le società postindustriali tendono però a modificare la rappresentazione classica del corpo e dello star bene.
- **Obesità, tabagismo e sedentarietà** come nuovi stigmi sociali. Etica ed estetica del corpo.
- La salute è un concetto culturalmente **variabile**, che struttura le relazioni **sociali** (p. es. nella forma dello stigma per le malattie da contagio, le grandi epidemie, l'Aids ecc.) e quelle **individuali**. Responsabilità, diritti e pregiudizi.
- Nascono le organizzazioni **tematiche** dei malati.
- **Globalizzazione** della salute: epidemie e allarme sociale.
- Nel sistema globale i contatti sono moltiplicati.

Una nuova concezione di salute e benessere



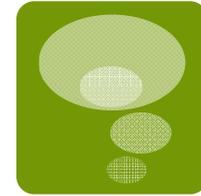
- La salute non è più pensata solo come dono individuale o pura assenza di malattia. Concezione **olistica** del benessere fisico, mentale, sociale. Fine metafore belliche.
- Onu e Oms. Salute preconditione della pace e obiettivo primario dell'azione pubblica e della cooperazione internazionale.
- Un altro criterio per leggere “la ricchezza delle nazioni”.

e nuovi pericoli



- Per i nuovi germi non ci sono vaccini né immunità, negli ultimi dieci anni **700 nuove malattie** (fra queste *non c'è* la Sars).
- Il caso Ebola. Diffusione talmente rapida da risultare inefficace. E' bastato isolare i contagiati e circoscrivere la minaccia.
- Il pericolo maggiore per il futuro? E' l'influenza. Agenti infettivi globalizzati.
- Etica e **bioetica** affrontano la sfida della genetica.
- Sedentarietà, obesità, errati stili di vita sono scientificamente identificati come **patologie sociali diffuse**

Le politiche del ben-essere. Fattori esogeni ed endogeni nelle trasformazioni dello sport *sociale*



■ **Esogeni**

- Il **sostegno pubblico** (nazionale / locale), influenzato dai cicli politici
- La **competizione per le risorse** (p.es. i conflitti inter-organizzativi circa i servizi *on demand*)
- La **capacità di rispondere a nuovi bisogni universalistici** (medicina dello sport, servizi di welfare, coperture assicurative, competenze tecniche)
- Interazione / integrazione nel **sistema formativo**
- **Lavoro non retribuito**

■ **Endogeni**

- Mutamenti nei **valori di riferimento**
- Emergere di **nuovi criteri di legittimazione** (sport per tutti vs prestazione assoluta)
- **Relazioni in-group** e avvicendamento di **coalizioni dirigenti**
- Esigenza di **nuovi ruoli e competenze** nella sfera organizzativa
- Formazione di **reti specializzate** all'interno dell'organizzazione

Le tre differenziate identità dello sport per tutti come pratica di ben-essere



- Pratiche *grassroots* dentro il tradizionale sistema sportivo orientato a (i) esperienze competitive di tipo *bonding*; (ii) alla critica del modello piramidale; (ii) alla sperimentazione di tecniche adattate
- Rivendicazione di cittadinanza intesa come pratica di massa *bridging*, la cui missione si ispira alla socializzazione, all'educazione, all'inclusione e alla solidarietà promuovendo politiche capaci di recepire bisogni *post-materialistici*
- Un *sistema di offerta* 'a misura di ciascuno' che soddisfi tanto domande di attività espressive non competitive quanto di pratiche fisiche strumentali che si vengono differenziando attorno alle tre modalità idealtipiche di *fitness, wellness e health-care*

Il contesto europeo



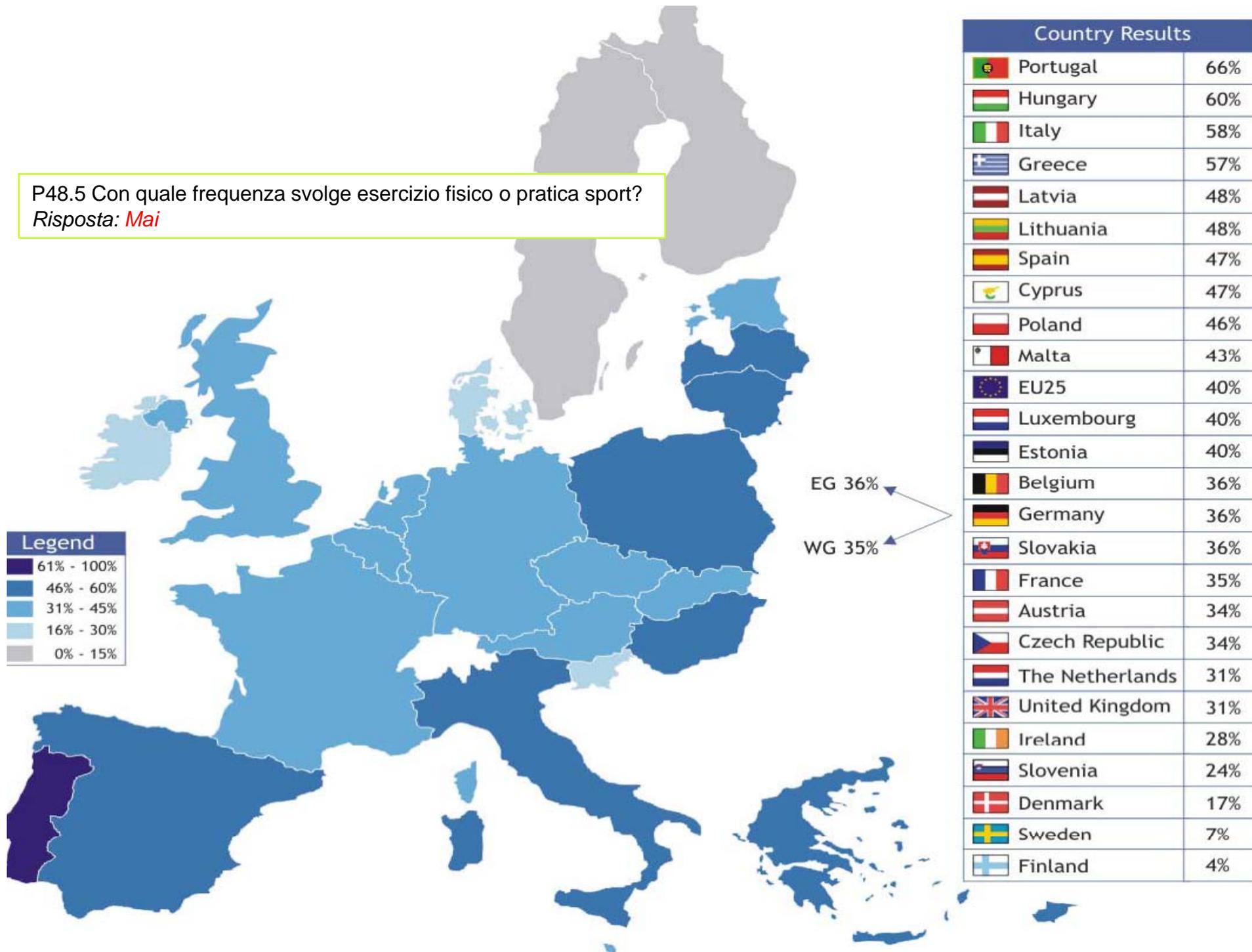
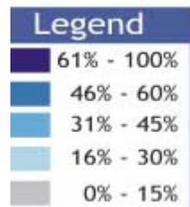
- Nell'itinerario che dal **Primo Rapporto sullo sport di Helsinki** (1999) conduce al **Libro bianco sullo sport** (2007), al **Trattato di Lisbona** e alle 53 azioni del **Programma de Coubertin** (2008) si affaccia una progressiva tematizzazione della pratica sportiva come **diritto di cittadinanza** e **strategia sistemica** per la salute da parte della UE.
- Studi recenti (Scheerder 2007) distinguono fra attività grassroots ricreative e competitive (il modello della 'chiesa')
- I controversi risultati delle periodiche rilevazioni comparative dell'Eurobarometro forniscono materiali **per un'analisi combinata delle politiche sociali e della relazione fra sport e Welfare a scala comunitaria**

Il modello della 'chiesa' (Scheerder 2007)



P48.5 Con quale frequenza svolge esercizio fisico o pratica sport?

Risposta: *Mai*



Country Results		
	Portugal	66%
	Hungary	60%
	Italy	58%
	Greece	57%
	Latvia	48%
	Lithuania	48%
	Spain	47%
	Cyprus	47%
	Poland	46%
	Malta	43%
	EU25	40%
	Luxembourg	40%
	Estonia	40%
	Belgium	36%
	Germany	36%
	Slovakia	36%
	France	35%
	Austria	34%
	Czech Republic	34%
	The Netherlands	31%
	United Kingdom	31%
	Ireland	28%
	Slovenia	24%
	Denmark	17%
	Sweden	7%
	Finland	4%



	Stime Eurobarometro 2010	Valori Human Development Index nov. 2011			
	% praticanti	HDI sintetico	Asp. vita	Istruzione	Pil pro capite \$
Area scandinava, Welfare socialdemocratico, altissima percentuale praticanti					
Finlandia	96	0.882	80.0	0.877	32.438
Svezia	93	0.904	81.4	0.904	35.837
Danimarca	83	0.895	78.8	0.924	34.347
Pop. stimata 20mln (2011)					
Area britannica, Welfare liberista, alta percentuale praticanti					
Irlanda	72	0.908	80.6	0.963	29.322
Gran Bretagna	69	0.863	80.2	0.815	33.296
Pop. stimata 66mln (2011)					

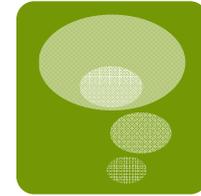


	Stime Eurobarometro 2010	Valori Human Development Index nov. 2011			
	% praticanti	HDI sintetico	Asp. vita	Istruzione	Pil pro capite \$
Area centro-europea, Welfare 'corporativo', percentuale praticanti superiore a media UE					
Paesi Bassi	69	0.910	80.7	0.931	36.402
Austria	66	0.885	80.9	0.858	35.719
Germania	64	0.905	80.4	0.928	34.854
Belgio	64	0.886	80.0	0.882	33.357
Francia	61	0.884	81.5	0.870	30.462
Lussemburgo	60	0.867	80.0	0.771	50.557
Pop. Stimata 182mln (2011)					



Stime Eurobarometro 2010		Valori Human Development Index nov. 2011			
	% praticanti	HDI sintetico	Asp. vita	Istruzione	Pil pro capite \$
Area meridionale, Welfare 'famigliare', percentuale praticanti inferiore a media UE					
Malta	57	0.832	79.6	0.797	21.460
Spagna	53	0.878	81.4	0.874	26.508
Cipro	53	0.840	79.6	0.798	24.841
Grecia	43	0.861	79.9	0.861	23.747
Italia	42	0.874	81.9	0.856	26.484
Portogallo	34	0.809	79.5	0.739	20.573
Pop. Stimata 129mln (2011)					

Nell'area est-europea post-socialista si distinguono tre aree che per percentuale di praticanti corrispondono ai modelli di Welfare liberista, corporativo e familiare. Da notare (i) che l'area balcanica meridionale non presenta dati certi, (ii) che i sistemi di Welfare non sono comparabili a quelli occidentali ma (iii) che le relazioni fra variabili sono molto più forti e lineari.



Slovenia



**Rep. Ceca,
Slovacchia,
Estonia**



**Polonia, Lituania,
Lettonia, Ungheria**



Romania, Bulgaria

In sintesi



- La comparazione internazionale segnala con chiarezza quattro aspetti cruciali:
- 1. al riconoscimento diffuso dell'attività motoria come diritto di cittadinanza e strategia del ben-essere per tutte le età della vita corrispondono **livelli molto differenziati di pratica**
- 2. dove operano **politiche di Welfare** di tipo di sistemico (i quattro 'paradigmi' identificati nel contesto europeo occidentale) il sostegno pubblico influisce in maniera decisiva nella promozione e nella implementazione dell'attività
- 3. dove viceversa il regime di Welfare è debole o carente (Europa orientale) la relazione statistica fra diffusione della pratica e indicatori di sviluppo (aspettative di vita, istruzione, reddito pro capite) è **straordinariamente lineare**

Un altro caso italiano?



- 4. l'inserimento del diritto alla pratica nell'agenda del nuovo Welfare costituisce un fattore particolarmente rilevante nel caso italiano, caratterizzato da (i) **incerta e controversa valutazione empirica** della diffusione della pratica fisica, (ii) delega delle **politiche di settore** da parte dello Stato a un soggetto monopolistico specializzato (Coni), (iii) significativo insediamento nel sistema sportivo di **attori non profit**, (iv) ruolo marginale delle **agenzie educative** e (v) consistente offerta commerciale orientata al **fitness in assenza di promozione pubblica di attività della/per la salute**